

**UNION DE UNIVERSIDADES DE  
AMERICA LATINA  
U D U A L**

**1ª CONFERENCIA  
DE FACULTADES,  
ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA  
DE AMERICA LATINA.**

**12-16  
OCTUBRE  
1980**

RePública Dominicana

*Hacia una nueva odontologia  
latinoamericana*

28 MAYO 1985



CENTRO DE INFORMACION Y  
DOCUMENTACION UNIVERSITARIAS

**U A S D  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SANTO DOMINGO**

*"HACIA UNA NUEVA ODONTOLOGICA  
LATINOAMERICANA"*

LDLAL  
RK21  
C56  
1980  
CLASF. 537  
AGQ 537  
PROC. LDLAL  
FECHA 2018-03-05  
PRECIO 1.000.000

Código de barras  
C 20180300537  
Nº de transacción  
2018 03 00 537

---

**"HACIA UNA NUEVA ODONTOLOGIA LATINOAMERICANA"**

**I CONFERENCIA DE FACULTADES,  
ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE  
ODONTOLOGIA DE AMERICA LATINA  
12-16 DE OCTUBRE DE 1980**

**- M E M O R I A -**

**UNION DE UNIVERSIDADES  
DE AMERICA LATINA  
UDUAL**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA  
DE SANTO DOMINGO  
UASD**

© 1982

Edición a cargo de:

**██████████** *Dr. Leonardo Erickson*

---

Impresión:

**Impresos de Calidad, S. A.**

Composición:

**Composición Tipográfica "NELSON"**

Diagramación e ilustraciones:

*Ismael Paniagua*

## PRESENTACION

*La Comisión Organizadora de la I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina, que tuvo lugar en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana entre el 12 y 16 de octubre de 1980, tiene la satisfacción de entregar a las instituciones de formación, servicios e investigación odontológica latinoamericana, las MEMORIAS de dicho evento.*

*Hemos recopilado en esta publicación, el material relacionado con la organización de la conferencia, su desarrollo, las ponencias oficiales y el producto de su trabajo; lo cual a no dudarlo, servirá de aporte a todas las instituciones que en su dinámica buscan modificaciones y cambios en el quehacer odontológico, a través del trabajo científico y el abordaje real de nuestra problemática social y de salud.*

*La culminación de nuestro compromiso formal con la I Conferencia de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina, no nos libera de nuestras obligaciones contraídas con la odontología latinoamericana, al contrario nos estimula a seguir adelante, buscando la consolidación conceptual y práctica del enfoque que guió nuestra tarea "HACIA UNA NUEVA ODONTOLOGIA LATINOAMERICANA".*



## COMISION ORGANIZADORA

- *Dr. Antonio Rosario* . . . . . Rector U.A.S.D.
- *Dra. Maritza Lapix de Domenech* . . . . . Decano de la Fac. de Ciencias Médicas
- *Dr. Leonardo C. Erickson* . . . . . Director Depto. Odontología
- *Dr. Rafael Kasse Acta* . . . . . Ex Rector U.A.S.D.  
Ex Presidente UDUAL
- *Dr. Ignacio Rodríguez Chiappini* . . . . . Coordinador
- *Dr. Milvio Linares* . . . . .
- *Dr. Mirtha Serra de Then* . . . . .
- *Dra. María Valenzuela* . . . . .
- *Dr. Luis Pérez Espaillat* . . . . .
- *Dr. Aristides García* . . . . .
- *Dr. Miguel Gil* . . . . .
- *Dr. Miguel Mueses* . . . . .
- *Br. Iván Rodríguez* . . . . .
- *Br. Lorenzo Abreu* . . . . .
- *Br. Sanabio Severino* . . . . .
- *Br. Ramón González* . . . . .
- *Dr. Agustín Heredia* . . . . . Director Salud Bucal SESPAS
- *Lic. Dagoberto Tejeda* . . . . . Director Recursos Humanos SESPAS
- OPS/OMS

## COMISIONES DE TRABAJO

## COORDINADOR

- Relaciones Públicas y Propaganda: . . . . . *Dr. Rafael Kasse Acta*
- Finanzas: . . . . . *Dra. Maritza Lapaix de Domenech*
- Publicaciones: . . . . . *Dr. Luis Pérez Espaillat*
- Transporte: . . . . . *Dr. Miguel Mueses*
- Programación: . . . . . *Dr. Milvio Linares*
- Credenciales: . . . . . *Dra. María Valenzuela*
- Protocolo: . . . . . *Dra. Mirtha Serra de Then*

## ASESORES

- *Dr. Pedro Rojas*. . . . . Secretario General de la UDUAL
- *Dr. Luis Schéker Ortiz*. . . . . Vice–Rector Administrativo de la UASD.
- *Agr. Daniel Cabrera Zorrilla* . . . . . Vice–Rector Docente de la UASD
- *Lic. Elpidio Ramírez*. . . . . Secretario General de la UASD
- *Dr. Carlos T. Roa* . . . . . Sub–Secretario de la UASD
- *Dr. Patricio Yépez*. . . . . OPS/OMS

28 MAYO 1985



TEMAS Y PONENTES



TEMA I:

**Los Recursos Humanos Odontológicos necesarios para América Latina.**

*Dr. Leonardo C. Erickson*  
República Dominicana

*Dr. Alfredo Gómez Castellanos*  
México

*Dr. Elbano Pieruzzi*  
Venezuela

TEMA II:

**El cambio en la Producción de Servicios Odontológicos en América Latina.**

*Dr. Rigoberto Otaño Lugo*  
Cuba

*Dr. José Garita Salas*  
Costa Rica

*Dr. Héctor Silva*  
Chile

TEMA III:

**La Producción de Conocimientos para la Práctica Odontológica en América Latina.**

*Dr. Miguel Rodríguez*  
Ecuador

*Dr. Jorge Izquierdo*  
Perú

*Dr. Eugenio Vilaca Méndes*  
Brasil



**SESION PRELIMINAR  
DOMINGO 16 DE OCTUBRE, 1980**

- INFORME DE LA COMISION ORGANIZADORA**
- MESA DIRECTIVA DE LA I CONFERENCIA**
- PROGRAMA-CALENDARIO DE LA I CONFERENCIA**



## INFORME DE LA COMISION ORGANIZADORA

### I.— Antecedentes

A fin de dar cumplimiento a la disposición contenida en el artículo 12 del Reglamento que rige las conferencias, el suscrito, en su calidad de Presidente de la Comisión Organizadora de la I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina se complace en presentar el siguiente informe.

La Universidad Autónoma de Santo Domingo en aplicación de los principios que consagra su Estatuto Orgánico, inspirado en la filosofía del movimiento Renovador Universitario, e interesada como parte de su misión en contribuir el avance científico, técnico y social de la odontología elevó una solicitud ante la XXIII Reunión del Consejo Ejecutivo de la Unión de Universidades de América Latina, celebrada en ciudad de México en noviembre de 1979; en la cual pone de manifiesto la convicción impostergable de que, al igual como lo había venido haciendo durante su existencia la UDUAL, con otras ramas de la ciencia, se planificarán y organizarán conferencias de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina. A fin de facilitar este propósito ofreció como sede de la I Conferencia la Universidad Autónoma de Santo Domingo, en República Dominicana.

### II.— Sede y Fecha

Acogiendo la solicitud a que se ha hecho referencia en el capítulo anterior, el Consejo Ejecutivo de la UDUAL dió su autorización para que la Universidad Autónoma de Santo Domingo sirviera de sede a la I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina.

Luego por acuerdo de la Secretaría General de la UDUAL y del Sub-Consejo Técnico del Departamento de Odontología de la UASD se escogió como período para realizar esta conferencia entre el 12 y el 16 de octubre de 1980.

### III.— Comisión Organizadora

Por decisión de la Institución sede, Universidad Autónoma de Santo Domingo, se integró la Comisión Organizadora de la Conferencia, con los siguientes miembros:

Dr. Antonio Rosario	Rector U.A.S.D.
Dra. Maritza La Paix de Domenech	Decano de la Fac. Ciencias Médicas
Dr. Leonardo Erickson	Director Dpto. Odontología
Dr. Rafael Kasse Acta	Ex—Rector UASD—Ex—Presidente UDUAL
Dr. Ignacio Rodríguez Chiappini	Coordinador
Dr. Milvio Linares	
Dr. Luis Pérez Espaillat	
Dra. Mirtha Serra de Then	
Dra. María Valenzuela	
Dr. Aristides García	
Dr. Miguel Mueses	
Dr. Agustín Heredia	Director Salud Bucal SESPAS
Br. Iván Rodríguez	
Br. Lorenzo Muñoz	
Br. Sanavio Severino	
Br. Ramón González	
Lic. Dagoberto Tejeda	Director Recursos Humanos SESPAS
Dr. Patricio Yépez	OPS/OMS.

### IV.— Invitados Especiales y Asesores de la Comisión

Por decisión de la Comisión Organizadora se designaron los siguientes asesores:

Dr. Pedro Rojas	Secretario Gral. de la UDUAL
Dr. Luis Scheker Ortiz	Vicerrector Administrativo UASD
Agrim. Daniel Cabrera Zorrilla	Vicerrector Académico UASD
Lic. Elpidio Ramírez	Secretario Gral. de la UASD
Dr. Carlos Temístocles Roa	Sub—Secretario de la UASD
Dr. Patricio Yépez	OPS/OMS

#### Invitados Especiales:

De conformidad con el artículo 3 del Reglamento de la Conferencia se asignaron los Invitados Especiales siguientes:

Presidente de la República  
Rectores de las Universidades Dominicanas

Vicerrectores de las Universidades Dominicanas  
Decanos, Directores de las Facultades de Ciencias de la Salud, Escuelas y  
Departamentos de Odontología del País.  
Decanos y el Secretario General de la UASD  
Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.  
Director General del Instituto Dominicano de Seguro Social  
Asesores OPS/OMS

### **Sub–Comisiones de Trabajo**

Conviene consignar en este informe por el arduo y eficiente trabajo que de común acuerdo con la Comisión Organizadora y para cumplir la responsabilidad asignada a la misma realizaron las Sub–comisiones de trabajo que a continuación citamos:

#### **1.– PROGRAMACION-**

Dr. Milvio Linares	Coordinador
Dr. Arístides García S.	
Dr. Arthur Nouel	
Dr. Antonio Mena	
Dr. Juan Fernández Calventi	

#### **PUBLICACIONES:**

Dr. Luis Pérez Espaillat	Coordinador
Dr. Porcio Cruz Leonardo	
Dr. José Domínguez Vanderholt	
Dr. Diego Paulino	
Br. Ramón González	
Dra. Milagros Morales de Willig	
Dr. Héctor Socías B.	
Sra. Eridania Mir	

#### **RELACIONES PUBLICAS Y PROPAGANDA**

Dr. Rafael Kasse Acta	Coordinador
Lic. Dagoberto Tejeda	
Dra. Marina Ruiz Pimentel	
Dra. María F. Berroa P.	



Dr. Mario López  
Dr. Tobías Polanco P.

## TRANSPORTE

Dr. Miguel Mueses de Jesús	Coordinador
Dr. Víctor Gutierrez	
Dr. Alberto Velázquez	
Dr. Arturo Socías P.	
Dr. Alexis Reyes Mercado	
Br. Iván Rodríguez	
Dr. José David	
Dr. Eduardo G. Pérez Rojas	
Dr. Gonzalo González Canahuate	

## V.— Reuniones de la Comisión Organizadora

La Comisión Organizadora decidió celebrar reuniones los martes de cada semana entre sus miembros titulares y las extraordinarias en todas las ocasiones en que los asuntos a considerar lo demandaran, nueve de ellas con la participación masiva de los integrantes de la Comisión y de las Sub-comisiones, teniendo como sede de las mismas tanto el local de la Dirección de la Escuela de Odontología como el paraninfo de Ciencias Médicas Dr. Defilló.

## VI.— Asesoría Personal de la UDUAL

En su permanente interés porque las labores de organización de la Conferencia se realizaran con la mayor eficiencia posible, la secretaría general de la UDUAL, en la persona de su Secretario General Dr. Pedro Rojas y de su personal asistente se mantuvieron siempre en contacto con la Comisión Organizadora, ofreciéndole asesoría por correspondencia aérea, por cable o por la vía telefónica, dando instrucciones sobre distintos aspectos del evento y respondiendo a los planteamientos que en distintas oportunidades le fueron hechas por la Comisión y por el Asesor Técnico.

Como parte fundamental en esta asesoría el Secretario General Dr. Pedro Rojas y dos de sus asistentes visitaron la Universidad Autónoma de Santo Domingo, y en varias reuniones con los miembros de la Comisión Organizadora procedieron a discutir y aprobar el Temario de la Conferencia y los procedimientos correspondientes.

## VII.- Temario

Se decidió que esta I Conferencia estuviese enmarcada dentro del gran tema general: “HACIA UNA NUEVA ODONTOLOGIA LATINOAMERICANA”, y de los siguientes tres temas principales:

- Tema I** : Los recursos Humanos Necesarios para América Latina.
- Tema II** : El cambio en la Producción de Servicios Odontológicos en América Latina.
- Tema III** : La Producción de Conocimientos para la práctica Odontológica en América Latina.

### Ponentes:

En correspondencia con los temas principales citados, se asignó la responsabilidad del delicado trabajo de elaborar las ponencias en la siguiente forma:

**Tema I:** Los Recursos Humanos Necesarios para América Latina al Departamento de Odontología de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, dirigido por el Dr. Leonardo C. Erickson de República Dominicana.

*Dr. Alfredo Gómez Castellanos de México.*

*Dr. Elbano Pieruzzi de Venezuela.*

**Tema II:** El cambio en la Producción de Servicios Odontológicos en América Latina:

*Dr. Rigoberto Otaño Lugo de Cuba*

*Dr. Héctor Silva de Chile.*

*Dr. José Garita Salas de Costa Rica.*

**Tema III:** La Producción de Conocimientos para la Práctica Odontológica en América Latina:

*Dr. Miguel Rodríguez de Ecuador*

*Dr. Jorge Izquierdo de Perú*

*Dr. Eugenio Vilaca Méndez de Brasil*

## IX. Programas

La Comisión Organizadora en varias de sus sesiones confeccionó los siguientes progra-

mas que en detalle han sido puestos a disposición de los señores Delegados y demás participantes en la Conferencia: Programa Científico, Social, Sesión Preliminar, Sesión Plenaria y Sesión de Clausura.

#### **X. Locales para la Conferencia**

Tomando en consideración los requerimientos para las distintas sesiones y trabajos de la Conferencia y labores administrativas, y en interés de ofrecer las más amplias facilidades a los participantes en el evento, la Comisión Organizadora escogió los salones del “Hotel Plaza Dominicana”, donde se alojarían la mayoría de los delegados extranjeros.

#### **XI. Promoción del Evento**

Un amplio plan de promoción de la Conferencia fué elaborado y puesto en ejecución por la Comisión Organizadora siempre con la eficaz contribución de las Sub-comisiones de Trabajo, plan que incluyó entre otras la edición de folletos, la distribución de temarios y programas, afiches, ruedas de prensa, comparecencia en programa de radio y televisión, cintillos en los principales periódicos, placas alusivas al evento.

#### **XII. Recursos**

Procede consignar aquí que, en razón de la limitación de recursos económicos de la Universidad, los gastos que han generado la organización y celebración de esta I Conferencia han sido cubiertos por las asignaciones del Honorable Consejo Universitario; por el aporte de la Presidencia de la República y por la contribución de varias empresas distribuidoras de artículos y equipos odontológicos.

#### **XIII. Facilidades y atenciones a visitantes**

La Comisión Organizadora no tuvo descanso en su empeño de ofrecer las máximas facilidades de información, reservación de hoteles, expedición de pasajes y visados para los representantes extranjeros.

Procede señalar además como es norma de nuestra Universidad, la verdad sobre inconvenientes y molestias que se han presentado, no obstante estos esfuerzos tanto para la llegada a tiempo a mano de los interesados de sus tickets aéreos como del visado para los asistentes.

Tales inconvenientes deben atribuirse al proceso lento en las líneas aéreas correspondientes y a los más lentos aún trámites burocráticos con que se cursan las solicitudes de visado en nuestro país.

#### XIV. Asesoría Local

El suscrito, en su condición de Presidente de la Comisión Organizadora y en nombre de sus integrantes, quiere dejar constancia aquí de la eficiente asesoría en sus trabajos y en adición a la ofrecida por la UDUAL, recibió por parte de los doctores Rafael Kasse Acta Ex-rector de la Universidad Autónoma de Santo Domingo y Ex-Presidente de la UDUAL, Dr. Patricio Yépez, Asesor de la Organización Mundial de la Salud y del Dr. Carlos Temístocles Roa, Vicesecretario General de la Universidad Autónoma de Santo Domingo. Es bueno consignar; además, que el programa de trabajo de la Comisión y de la Sub-comisiones y toda y cada una de las actividades organizativas contaron siempre con la oportuna dirección del Coordinador General, Dr. Ignacio Rodríguez Chiappini.

#### XV. Importancia de esta Conferencia para la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Además de las razones que expusimos en los antecedentes de este informe, la Universidad Autónoma de Santo Domingo, atribuye tal importancia a este evento que lo ha seleccionado como el que debe dar inicio al programa de actividades con que la institución conmemora, año tras año, la fecha aniversaria de fundación, 28 de octubre de 1538.

#### XVI. Conclusión

La Comisión Organizadora espera haber cumplido si no con la perfección a que aspiraba, cuando menos con la eficiencia mínima indispensable, la gran responsabilidad que se le asignó al poner bajo su cuidado la organización de un evento de la magnitud del que hoy inauguramos y quiere cerrar este breve informe expresando un voto de reconocimiento y gratitud a todas las identidades o personas que en una forma u otra colaboraron para hacer posible su trabajo y hace votos, porque los resultados de esta Conferencia sean positivos y se reflejen en beneficio de las necesidades de nuestros pueblos, de la Odontología, de la Unión de Universidades de América Latina y de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Santo Domingo, Distrito Nacional, República Dominicana, a las doce (12) días del mes de Octubre del año 1980 (mil novecientos ochenta).

*Dr. Leonardo C. Erickson S.*  
Director del Departamento Odontología de la UASD  
Presidente de la Comisión Organizadora.

**MESA DIRECTIVA DE LA I CONFERENCIA DE FACULTADES, ESCUELAS  
Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA DE AMERICA LATINA**

<i>Dr. Leonardo Erickson</i> (UASD República Dominicana)	:	Presidente
<i>Dr. Víctor Rodríguez</i> (UCV – Venezuela)	:	Vice–Presidente
<i>Dr. Alfonso Fuentes</i> (Universidad San Carlos Guatemala)	:	Vice–Presidente
<i>Dr. Jorge Fernández</i> (APPAO – Perú)	:	Vice–Presidente
<i>Dr. Ignacio Rodríguez Ch.</i> (U A S D)	:	Secretaría General
<i>Lcdo. Dagoberto Tejeda</i> (U A S D)	:	Relator General



## PROGRAMA—CALENDARIO APROBADO PARA LA I CONFERENCIA

Domingo 12 de Octubre	:	Homenaje a los Padres de la Patria.
11:00 a.m.	:	Altar de la Patria.
9:00 a 18:00 Hs.	:	Inscripción de Delegados.
18:00 a 19:00 Hs.	:	Sesión Preliminar.
19:30 a 21:00 Hs.	:	Sesión Inaugural (Programa Especial) —Hotel Plaza—
Lunes 13 de Octubre	:	Primera Sesión Plenaria
8:30 a 13:00 Hs.	:	Presentación del Tema I; Los Recursos Humanos Odontológicos para América Latina. Dr. Leonardo C. Erickson República Dominicana. Dr. Alfredo Gómez Castellanos México. Dr. Elbano Pieruzzi Venezuela Discusión en lo General
13:00 a 14:30 Hs.	:	ALMUERZO
15:00 a 19:00 Hs.	:	Mesa de trabajo sobre el Tema I.

Martes 14 de Octubre  
8:30 a 13:00 Hs.

Segunda Sesión Plenaria.

Presentación del Tema II:  
El Cambio en la Producción de Servicios  
Odontológicos en América Latina.

Dr. R. Otaño  
Cuba

Dr. Héctor Silva  
Chile

Dr. José Garita  
Costa Rica

Discusión General

13:00 a 14:30 Hs.

Almuerzo.

15:00 a 19:00 Hs.

Mesas de Trabajo. Tema II.

Miércoles 15 de Octubre  
8:30 a 13:00 Hs.

Tercera Sesión Plenaria  
Presentación del Tema III

La Producción de Conocimientos para la  
Práctica Odontológica en América Latina.

Dr. Miguel Rodríguez  
Ecuador

Dr. Jorge Izquierdo  
Perú

Dr. Eugenio Vilaca  
Brasil

13:00 a 14:30 Hs.

ALMUERZO

15:00 a 19:00 Hs.

Mesa de trabajo sobre el Tema III

Jueves 16 de Octubre  
9:00 a 13:00 Hs.

Cuarta Sesión Plenaria.

Presentación del Relato General.

Conclusiones y Recomendaciones.

Elección de la Sede para la II Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología en América Latina.

Ceremonia de Clausura. (Programa Especial).



---

## **CEREMONIA INAUGURAL**

### **DISCURSOS:**

- PRESIDENTE DE LA I CONFERENCIA**
- RECTOR DE LA UASD**
- SECRETARIO GENERAL DE LA UDUAL**
- SECRETARIO DE ESTADO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**



**DISCURSO DEL PRESIDENTE DE LA I CONFERENCIA DE FACULTADES,  
ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA DE LA  
AMERICA LATINA**

*Dr. Leonardo Erickson*

La Universidad Autónoma de Santo Domingo, abre nuevamente sus puertas para recibir con alborozo a los distinguidos delegados de las universidades latinoamericanas que hoy nos honran con su presencia; sean ustedes bienvenidos a Santo Domingo, Ciudad Primada de América. En esta fecha aniversaria del 12 de octubre que, hace cuatro siglos, marcó un cambio de las relaciones sociales de nuestra latinoamérica; y, que hoy sirve de punto de partida a una nueva etapa en la concepción y práctica de la odontología de América Latina.

Nuestra Universidad, preocupada en forma permanente por el avance científico, técnico y social de la Odontología, planteó ante el Consejo Ejecutivo de la Unión de Universidades de América Latina, en su vigésima Sexta Reunión, celebrada en la Ciudad de México, en noviembre 1 de 1979, la necesidad de realizar esta I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina, propuesta que fue acogida y aprobada por el organismo superior de la UDUAL permitiendo en esta forma que educadores, investigadores y administradores odontológicos de latinoamerica se den cita en este trascendental evento, para analizar críticamente la problemática de la odontología y buscar las alternativas más adecuadas para su proyección concreta y objetiva en búsqueda de soluciones adecuadas a nuestra realidad.

Debemos estar concientes que nuestro papel de individuos y grupos, pertenecientes a Institutos de Educación Superior, nos obliga, a ser críticos de las actuales estructuras, por cuanto, la oportunidad de haber logrado un nivel superior, nos hace comprometer profundamente con las grandes mayorías de nuestros pueblos que exigen mejores condiciones de salud, incluida, la salud bucal, campo obligado de nuestra responsabilidad, en participación directa con los sectores populares de la comunidad.

Nuestra inquietud por lograr la organización de la odontología en el campo académico

y científico, se han concretado en esta oportunidad gracias al apoyo decidido de la UDUAL y a la presencia de ustedes en nuestro país; tenemos por delante una ineludible tarea, transformar la inercia Odontológica en una dinámica, para lo cual será necesario modificar sustancialmente los organismos caducos y acríticos, de cualquier naturaleza que provengan y, que estén impidiendo el avance exigido por el **Proceso histórico**.

Invitamos a compartir la responsabilidad asumida por nuestra Universidad en esta etapa histórica de latinoamérica, en la cual, se hace necesaria rescatar la identidad de nuestros pueblos e inscribirse activamente en el proceso de lucha por obtener, la preciada transformación económica, social y política.

En este contexto, la odontología debe modificar radicalmente su práctica elitista e individualista para proyectarse con bases científicas y populares hacia la mayoría de la población latinoamericana, sometida a la ignorancia, la miseria y el atraso.

A esta tarea debemos contribuir compañeros latinoamericanos y generar el desarrollo de la nueva odontología en la cual, la producción de conocimientos, de los recursos humanos y de los servicios tengan la auténtica significación social que el compromiso histórico nos demanda.

**¡¡GRACIAS!!**

**DISCURSO DEL SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SANTO DOMINGO. SESION INAUGURAL DE LA I CONFERENCIA DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA DE AMERICA LATINA.  
12 de octubre, 1980.**

Señor Secretario General de la Unión de Universidades de América Latina:  
Señores Delegados, Invitados Especiales, Observadores y Participantes en la I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina:

Autoridades de la Universidad Autónoma de Santo Domingo:

Señoras y Señores:

Con sincera complacencia presento un fervoroso saludo a los señores delegados a la Primera Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina.

Para la Universidad Autónoma de Santo Domingo, Primada de América, el evento científico—académico que se inaugura esta noche con la participación de delegados de tantas universidades más que amigas, hermanas, constituye uno de los actos más significativos del programa con que se celebra el 442 aniversario de su fundación.

Una distinción extraordinaria que le permite a nuestra Universidad reunir en su seno a representantes de las más prestigiosas casas de estudios superiores del continente.

Deseo expresar mi agradecimiento a la Unión de Universidades de América Latina por haber dispensado a la institución que represento este alto honor. Alto honor conferido a unanimidad del Consejo Ejecutivo de UDUAL, cuando en el curso de su primera reunión, en la ciudad de Méjico, en noviembre del pasado año, hubimos de someter la correspondiente solicitud.

Deseo asimismo manifestar la profunda gratitud de la Universidad Autónoma de Santo Domingo a todas las Universidades de América Latina que han acreditado delega-

ciones a esta cita, lo que demuestra, por un lado, el afán de los académicos latinoamericanos por recorrer el mismo camino de la ciencia y la cultura, dentro del proceso de superación y de liberación de nuestros pueblos, y por el otro, el profundo respeto y la viva simpatía que en todos los ámbitos del continente de la esperanza, se siente y se expresa hacia la más vieja universidad de América, no en razón de la jerarquía que ella tiene en el tiempo, sino en razón de que desde sus aulas más de cuatro veces centenaria, convertidas en faro de luz, irradió espléndidamente saber, ciencia y cultura desde los albores del nuevo mundo.

Creo que está más que justificada la decisión de la Unión de Universidades de América Latina, de acoger calurosamente la iniciativa de celebrar el evento que ahora iniciamos: unos mismos son los problemas de todos los pueblos de América Latina: enfermedades, desnutrición, desempleo, subdesarrollo, dependencia, analfabetismo, pobreza, marginalidad.

En consecuencia, una mesa común, cuadrada o redonda, debe ser el lugar donde nos reunamos a buscar soluciones adecuadas, justas y oportunas a esos problemas comunes. La Odontología y sus problemas se inserta dentro de esos problemas que son unos mismos. Se inserta dentro del gran problema de la salud como atención prioritaria en favor de la población de América Latina. Población que alcanza a centenares de millones de personas y que acosada por el flagelo de la marginalidad no alcanza al ejercicio pleno de la atención de su salud, necesidad básica y derecho primario.

Precisamente para abordar los problemas que en el campo odontológico existen en razón del vicio aberrante de una práctica elitista, en menosprecio de las grandes mayorías del continente, se convoca esta Conferencia.

América Latina se une o perece. Esta reunión tiene ese objetivo fundamental, constituye un paso adelante en el camino de la unidad de los hijos del continente, que tenemos que tomar conciencia de la necesidad de hacer una gran patria: la gran patria latinoamericana.

No quiero significar con mis palabras que como error de profano, por ser hombre de derecho, yo rechace la necesidad de incorporar la tecnología a la enseñanza y la práctica de la Odontología, lo que quiero destacar es la necesidad de rescatar la identidad de nuestros pueblos, haciendo mío el criterio de la comisión organizadora de esta Conferencia, y además, destacar la necesidad de poner la ciencia, el saber y la cultura al servicio de nuestros pueblos, como herramientas esenciales en la lucha apremiante por lograr la transformación económica, social y política de la gran patria latinoamericana. Las Universidades deben jugar su papel en el desarrollo de tecnología propia a las necesidades de nuestros países.

Quiero, por otra parte, destacar también que la Odontología no es ni puede ser la cenicienta de la enseñanza y la práctica de la Medicina, preventiva y curativa, en beneficio de nuestras grandes mayorías, y creo que este juicio vale para todas las universidades de América Latina y para todos los pueblos de las naciones hermanas. Tan firmemente convencido estoy de la propiedad del juicio, que aún cuando soy un hombre de ley, durante el actual período académico, en la Universidad Autónoma de Santo Domingo, se ha dado atención prioritaria a las necesidades de nuestro Departamento de Odontología, el cual,

no obstante nuestras tremendas limitaciones económicas, ha sido sustancialmente renovado con equipos valiosos, que le han permitido ser uno de los arietes principales en la proyección de la Universidad.

Por otra parte, en el contexto de la UDUAL, con la responsabilidad cumplida por haber asumido la tarea de organizar esta Conferencia, ratificamos nuestra indeclinable vocación de ser fieles al proceso de integración de los centros de educación superior de América Latina.

En el año 1969, recibimos jubilosos a los magníficos señores Rectores, que en representación de sus instituciones, se encontraron en esta vieja ciudad de los Colones, con ocasión de la VI Asamblea General de la UDUAL. En el año 1977, recibimos a los señores Decanos y demás representantes, durante la celebración de la X Conferencia de Facultades y Asociaciones de Medicina.

El próximo mes de noviembre volvemos a la carga, en una nueva demostración de nuestra vocación latinoamericana, al través de la UDUAL, al ser la sede de la VIII Conferencia de Facultades, Escuelas e Institutos de Economía de América Latina.

Aquí estamos, señores delegados, pisando el mismo suelo, cobijados por el mismo cielo, al calor del mismo sol tropical y bañados en nuestras noches dominicanas por los mismos aires refrescantes, contemplando el espléndido paisaje que hiciera exclamar al Descubridor de América, el Almirante Cristóbal Colón, sorprendido y admirado; *"Esta es la tierra más hermosa que ojos humanos hayan visto"*.

Es el primer presente –cuajado de historia y de leyenda– que esta histórica ciudad ofrece, al recibir emocionada a sus distinguidos huéspedes.

Nuestra Universidad, democrática, popular y abierta, se siente comprometida con el pueblo dominicano. Y se siente, además, comprometida con todos los pueblos de América. Ese es el destino de nuestras universidades, ser compromisarias de nuestros pueblos. Responder a su misión de ser las más altas instancias de la conciencia social de América Latina. La suerte y el destino de nuestros pueblos encontrarán su derrotero en la medida en que tomemos conciencia de que nuestras tareas deben orientarse hacia la formación de una nueva sociedad, con las Universidades como premisas fundamentales, los problemas graves que atligen a nuestros países, quedarán erradicados y la aurora de días de bienestar común brillará antes del ocaso del siglo que vivimos.

De las aulas de nuestras Universidades saldrán las fórmulas para solución de los males que agobian a nuestros pueblos. Por esa razón patrocinamos estos eventos. Cada conferencia, cada congreso, cada seminario que reúna a un grupo de profesionales, de técnicos, de expertos, de académicos, de hombres inquietos dentro de un área del conocimiento, por la transformación de nuestra sociedad, por el avance, social, político, científico, económico, de nuestros pueblos, ofrece de manera inmediata, junto con el fecundo intercambio de experiencias, las conclusiones propias de la temática sometida a discusión, el esclarecimiento en zonas equívocas, y el sedimento valiosísimo de un fortalecer de la amistad que brota al calor

vivificante de la presencia física, personal, de representantes calificados de distintas naciones, animados de las mismas preocupaciones e impulsados por los mismos propósitos: el anhelo de felicidad y de bienestar para todos los hijos de la gran patria latinoamericana.

¿Porqué había quedado rezagada la Odontología dentro de las actividades de la UDUAL?

Esa interrogante será respondida en el curso de este magno evento, por ustedes, profundos conocedores de los aspectos no solo profesionales de la odontología, sino de su historia, de su desarrollo, de su proyección.

Un hecho que es oportuno resaltar a propósito de la Conferencia, y no obstante su trascendencia, del cual apenas se han hecho eco los medios de comunicación, que tantas veces se prodigan en informaciones intrascendentes: la escuela de Odontología de la UASD ha sido la que más se ha proyectado hacia el pueblo dominicano. Sin el sahumero para satisfacer afanes de vanidad, sin rimbombancias estridentes, sin alardes publicitarios, las unidades de nuestra clínica dental integral, los servicios de nuestra sección de radiología, nuestras salas bien cuidadas de cirugía dental, la consagración a la práctica diaria de nuestros estudiantes, constante intervención de sus profesores, han prestado servicios gratuitos, han devuelto la salud a cientos de miles de dominicanos y a muchos extranjeros que atraídos por la bien ganada fama de nuestra escuela han acudido a su clínica para someterse a tratamiento.

Debo completar este informe: esa escuela, esa clínica, esos profesores y estudiantes, no solo ofrecen sus servicios en el ambiente relativamente cómodo de su clínica integral. Han dado el salto, asimilando certeramente el criterio de que la Universidad dondequiera que la Universidad llega a dar servicio, y en vez de guarecerse en modernos consultorios, sofisticados, instalados en la gran urbe, han asistido a los centros de marginados: en las periferias citadinas y en aldeas, villorrios y campos a la intemperie, llevando el mensaje cálido y amoroso de una Universidad que se debe a todo el pueblo.

¡Qué hermosa obra humana! ¡Cuántos servicios esmerados y callados en beneficio de la salud del hombre dominicano!

Esta primera conferencia, es mi aspiración, habrá de contribuir, sin lugar a dudas a que la odontología se sitúe de una vez por todas, en el lugar que le corresponde; y que el odontólogo sea visto como lo que es: verdadero sujeto del bien más preciado de que puede disfrutar el ser humano: la salud.

Por todo ello, compañeros, amigos, académicos ilustres, investigadores ejemplares, hermanos de la gran patria común, haciéndome intérprete del sentimiento de toda la comunidad universitaria, en mi calidad de Rector de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, a más de tener el honor de inaugurar la I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina, debo anunciar que hemos querido elevar al máximo la importancia que atribuimos a este evento, otorgándole, en homenaje a las delegaciones visitantes y a las Universidades y organismos nacionales e internacionales representados, la

trascendencia de ser, en el programa elaborado, el acto inaugural de las actividades con que, la Universidad se apresta a conmemorar el 442 aniversario de su fundación, en virtud de la Bula in Apostolatus Culmine, del Papa Paulo III, el 28 de octubre de 1538.

Al abrir estos trabajos y dar inicio a ese programa, reitero a todos los participantes en esta Primera Conferencia de Odontología, el más caluroso saludo y la generosa y noble hospitalidad de nuestra Universidad y de todos los dominicanos, mientras hago votos porque de las deliberaciones de la Conferencia resulten acuerdos sumamente provechosos para las Universidades e Instituciones representadas, para la Odontología, para los Odontólogos, y sobre todo para los millones de latinoamericanos, a quienes llevamos en nuestros corazones y en nuestro pensamiento, que claman, a veces en forma desesperada, por una mejor calidad de vida, a la que tienen legítimo derecho.

Y que en las páginas del recuerdo, quienes nos visitan se lleven la alegría multicolor de nuestro paisaje, para que puedan decir en las horas del futuro: estuvimos en nuestras casas, pero Colón tenían razón!.

Santo Domingo, D. N.  
12 de octubre de 1980.



**PALABRAS EN LA CEREMONIA INAUGURAL DE LA I CONFERENCIA DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA DE AMERICA LATINA  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SANTO DOMINGO  
12 – 16 Octubre de 1980**

*Dr. Pedro Rojas*

Señor doctor Antonio Rosario,  
Rector de la Universidad Autónoma de Santo Domingo

Señores miembros de la Mesa de Honor.

Distinguidos colegas universitarios.

Señoras y señores.

Es para la Unión de Universidades de América Latina un motivo de singularísima satisfacción el que hoy puedan iniciarse los trabajos de la I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina y mayor aún, que el acontecimiento se realice bajo los auspicios de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, Universidad Primada de América y celosa abanderada de los más altos principios universitarios que consagran la Carta de las Universidades Latinoamericanas y los Estatutos de la UDUAL.

En este acto debemos recordar muy someramente, que la Unión de Universidades de América Latina fue fundada el 22 de septiembre de 1949 por voluntad libre de las universidades reunidas en el seno de la Universidad de San Carlos, de Guatemala, en el Primer Congreso de Universidades de América Latina y que ese primer Congreso fue convocado a iniciativa de distinguidos universitarios de nuestra región para dar bases y comienzos a una tarea tan urgente como difícil, que ha sido la de comunicar y ligar a nuestros pueblos a través de sus Casas de Estudios Superiores buscando afanosamente la integración cultural y espiritual de la América Latina.

La UDUAL lleva, pues, treinta y un años de luchar por un ideal, sorteando las dificul-

tades más diversas en nuestro mundo tan pletórico de contradicciones, de situaciones dramáticas y de acechanzas oscuras, como lo es el de nuestros países latinoamericanos. Y no cederá en su esfuerzo mientras no alcance la meta suprema de su integración, de su soberanía, de su profundo sentido de justicia y dignidad.

La UDUAL, mediante el apoyo y el esfuerzo de las instituciones que la forman, ha organizado en ese lapso de 31 años de existencia, ocho Asambleas Generales; ocho Conferencias Latinoamericanas de Escuelas y Facultades de Arquitectura; dos Conferencias Latinoamericanas de Facultades y Escuelas de Administración; siete Conferencias de Facultades y Escuelas de Economía de América Latina; dos Conferencias de Facultades y Escuelas de Ingeniería de América Latina; once conferencias de facultades y Escuelas de Medicina; dos de Difusión Cultural y Extensión Universitaria; dos de Secretarios Generales, Presidentes y Directores de Asociaciones y Consejo Nacionales y Subregionales de Universidades de América Latina; una conferencia Latinoamericana de Legislación Universitaria; un Seminario con la UNESCO, la AIU y la UNAM. Mencionar lo anterior es hacer referencia a los foros abiertos al examen de la problemática que ha ido preocupando a los universitarios de los diversos campos de la docencia, la investigación y la extensión cultural, y cuyos frutos se dejan sentir en las políticas que autónomamente deciden las instituciones latinoamericanas.

Hacía falta una nueva serie de reuniones como las antedichas, para el estudio de la problemática de la enseñanza de la Odontología. Nuestro Consejo Directivo desde hace años sondeó las posibilidades de iniciarla, consultando a diversas Casas de Estudios y a funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud. Sin embargo, ha sido hasta ahora en que la ilustre Universidad Autónoma de Santo Domingo, a través del Departamento de Odontología de su Facultad de Ciencia de la Salud, ha hecho posible la celebración del importante evento. Debemos rendir nuestro reconocimiento al doctor Antonio Rosario, magnífico Rector de la Universidad y miembro del Consejo Ejecutivo de la UDUAL; a la doctora Maritza Lapaix de Domenech, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud; al doctor Leonardo Erickson, Director del Departamento de Odontología y al grupo de ilustres profesores' de este Departamento que, bajo la coordinación del doctor Ignacio Rodríguez Chiappini, completan el elenco de organizadores de la Conferencia. Igualmente rendimos nuestro reconocimiento al licenciado Dagoberto Tejada y al doctor Agustín Heredia, importantes profesionales que han apoyado los trabajos organizativos. Y para cerrar el punto, desde esta tribuna saludamos con no menor reconocimiento a los profesores, estudiantes y trabajadores de la UASD, cuya suma de esfuerzos ha hecho posible la realización de esta Primera Conferencia.

Un capítulo de no menor importancia los constituye la presencia entre nosotros de los maestros latinoamericanos que han sido convocados para preparar las ponencias que serán objeto de debate y de cotejo de experiencias; al igual que de los compañeros delegados de las universidades latinoamericanas que, sorteando dificultades, han llegado hasta aquí al encuentro de esta gran confraterinidad que formamos los pueblos de México hasta el Cono Sur y el Caribe. Nuestro especial reconocimiento a todos ustedes.

Es para nosotros motivo de profunda complacencia ser nuevamente huéspedes de la

hermana República Dominicana; hallarnos una vez más en el seno de esta comunidad fraterna que forman el pueblo y los universitarios dominicanos. En Santo Domingo percibimos con gran intensidad lo que son las tareas heroicas por lograr el presente y el futuro de nuestros ideales, traducidos en realidades de justicia y dignidad.

Gracias, infinitas gracias, a todos ustedes, a sus autoridades, a sus catedráticos e investigadores, a su estudiantado, a sus trabajadores.

A nombre de la UDUAL y de su Consejo Ejecutivo hacemos votos por el deseado éxito de esta Primera Conferencia.



**DISCURSO DEL DR. JOSE RODRIGUEZ SOLDEVILLA, SECRETARIO DE ESTADO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL EN LA INAUGURACION I CONFERENCIA DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA DE AMERICA LATINA, EL 12 DE OCTUBRE DE 1980**

Dr. Antonio Rosario,  
Rector de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Dr. Pedro Rojas,  
Secretario General de la Unión de Universidades de América Latina.

Demás miembros de la mesa que preside este acto.

Distinguidos invitados internacionales, Observadores, Delegados, Profesores, Estudiantes.

Señoras y Señores:

Constituye para mi motivo de doble satisfacción hacer uso de la palabra esta noche, en lo que podríamos calificar en la clausura del acto inaugural, digo de doble satisfacción, porque me toca la honrosa representación del Señor Presidente de la República y al mismo tiempo mi condición de profesor activo de la Universidad, me mantiene ligado a la Institución que ha sido uno de los soportes que ha contribuído a mi formación personal.

Esta Universidad Autónoma de Santo Domingo que ha sido capaz desde su fundación hasta nuestros días de transitar los sinuosos y tortuosos caminos junto al pueblo, es pródiga en hechos y realizaciones. Ha sido capaz de formar en sus aulas hombres de la talla del Doctor Francisco Martínez de Porras y del Padre Tomás de Linares, primeros rectores de Universidades de Venezuela y Cuba, respectivamente.

Fué capaz de conquistar con dura lucha su fuero y autonomía en el año 1961. Capaz de embarcarse en un movimiento médico renovador después de la revolución de abril de 1965, para transformar su estructura y adecuarlas a los tiempos que vivimos.

Faro de luz en las noches tenebrosas del pasado, cuando la opresión, cuando el estrangulamiento quería someterla a los caprichos de los gobernantes de turno. Pagó precios altos,

costosos, tributos que llegaron a la pérdida de vida de muchos de sus hijos, encarcelamientos, siempre luchando al lado del pueblo por conquistar sus sagrados derechos y por contribuir al bienestar colectivo.

Su papel no ha sido solamente de docencia, investigación y extensión, también ha sido salvaguarda de los más caros intereses de la sociedad dominicana.

Hoy vivimos una naciente y joven democracia. Cuanto deberá el pueblo a la Universidad Autónoma de Santo Domingo por haber conquistado esta democracia?

Quizás todavía el tiempo es breve para juzgarlo, en el futuro se sabrá ponderar debidamente el papel jugado por esta Institución; sin embargo creemos que en el pasado la Universidad supo luchar, en el presente debe convertirse en verdadero soporte y defensa de la democracia, porque la democracia no es patrimonio de un gobierno ni de un partido sino patrimonio de todo el pueblo y al lado de ese pueblo en su máxima expresión siempre ha estado la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Este acto que hoy deja iniciada la I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina, reviste para nosotros y especialmente para mí, en mi condición de Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social un acontecimiento de gran significación y de mucho interés. En él se va a debatir una serie de conceptos aplicables a la salud bucal como elemento integral de la salud general a que tienen derecho todos los seres humanos.

En la Asamblea de la Organización Panamericana de la Salud, celebrada recientemente en Washington se planteaba como lema: "Salud para todos en el año 2000". Se hacía incapié como elemento básico y fundamental para lograrlo la atención primaria que debe llegar primordialmente a las zonas rurales y zonas sub-urbanas donde viven los seres menos afortunados, aquellos que tienen que depender de la asistencia estatal para lograr algún estado de salud. La salud bucal es una de esas actividades de la atención primaria. Estamos dando pasos concretos en ese sentido, ardua labor que en nuestro país se desarrolla en una colaboración entre la organización Panamericana de la Salud, nuestras Universidades y la Secretaría de Estado de Salud Pública. Comienza a extenderse la acción que entendemos debe acelerarse y concretizarse con la pasantía de los odontólogos y al mismo tiempo con el internado de odontología, de manera que los recursos humanos en esta área puedan poco a poco irse extendiendo por todos los rincones del país, alcanzando rincones jamás soñados por los dominicanos.

Desde ahora nosotros creemos en lo beneficioso de este evento porque además de acrecentar, de incrementar los conocimientos de los profesionales de la Odontología y Estomatología como se llama hoy en día, al mismo tiempo va a contribuir a la formación de mejores profesionales en el futuro, profesionales que además de los conocimientos técnicos y científicos, estamos seguros saldrán de nuestras aulas imbuidos de una sensibilidad social, que le permitan comprender que esos conocimientos no deben ser como fuente de atesoramiento de riquezas sino para el bienestar del pueblo que indirectamente paga para su formación.

Estamos en la mejor disposición de dialogar y acoger las sugerencias que como resultados de los trabajos que se van a discutir se nos puedan presentar.

Y finalmente queremos decir frases que nos recomendará hacer de su conocimiento el Señor Presidente de la República, especialmente a los distinguidos invitados internacionales que nos honran con su presencia: “Los brazos de Quisqueya están abiertos, las puertas se abren, esperamos que el calor humano del dominicano una vez más se ponga de manifiesto bajo nuestro clima tropical, nuestro sol y nuestras playas mitiguen las arduas labores del trabajo durante esta conferencia y les permitan el retornar a su país, recordar a esta Quisqueya, puerta de entrada de la civilización del Continente Americano.

*Dr. José Rodríguez Soldevila*  
Secretario de Estado de Salud Pública  
y Asistencia Social.

12 de octubre de 1980

**DISCURSO DEL DR. JOSE RODRIGUEZ SOLDEVILLA, SECRETARIO DE ESTADO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL EN LA INAUGURACION I CONFERENCIA DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA DE AMERICA LATINA, EL 12 DE OCTUBRE DE 1980**

Dr. Antonio Rosario,  
Rector de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Dr. Pedro Rojas,  
Secretario General de la Unión de Universidades de América Latina.

Demás miembros de la mesa que preside este acto.

Distinguidos invitados internacionales, Observadores, Delegados, Profesores, Estudiantes.

Señoras y Señores:

Constituye para mi motivo de doble satisfacción hacer uso de la palabra esta noche, en lo que podríamos calificar en la clausura del acto inaugural, digo de doble satisfacción, porque me toca la honrosa representación del Señor Presidente de la República y al mismo tiempo mi condición de profesor activo de la Universidad, me mantiene ligado a la Institución que ha sido uno de los soportes que ha contribuído a mi formación personal.

Esta Universidad Autónoma de Santo Domingo que ha sido capaz desde su fundación hasta nuestros días de transitar los sinuosos y tortuosos caminos junto al pueblo, es pródiga en hechos y realizaciones. Ha sido capaz de formar en sus aulas hombres de la talla del Doctor Francisco Martínez de Porras y del Padre Tomás de Linares, primeros rectores de Universidades de Venezuela y Cuba, respectivamente.

Fué capaz de conquistar con dura lucha su fuero y autonomía en el año 1961. Capaz de embarcarse en un movimiento médico renovador después de la revolución de abril de 1965, para transformar su estructura y adecuarlas a los tiempos que vivimos.

Faro de luz en las noches tenebrosas del pasado, cuando la opresión, cuando el estrangulamiento quería someterla a los caprichos de los gobernantes de turno. Pagó precios altos,

costosos, tributos que llegaron a la pérdida de vida de muchos de sus hijos, encarcelamientos, siempre luchando al lado del pueblo por conquistar sus sagrados derechos y por contribuir al bienestar colectivo.

Su papel no ha sido solamente de docencia, investigación y extensión, también ha sido salvaguarda de los más caros intereses de la sociedad dominicana.

Hoy vivimos una naciente y joven democracia. Cuanto deberá el pueblo a la Universidad Autónoma de Santo Domingo por haber conquistado esta democracia?

Quizás todavía el tiempo es breve para juzgarlo, en el futuro se sabrá ponderar debidamente el papel jugado por esta Institución; sin embargo creemos que en el pasado la Universidad supo luchar, en el presente debe convertirse en verdadero soporte y defensa de la democracia, porque la democracia no es patrimonio de un gobierno ni de un partido sino patrimonio de todo el pueblo y al lado de ese pueblo en su máxima expresión siempre ha estado la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Este acto que hoy deja iniciada la I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina, reviste para nosotros y especialmente para mí, en mi condición de Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social un acontecimiento de gran significación y de mucho interés. En él se va a debatir una serie de conceptos aplicables a la salud bucal como elemento integral de la salud general a que tienen derecho todos los seres humanos.

En la Asamblea de la Organización Panamericana de la Salud, celebrada recientemente en Washington se planteaba como lema: "Salud para todos en el año 2000". Se hacia incapié como elemento básico y fundamental para lograrlo la atención primaria que debe llegar primordialmente a las zonas rurales y zonas sub-urbanas donde viven los seres menos afortunados, aquellos que tienen que depender de la asistencia estatal para lograr algún estado de salud. La salud bucal es una de esas actividades de la atención primaria. Estamos dando pasos concretos en ese sentido, ardua labor que en nuestro país se desarrolla en una colaboración entre la organización Panamericana de la Salud, nuestras Universidades y la Secretaría de Estado de Salud Pública. Comienza a extenderse la acción que entendemos debe acelerarse y concretizarse con la pasantía de los odontólogos y al mismo tiempo con el internado de odontología, de manera que los recursos humanos en esta área puedan poco a poco irse extendiendo por todos los rincones del país, alcanzando rincones jamás soñados por los dominicanos.

Desde ahora nosotros creemos en lo beneficioso de este evento porque además de acrecentar, de incrementar los conocimientos de los profesionales de la Odontología y Estomatología como se llama hoy en día, al mismo tiempo va a contribuir a la formación de mejores profesionales en el futuro, profesionales que además de los conocimientos técnicos y científicos, estamos seguros saldrán de nuestras aulas imbuidos de una sensibilidad social, que le permitan comprender que esos conocimientos no deben ser como fuente de atesoramiento de riquezas sino para el bienestar del pueblo que indirectamente paga para su formación.

Estamos en la mejor disposición de dialogar y acoger las sugerencias que como resultados de los trabajos que se van a discutir se nos puedan presentar.

Y finalmente queremos decir frases que nos recomendará hacer de su conocimiento el Señor Presidente de la República, especialmente a los distinguidos invitados internacionales que nos honran con su presencia: “Los brazos de Quisqueya están abiertos, las puertas se abren, esperamos que el calor humano del dominicano una vez más se ponga de manifiesto bajo nuestro clima tropical, nuestro sol y nuestras playas mitiguen las arduas labores del trabajo durante esta conferencia y les permitan el retornar a su país, recordar a esta Quisqueya, puerta de entrada de la civilización del Continente Americano.

*Dr. José Rodríguez Soldevila*  
Secretario de Estado de Salud Pública  
y Asistencia Social.

12 de octubre de 1980



**PRIMERA SESION PLENARIA**  
**LUNES 13 DE OCTUBRE, 1980**



---

**TEMA I**  
**OS RECURSOS HUMANOS ODONTOLÓGICOS**  
**NECESARIOS PARA AMÉRICA LATINA**  
**Departamento de Odontología –UASD**



## INTRODUCCION

Convocada por la Unión de Universidades de América Latina y auspiciada por la Universidad Autónoma de Santo Domingo, la "*I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina*" está llamada a abrir un espacio de perspectivas y transformaciones en la importante rama de la salud, que constituye la Odontología, la cual ha resistido, más que ninguna otra, el rompimiento de sus arcaicos moldes, impidiendo un cambio cualitativo y cuantitativo en el área de formación de recursos humanos en la producción de servicios y conocimientos odontológicos.

Marchar "*Hacia una Nueva Odontología Latinoamericana*", como reza el tema de esta Iera. Conferencia de Odontología, significa el comienzo de un ascenso difícil, pero necesario y obligatorio, que en base a un análisis real y concreto de nuestra realidad latinoamericana, proporcione una visión, clara y objetiva del papel de la Odontología en la sociedad contemporánea, así como, del contexto económico y social en que se desenvuelve la universidad latinoamericana.

El desgaste creciente del sistema social vigente en nuestros países, obliga necesariamente a la búsqueda de nuevos mecanismos de dominación y a una mayor racionalización para el afianzamiento de la dependencia por parte del centro hegemónico; generando esto a su vez el surgimiento de un proceso de lucha por parte de los países dependientes que, están empeñados en la construcción de su propio destino.

Este fenómeno tiene que ser el punto de partida para la comprensión de lo que está sucediendo hoy en día, en nuestros países, a todos los niveles. Por eso una redefinición de la universidad en cuanto a su función y contenido; así como del sector salud, debe tener como referencia básica este análisis, salvo si existe la intensión manifiesta de obtener un resultado parcial y subjetivo.

La Universidad como conceptualización y como institución es una realidad contingente, esto quiere decir que la Universidad no ha existido siempre en la sociedad, sino que incluso, nace en un momento dado, en sociedades concretas, atendiendo a condicionamientos específicos. La Universidad, pues, se ha ido articulando y conformando con parti-

cularidades locales en momentos concretos, dentro de una cronología histórica. Por estas razones, la realidad que podemos identificar como universidad en las diferentes sociedades donde existen, no es más que la expresión de la totalidad de esa sociedad, atendiendo a variables de orden interno y externo, general y particular, local y universal.

El análisis de la interacción entre la Universidad y la Sociedad en nuestra América Latina no puede realizarse en forma lineal, mecánica y ahistórica. Por el contrario, aunque se den líneas generales comunes, se perciben grados dentro del parámetro en cuestión, permitido por las contradicciones estructurales y coyunturales del sistema social dominante en nuestros países.

En los últimos años, la interacción entre la Universidad y la Comunidad ha asumido modalidades que deben ser comprendidas en función de la dinámica de la dependencia, del asumir de conciencia en la lucha por la superación de esa situación. Partiendo de esta base es que debemos comprender estas modalidades que comienzan a desprenderse de las “*campañas sanitarias*”, de las escuelas “*preventivistas*”, de la “*medicina comunitaria*”, de las “*prácticas extramurales*” y de los Modelos de “*Investigación, Docencia y Servicio*”.

Todas estas manifestaciones se definen como señalamos anteriormente, por una estructura del sistema social vigente y por la lucha de superación de la dependencia. En este sentido, podemos ver que la crisis del modelo económico, dada por una desigual distribución del ingreso, determinó un aumento de la migración del campo a la ciudad, la agudización de las contradicciones en la lucha de clases; y, la incorporación del pueblo a las organizaciones populares.

En el campo de la salud, se refleja por el aumento de población que exige cobertura y la necesidad creciente del sistema que requiere mano de obra sana para el aumento de la productividad. Es a partir de esta exigencia por los sectores populares, que el sistema para superar sus crisis, necesita aumentar la productividad y los alcances de la cobertura oficial tradicional donde predomina una práctica odontológica privada y donde la odontología es una mercancía; es en esta perspectiva que deben analizarse los diferentes modelos desarrollados en América Latina.

## MODELO TEORICO

Guardando las diferencias normales que lógicamente existen entre países de un ámbito geográfico tan disperso como el latinoamericano, podemos afirmar, en forma contundente, que las sociedades de nuestros países, con la honrosa excepción de Cuba, están inmersas en el sistema capitalista, más aún, para precisar, la mayoría se encuentran dentro de la fase que se conoce como capitalismo tardío.

Esto significa en líneas generales que los polos fundamentales de la sociedad capitalista lo rigen el capital y el trabajo, siendo la venta del trabajo, por un salario, la forma de vida de la inmensa mayoría de los componentes de estas sociedades. Además, vista la situación en

conjunto, y siempre generalizando, la economía latinoamericana es bastante atrasada, teniendo en cuenta su evidente bajo nivel en el sector de la industrialización y el peso que tienen las actividades económicas relacionadas con la agricultura y el comercio.

Es natural, pues, que nuestros países subsistan fundamentalmente por la producción agrícola, debiendo invertirse una parte importante del capital de la nación, para llevar a cabo los procesos productivos de carácter agrícola, en sociedades donde el 90 por ciento de la población carece de tierras, es decir, arrastrando el atraso de lo que en la tenencia de la tierra se ha llamado el eje—latifundio—minifundio.

Esta relación de la tenencia de la tierra, es la causa principal de la existencia de una gran masa de campesinos pobres o semiproletarios, que a la larga pasan a constituir los grandes cordones de miseria alrededor de nuestras principales ciudades; fenómeno social de gigantescas proporciones, no obstante girar nuestra formación en torno a la producción agropecuaria.

Además de la industria y la agricultura, la inversión extranjera se ha ido canalizando a otros sectores de la actividad económica, aumentando el flujo disfrazado de capitales extranjeros a nuestros países, que llevan las ganancias a su país de origen, especialmente a los Estados Unidos de Norteamérica, de donde procede el mayor porcentaje. De esa manera las grandes transnacionales se apropian de la plusvalía de nuestros países agudizando la miseria de las grandes mayorías de nuestras poblaciones.

La situación de dependencia y subdesarrollo de la mayoría de los países latinoamericanos no es un mero cliché político y/o ideológico, es una realidad concreta que tiene razón de ser en la permanente explotación a que han sido sometidos nuestros pueblos.

Nuestro pasado colonial permitió a un conjunto de países dominantes expandir su economía y autoimpulsar su desarrollo económico, social y político. Más tarde en el predominio técnico—científico les fué fácil expandirse y someter a su dominio explotador a otros países de economía atrasada, aprovechando así sus recursos renovables y no renovables, la mano de obra barata y el consiguiente mercado económico.

En el momento actual nadie osaría discutir el papel que en el campo político de nuestros respectivos países, ejercen las empresas transnacionales como sostenedoras de las tradicionales minorías detentadoras del poder.

A manera de resumen de lo antes expuesto podemos afirmar que en las últimas décadas el contexto económico y social latinoamericano ha llegado a “la culminación de la integración y dependencia al sistema capitalista mundial, con apoyo de un sistema de dominación interno en cada país”.

Otros factores que conviene analizar, para nuestra correcta ubicación, al abordar lo referente a los recursos humanos odontológicos necesarios para América Latina, serían: el fenómeno poblacional y el de los ingresos.

El fenómeno demográfico tiene, por supuesto, profundo efecto en el campo socio—

político y económico—cultural.

A principio de la década de 1960 de acuerdo a un estudio realizado por la Secretaría General de la Unión de Universidades de América Latina, UDUAL, había 209 millones de habitantes; a fines de ese período alcanzaron a los 277 millones y para 1985 se espera que la población sea de 429 millones de latinoamericanos.

Como apunta los autores de la investigación, en 25 años habrá un aumento de 219 millones, cifra mayor que la señalada para 1960. Casi la mitad de la población, agregan, es menor de 15 años.

En cuanto a ingresos, los mismos autores del estudio señalan que “el sistema latinoamericano económico y social ha devenido en una estructura fuertemente polarizada, en una de cuyas partes se agrupa un porcentaje mínimo de la población que detenta gran parte del ingreso, riqueza, oportunidades de educación, de empleo y de recreación (de salud, agregamos nosotros), y concentra en sus manos el poder”.

Por otra parte se estima que uno de cada cinco latinoamericanos, tiene un ingreso diario de menos de 17 centavos de dólar; uno de cada tres recibe al día 35 centavos; uno de cada tres recibe menos de 85 al día, y, finalmente ocho de cada diez latinoamericanos deben pagar con menos de un dólar al día: casa, comida, salud y educación.

Estos datos son claros sobre las paupérrimas condiciones de una gran parte de la población de América Latina, marginadas absolutamente del proceso de desarrollo integral de nuestros pueblos.

Violich, Franis y Astica, Juan citados en este trabajo de la UDUAL, dicen lo siguiente: “se estima que 35 millones de latinoamericanos habitan tanto en barriadas periféricas como en tugurios en el centro mismo de las ciudades; y las Naciones Unidas calculan que, en Latinoamérica, alrededor del 40 por ciento de la población urbana y el 50 por ciento de la población rural habitan viviendas y comunidades insalubres excesivamente pobladas”.

En línea general ésta es la realidad económica y social que encuentran, al egresar de las universidades, los profesionales de la salud: médico, odontólogo, bioanalista, farmacéutico, enfermera, etc. etc. ...

Sin perder de vista que la universidad es una de las instituciones que configura como sabemos todos, la superestructura de la sociedad; y en una sociedad capitalista, siendo la universidad uno de los aparatos ideológicos de que se vale la clase dominante para justificar el orden establecido y mantener, por tanto, las condiciones de reproducción de las relaciones sociales de producción, la misión que le toca cumplir a la universidad frente a la sociedad debe encaminarse, sin vacilaciones, a coadyuvar en la transformación de esa sociedad de la cual ella es producto, aunque este papel de la universidad ha sido motivo de largas y profundas controversias.

Para muchos la universidad debe ir más allá de esta misión para otros la posición anunciada va demasiado lejos.

No es fácil reducir posiciones sobre el papel que debe asumir la universidad ante la demanda de cambio social en nuestros países, pues como bien expresa el mejicano Pablo Latapí: “El criterio ordenador mismo de cualquier clasificación puede ser cuestionable y las categorías lógicas y términos verbales pueden ocultar preferencias ideológicas o epistemológicas indeseables”.

Este mismo autor ordena, como él dice, de “menos a más”, ocho posiciones de acuerdo al grado de confrontación e involucración social y política de la universidad en el cambio social. Así vemos, en la forma más comprimida que es posible, como para muchos la Universidad no debe “rebasar su naturaleza estrictamente académica; orientada al saber; con una concepción de la ciencia como neutral en materias de valores”. De otra parte, la posición más extrema es la que plantea que la Universidad debe procurar su propia destrucción, dado que representa una apropiación privada, e injusta del conocimiento, produciendo una enajenación del conocimiento que debe ser devuelto a la sociedad. (Socialismo Utópico).

Otras, en posiciones intermedias entre estos dos extremos, plantean acciones políticas directas, concretas a favor del cambio social, y más aún, supeditan la Universidad “al proyecto revolucionario global, y concretamente, a la acción revolucionaria violenta”.

La Universidad Autónoma de Santo Domingo concibe que la Institución asume su mayor grado de desalienación y descompromiso con el sistema social a través de una coyuntura política y una relativa “autonomía” que le permitan una interrelación con el pueblo, basado en un modelo pedagógico de “Docencia, Investigación y Servicio”.

Este desarrollo se producirá a través de un proceso de cuestionamiento en cuanto a la formación de profesionales críticos con herramientas de análisis, capaces de comprender y transformar la realidad. Esto implica una redefinición de la función de la salud, el papel del profesional en la sociedad, así como una reconceptualización sobre salud–enfermedad, práctica de salud, etc.

Esta práctica social parte del análisis de las contradicciones de la sociedad como totalidad, su relación con la metrópoli y de las condiciones reales de la Universidad y la Facultad.

La integración dialéctica con el pueblo se realiza en función de la realidad nacional, en un proceso crítico de investigación y creación, donde la praxis se da en función de mediación de la investigación y de la acción, de un servicio entre la acción y la conciencia. El modelo se desarrolla a través de tres dimensiones fundamentales; a) los servicios, se traducen en prestación de servicios de salud al pueblo en un proceso pedagógico, donde se comparten tareas, responsabilidades y experiencias; b) docencia, se integra la docencia a un proceso productivo que trasciende al binomio teoría–práctica y se supera la práctica de salud ficticia de laboratorios artificiales; c) investigación, el encuentro con la realidad sanitaria y social condiciona y obliga a la realización de investigaciones para integrarlas a los servicios y la docencia.

El desarrollo del modelo teórico se realizará a través de la sustitución de la cátedra magistral como mediación de la enseñanza; organización interna de los estudiantes de acuer-

do a discusiones colectivas y modalidades metodológicas escogidas libremente, para desarrollar sus capacidades creadoras y sus responsabilidades; evaluación objetiva de participación a partir de una evaluación crítica colectiva; e, interrelación con el pueblo y su medio a partir del uso de herramientas científicas y de la observación participante.

El Departamento de Odontología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, consecuente con su Estatuto Orgánico, emanado del glorioso Movimiento Renovador, "consecuencia directa positiva de la Revolución de Abril de 1965", considera que la misión de la Universidad debe estar encaminada a elevar los niveles culturales de nuestra sociedad, formando críticamente los científicos, profesionales, y técnicos necesarios para coadyuvar a las transformaciones que demanda el desarrollo nacional independiente.

Creemos en la responsabilidad que tiene la Universidad latinoamericana en la formación de una conciencia crítica de la sociedad en la cual está enmarcada, puesto que esa conciencia crítica es la herramienta más eficaz en la lucha contra el subdesarrollo y la dependencia; lo que equivale a decir: Luchar por una paz verdadera, por el desarrollo económico, social y cultural de nuestros pueblos, por la justicia social, por los derechos del hombre, por la soberanía plena, en fin, por la libertad.

## FORMACION DE LOS RECURSOS HUMANOS

Tradicionalmente la formación de los recursos humanos en Odontología en toda nuestra América Latina responde, no a las necesidades de los pueblos, sino a los intereses políticos y económicos de las clases dominantes.

Los planes de estudios de nuestras Facultades, Escuelas y Departamentos son elaborados, en su mayor parte, tomando como modelos los existentes en los E. U., para formar odontólogos elitistas, mercantilistas, sin ninguna sensibilidad social. Si analizamos algunos planes de estudios en la América Latina, nos daremos cuenta que en la década del 60, todos los tratadistas de estos asuntos eran absorbidos por la educación odontológica norteamericana y todas sus propuestas eran cristalizadas en los planes de estudios de las Facultades latinoamericanas, lo que se vé muy claro si examinamos los Seminarios Latinoamericanos de la enseñanza de la odontología de 1963 y 1965.

Recientemente se ha comprendido la necesidad de poner énfasis en los aspectos sociales y preventivos, en la formación del Odontólogo y sus auxiliares. La formación del odontólogo no es un proceso independiente de la estructura económica que predomina en la sociedad donde se desarrolla. La práctica Odontológica está ligada íntimamente a la transformación histórica del proceso de producción económica.

Si partimos de lo que es un plan de estudios para formar a los odontólogos y a los auxiliares en nuestro caso concreto, debemos determinar qué tipo de recursos en odontología requerimos para satisfacer las necesidades de nuestros pueblos. Si aceptamos que un

plan de estudios es un proyecto político con una sustentación científica y técnica, podríamos formar odontólogos y otros miembros del equipo con una filosofía y una ideología propia para resolver los problemas de nuestra realidad latinoamericana.

La atención odontológica en todos los pueblos de América es pésima, con la excepción de Cuba, en donde todas las necesidades odontológicas básicas han sido resueltas o están en vía de resolverse. Este ejemplo de Cuba socialista nos permite afirmar que no resulta imposible la formación de recursos humanos adecuados para resolver los problemas de salud bucal de nuestros pueblos.

El odontólogo debe pensar que es un ser social y que su actividad profesional debe orientarla y realizarla siempre en función del bienestar colectivo; que su trabajo debe ser de óptima calidad; en el menor tiempo y delegando funciones a los auxiliares; principalmente cuando la actividad profesional odontológica se orienta hacia los servicios comunitarios. Conviene a este respecto hacer notar también la importancia del odontólogo general, ya que el especialista resuelve un problema específico, mientras que el odontólogo, resuelve los problemas a nivel general.

Ha llegado el momento de que el odontólogo o cualquier miembro del equipo de salud, trate de comprender que la salud pública es “la Organización y dirección de los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y recuperar la Salud”, y que, por ello debe hacer énfasis en cumplir los postulados enunciados que en definitiva es la lucha por la salud de la comunidad.

En la formación del profesional y sus técnicos debemos destacar la importancia de la investigación, ya que ésta es una de las principales palancas en el desarrollo científico del odontólogo y de los demás recursos. No concebimos una docencia huérfana de investigación y servicios, pilares necesarios para la formación y desarrollo del odontólogo.

La investigación en odontología ha proporcionado instrumentos y conocimientos muy útiles para prevenir muchas enfermedades bucales, los adelantos recientes prometen cambiar todo el carácter de la práctica odontológica, y supera las deficiencias del pasado.

Si analizamos, aun brevemente, como está organizado nuestro actual plan de salud (prótesis, operatoria, periodoncia, diagnóstico, diagnóstico, etc.) podríamos afirmar que nuestros alumnos son preparados para que sean hábiles diagnosticadores, restauradores, expertos cirujanos y periodoncistas competentes.

Nos preguntamos a partir de ese análisis lo siguiente: – ¿Están nuestros estudiantes en capacidad de apreciar las necesidades de Salud Pública de la comunidad donde prestarán servicios? ¿Conocen la sociedad donde piensan incorporarse como dirigentes en Salud? ¿Se les ha dado los conocimientos sobre ética profesional necesarios para el ejercicio de la profesión en favor de la comunidad?.

Por lo tanto, es una necesidad despertar, mediante una correcta formación, el sentido de la responsabilidad y la conciencia social del odontólogo.

En cuanto a los requisitos de matriculación de estudiantes en las distintas universidades de Latinoamérica, debemos observar que son diferentes en todos los países y más aún en distintas universidades de un mismo país. En la República Dominicana, las diferentes universidades tienen distintos criterios y formas de seleccionar a los alumnos. En la UASD la inscripción es libre y en otras hay exámenes de admisión y otros requisitos que, sumados a las concepciones, orientación institucional y a los planes de estudios determinan que el odontólogo egresado de las mismas tengan características distintas. El hombre y la sociedad le plantean como a cualquier profesional, problemas que pueden y deben resolverse, mediante una permanente renovación de los objetivos de la enseñanza.

En un proceso de democratización de la enseñanza, la universidad debe aceptar en su seno los estudiantes de todas las clases sociales capacitándolos intelectual, moral y físicamente para una carrera que tendrá que ofrecer sus servicios al pueblo.

Debe a su vez, ofrecer a los alumnos un ambiente académico que estimule su apreciación y conocimientos de los problemas filosóficos, sociológicos y culturales de nuestros días, facilitando la experiencia clínica que sea esencial para ofrecer un buen servicio al paciente y creando en el odontólogo las posibilidades de que éste llegue a convertirse en un dirigente dentro de la profesión y la colectividad en que vive.

La población, como más arriba apuntamos, aumenta con mucha rapidez, de ahí que los egresados de las escuelas o facultades resulten insuficientes para resolver las necesidades odontológicas en nuestros países. Las instituciones formadoras de recursos humanos producen pocos odontólogos en relación con la gran población que demanda sus servicios. Por otra parte, ni el Instituto Nacional de Seguridad Social, ni la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, están en capacidad de emplear a todo el personal que se forma porque no tienen las plazas necesarias, ni disponen de los recursos indispensables para hacerlo, ni como crearlas, en sociedades como las nuestras.

Hoy se habla de que hay crisis en la Odontología, y, en verdad, la realidad de latinoamérica, en cuanto Educación Odontológica se refiere, y, como consecuencia de los problemas económicos, y políticos en general, es crítica; ya que el subdesarrollo y la dependencia del centro hegemónico mantiene en estado de atraso y explotación.

Ahora bien, en estos momentos hay un despertar lleno de esperanzas en toda la América Latina en pos de su independencia económica y su soberanía plena, cuando arribemos a esta ansiada soberanía, seremos dueños de nuestro propio destino y podremos formar los recursos humanos que necesiten nuestros pueblos con su participación activa y directa.

## ALTERNATIVAS

El nuevo enfoque en la formación de recursos humanos se orienta desde varios niveles del personal, tomando en consideración que, la definición, creación y ubicación de los mismos es un reto al que solo podemos hacer frente mediante el estudio del conocimiento de las necesidades reales de salud bucal de los sectores populares; así como la necesidad

imperiosa de aceptar el conocimiento popular sobre problemas de salud bucal y su incorporación a la formación profesional en los distintos niveles.

Ante este reto, se puede afirmar que la odontología latinoamericana ha adquirido una experiencia tal que se encuentra en condiciones de redefinirse a sí misma, fijando nuevos linderos, reestructurándose internamente y delineando con mayor precisión su intención como profesión de servicio. Y es que Latinoamérica posee un acervo común que la ubica en una posición de avanzada cuando se trata de la búsqueda de soluciones creativas a la problemática de salud; y, es en nuestro contexto latinoamericano que debe buscarse la solución a las interrogantes que el proceso de salud y educación plantean. Al respecto conviene citar lo expresado por el doctor Gillespie de la OPS/OMS: “¿Cómo ampliar la cobertura sin formar más personal, sin sobrecargar las actuales facultades de odontología y sin grandes recursos para crear otras nuevas? ¿De qué manera llegar al medio rural con un profesional universitario que no está preparado ni dispuesto para abandonar la ciudad? ¿En qué forma redistribuir funciones odontológicas sin disminuir la calidad frente a la urgencia de racionalizar el costo—beneficio? ¿Cómo incorporar a la comunidad en las tareas de salud cuando sus necesidades vitales no han sido satisfechas y se encuentran aún en la etapa de la lucha por sobrevivir en las condiciones de extrema pobreza en que se ve sumida? Estas interrogantes retan la imaginación y la capacidad de trabajo organizado de cualquier profesión con inquietudes sociales”.

La ardua tarea que tienen ante sí, tanto los docentes como los planificadores de la educación en cada escuela, es definir las aptitudes específicas que sus estudiantes deben adquirir a fin de atender las necesidades y exigencias locales de salud. Para obtener este tipo de educación es menester que la comunidad en su conjunto, se incorpore como contexto del aprendizaje y que se considere al intramuro y al hospital como un lugar en el cual puede estudiarse una cierta etapa del proceso de salud.

Cuando la enseñanza se centra en el hospital, y en el intramuro, a pesar de las visitas ocasionales e informales a la “comunidad”, no se puede formar a odontólogos orientados en función de la salud y la comunidad que poseen una verdadera responsabilidad social.

Los docentes mismos tendrán que aprender un nuevo enfoque educacional; deberán aprender la forma de ayudar a los alumnos a alcanzar sus objetivos y como promover un aprendizaje eficiente y efectivo. Los elementos centrales son el alumno y el aprendizaje, y no el docente y la enseñanza.

A fin de lograrlo tendrán que modificar las modalidades de pensamiento de los docentes y de los odontólogos en ejercicio, a más de coadyuvar a la modificación de los sistemas de atención de salud para que guarden una relación más estrecha con la vida social; de ese modo los odontólogos estarán en condiciones de desempeñar el papel que les corresponde en los servicios de salud de su país, no sólo para curar, sino para contribuir al mejoramiento de la calidad de la vida del pueblo.

El análisis de esta situación nos lleva a plantear una nueva alternativa metodológica y pedagógica, a través de la cual es necesario formar un trabajador de la salud que además de

adquirir los conocimientos específicos, sea capaz de interactuar en la estructura social en la cual va a desarrollar sus actividades.

Se estimulará el diseño de modelos de integración servicio—docencia que permitan que el estudiante se forme en un régimen de “aprender—haciendo” y “aprender—transformando”, en contacto permanente con las necesidades y demandas de la sociedad, dirigida a una “práctica social”, en la cual, su trabajo se inscriba en el quehacer de la clase fundamental del país.

El currículum de odontología se debe concebir como un proceso continuo, de complejidad creciente, determinado, en última instancia, por las relaciones de producción, de las cuales emergen las distintas formas de práctica de salud (privada, institucional) y de la propia comunidad. La Carrera de Odontología se desarrollará tomando al individuo y a la colectividad como unidades biósico—sociales, hacia las cuales se proyectará la atención integral de salud incluyendo la bucal— como un derecho y no como una dádiva. Las actividades de enseñanza—aprendizaje serán planificadas y ejecutadas en la perspectiva de integración docencia—servicio, articulando los niveles de atención de salud. El proceso educacional se organizará en base a las funciones que deberán cumplir los distintos miembros del equipo odontológico en los diferentes niveles de atención del sistema de salud regionalizado, propiciando la eficiente interrelación entre sí y con los otros integrantes del equipo de salud. Se estimulará la participación directa de la colectividad, a través de sus miembros, sus líderes y sus organizaciones. Se otorgará al trabajo profesional un sentido de servicio social y no el de una actividad meramente lucrativa. Se adoptará una actitud positiva frente al desarrollo económico, científico y cultural de la sociedad.

### PRINCIPIOS METODOLOGICOS

- 1.— **Aprendizaje en servicio.** El aprendizaje en servicio. El aprendizaje se efectuará durante un proceso en el que el elemento formativo principal será el trabajo que el propio estudiante efectúe durante la atención de las necesidades de salud de la población.
- 2.— **Aprendizaje en condiciones reales.** Se propiciará la interacción temprana del estudiante con grupos humanos portadores de necesidades reales de salud bucal, evitándose tanto la utilización de simuladores como la creación 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 logrará mediante un conjunto de actividades que deberán ser desarrolladas por cada estudiante con la finalidad de que éste adquiera sus propias vivencias, destrezas y conceptos en el campo de salud bucal. El conocimiento teórico proveniente de la lectura de libros y revistas científicas, o de conferencias y demostraciones, será 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.** Las experiencias de aprendizaje tendrán una secuencia que permita escalonar el aprendizaje de las funciones odontológicas y de los conocimientos teóricos de apoyo, siguiendo un orden lógico de menor a mayor complejidad, facilitándose con ello la adquisición e internalización de experiencias, destrezas y conceptos, y el subsiguiente perfeccionamiento de los mismos, hasta configurar en cada estudiante una formación profesional propia e integral.

## RESUMEN

Se hace un análisis del contexto socio—económico cultural en que están enclavados los pueblos latinoamericanos, haciendo énfasis en el fenómeno del subdesarrollo y la dependencia.

En este marco de referencia, es decir, de un capitalismo tardío, se buscan nuevas modalidades, alejadas de las tradicionales, para la preparación de los recursos humanos que la Odontología demanda en Latinoamérica.

Para la consecución de este apremiante objetivo que puede ampliar a límites deseados la cobertura de la salud bucal en favor de tantos millones de Latinoamericanos, marginados del proceso de la producción, e imposibilitados, por tanto, para la obtención de los servicios bucales requeridos, consideramos como imperiosa la necesidad de enfatizar, con claridad meridiana, los siguientes aspectos:

a) Las Universidades Latinoamericanas deben acentuar su papel de coadyuvantes en la transformación económico, social y cultural que necesitan nuestros pueblos.

b) Las Facultades, Escuelas y Departamentos de Ciencias de la Salud, deben incorporarse plenamente al pueblo a través de la docencia, investigación y los servicios, y en interacción con los organismos sanitarios de la Nación.

c) En este proceso, la relación profesor—estudiante, al incorporarse ambos a un equipo de trabajo, debe redefinirse en el campo de la enseñanza, ya que al ponerse el estudiante en contacto con la realidad sanitaria y socio—económica del país se produce una toma de conciencia social, una ruptura de la dicotomía ambivalente de teoría—práctica y una revalorización y racionalización de la división del trabajo.

d) En la interacción Universidad—Sociedad, en un marco de cuestionamiento crítico, se posibilita, que tanto los profesores, los estudiantes y la comunidad asuman una conciencia histórica de la dependencia; se incorpore a la Universidad al proceso productivo y más aún se incorpore la salud al pueblo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OSORIO PAZ, Saúl  
Educación y Empleo – “Revista Universitaria”  
Organo de la Unión de Universidades de A. L. (UDUAL)  
No. 77 – Julio–Sep. 1979 – MEXICO – Págs. 678 sigs.
2. LATAPI, Pablo  
Universidad y Cambio Social: Siete Tesis Reconstruccionistas  
Revista Universitaria – Organo de la UDUAL No. 77 Julio–Sept. 1979 – México – Págs. 696 y sigs.
3. KASSE ACTA, Rafael  
Temas del Movimiento Renovador  
Editora “Alfa y Omega” – 1979 – Santo Domingo, R. D.
4. UDUAL  
La Formación Integral de los Profesionales de la Salud.  
IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina (Habana, Cuba)  
Secretaría General de la UDUAL – México, 1977.
5. Docencia, Investigación y Servicio en la UASD – Publicación del Decanato de la Facultad de Ciencias Médicas – Ponencia presentada por Ciencias Médicas en la X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina en América Latina – 1977.
6. Resumen de las Conclusiones de las Comisiones de la X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina – 1977 – Mimeografiadas.
7. CASTIELANOS, Juan Fco. Hidalgo J. HUERTA, J. José; SOSA, Ignacio  
“Examen de una Década”: Sociedad y Universidad 1962–71  
UDUAL – Secretaría General – México 1976.
8. CORDERO, Hesio  
“La Práctica Médica en América Latina”  
Ponencia X Conferencia Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina – Santo Domingo, 1977.
9. Estatuto Orgánico, de la UASD, Diciembre 1979.
10. Seminarios Latinoamericanos sobre la Enseñanza de la Odontología – Bogotá 1963.
11. Seminarios Latinoamericanos sobre la Enseñanza de la Odontología – México 1965.
12. La Educación Médica en la América Latina – Juan C. García
13. PARSON, T. – The Principals Structures of Community in Perspective on the American Community.  
Edit. – R. L. Warren.
14. Salud y Participación de la Comunidad – Dr. Luis Pérez Espailat, et alter (Tesis de Grado).
15. Medidas Preventivas para Mejorar la Práctica Dental – J. L. Bernier y J. C. Muhler – 3ra. Edición,  
Editorial Mundí.
16. GILLESPIE, George  
Antología de experiencias en educación y servicios odontológicos en América Latina.  
Educación Médica y Salud. OPS/OMS. Vol. 12, No. 4, 1978.

- 
17. – ANDRADI, Jorge  
Marco Conceptual de la Educación Médica en América Latina. Educación Médica y Salud. OPS/OMS. Vol. 12, No. 3, 1978.
  18. – Principios Básicos para el desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe. Informe final. Educación Médica y Salud. OPS/OMS. Vol. 10, No. 2, 1976.
  19. – Aspectos teóricos de las Ciencias Sociales aplicadas a la Medicina. Informe. Educación Médica y Salud. OPS/OMS. Vol. 8, No. 4, 1974.
  20. – Documento Básico de la Carrera Estomatología. FCS UCMM. Santiago de los Caballeros, 1978.



TEMA I:

**LOS RECURSOS HUMANOS ODONTOLÓGICOS NECESARIOS  
PARA AMÉRICA LATINA**

*Por Alfredo Gómez Castellanos (México)*



## LOS RECURSOS HUMANOS ODONTOLÓGICOS NECESARIOS PARA AMÉRICA LATINA\*

*Por Alfredo Gómez Castellanos*

La educación superior en América Latina debe, para su comprensión y estudio, ser analizada como componente de una totalidad social, en un tiempo y espacio concreto; por lo cual le es posible en una reproducción en el tiempo, a través de sus funciones de docencia, investigación y servicio, la formación de recursos humanos acordes a un modo de producción determinado. Es decir la universidad L. A. tiene como función principal la formación de la fuerza de trabajo y la inculcación de la ideología dominante de acuerdo a la división social del trabajo. En este orden de ideas, el espacio concreto se logra a través de su organización, copia exacta del tipo de práctica que se manifiesta en una producción capitalista: parcialización del conocimiento, subordinación del alumno, horarios rígidos y completos, estructura organizativa lineal, competencia en calificación, objetivos definidos, aceptación de las leyes de oferta y demanda, alienación a través de asociaciones y recompensas y el manejo de un conocimiento teórico sobre la realidad.

En el contexto general de la universidad latinoamericana se definen los componentes de docencia, investigación y extensión universitaria, como los elementos fundamentales en la formación de recursos humanos; las acciones se proyectan a través de programas docentes, de Institutos de Investigación y de Organismos de Acción Social, los cuales en su desarrollo no han logrado determinar métodos y estrategias para una integración orgánica, que en su experimentación permitiera obtener beneficios comunes a la universidad y a la sociedad en que se encuentra inserta.

En el campo específico de la Odontología, el problema anteriormente mencionado se refleja en el tipo de recurso humano formado. En el campo de la docencia se ha demostrado por medio de estudios nacionales y locales, especialmente en México, que la mayor parte de las Facultades y Escuelas de Odontología carecen de filosofía, políticas y marco de referencia específico, ya que persiste una indefinición del fenómeno salud, principalmente de la salud bucal y sus características más significativas, que ofrezcan al futuro profesional una

ubicación en dicho proceso que le permita deducir el conocimiento en forma integral. En consecuencia en los planes de estudios el 50% de ellos contienen objetivos generales terminales ambiguos, no especifican objetivos por semestre, por año, metodología y actividades que permitan evaluar los objetivos generales. Prevalece en todas las escuelas una organización del plan de estudios del tipo vertical en base a materias o disciplinas integradas en las áreas de ciencias básicas, de ciencias sociales y clínicas con una distribución del 62% para el área clínica, 31% en el área de ciencias básicas y el 7% en el área social, observándose una desintegración del conocimiento, puesto que ubica el contenido teórico del área básica en los dos primeros años y el del área clínica en los últimos años, dividiendo los aspectos generales y específicos del fenómeno salud-enfermedad.

La docencia es ejercida casi exclusivamente por profesionales de tiempo parcial, lo cual incide en una función profesionalizante-individualista basada en el adiestramiento de técnicas que solo capacitan para la ejecución de acciones en situaciones predecibles.

En el campo de la investigación, se considera que no ha logrado una expresión significativa en México, solo el 4% del personal docente ha recibido una formación en este campo y en América Latina se contempla una falta de políticas precisas de recursos humanos y técnicos adecuados, aún se observan investigaciones sistematizadas acordes a los requerimientos de la industria odontológica, precisamente en el estudio de biomateriales en las áreas clínicas y de protección específica, equipos y técnicas en el área de simplificación; que permitirán ampliar el campo de la Sociedad Industrial en el manejo actual y futuro de la Odontología.

Por último, el campo de la Extensión Universitaria; en el 90% de Escuelas y Facultades existe la preponderancia de actividades curativas conforme los grupos de edad avanzan, tomando al hombre como objeto para un servicio rehabilitador. Es así como la desintegración de las funciones de docencia, investigación y servicio en odontología, han permitido la formación de recursos innecesarios para América Latina.

Ante el fenómeno actual y para una mejor ubicación en la problemática del papel de la universidad en la sociedad, se considera oportuno analizar los diferentes modelos teóricos, que actualmente se manejan en la pedagogía y desarrollar planteamientos, en cualquiera de ellos, de las premisas e hipótesis de trabajo para la formación de los Recursos Humanos Odontológicos necesarios para América Latina.

De acuerdo a lo señalado por Latapí, P., Vasconi, T., Honey, E.; se encontrarían los siguientes modelos pedagógicos:

A) MODERNIZADOR. Este modelo sustenta la plena realización del hombre en una sociedad abierta que permita su estabilidad, continuidad y progreso. Su base teórica es funcionalista, fomentando valores y normas, para una sociedad en evolución, y la formación de recursos humanos capacitados para la producción. Sus propuestas son la modernización en la calidad de la enseñanza, planteadas a través de la profesionalización docente y la investigación científica, como sustentos del progreso.

B) REFORMISTA SOCIAL. En su desarrollo contiene diversas fundamentaciones ideológicas para modificar el curso de la sociedad. Su base teórica es funcionalista, visualizando a la sociedad como un conjunto de sistemas en constante interacción y equilibrio, lo cual permitirá la movilización social y una mejor distribución del ingreso. Sus propuestas se basan en la modernización de la metodología pedagógica, organización de sus estructuras y la formación de una conciencia social en sus profesionales, sin dejar de considerar los planteamientos de un modelo de desarrollo neocapitalistas del país.

C) RADICAL. Su fundamento filosófico se encuentra en el desarrollo de las fuerzas productivas, como determinante de las relaciones sociales de producción y aspira a la transformación de las estructuras de poder y propiedad, que permitan el surgimiento del hombre nuevo. Su base teórica es la epistemología dialéctica, en la cual el conocimiento es la resultante de la reflexión sobre la praxis, que permitirá la modificación de la realidad, convirtiendo al hombre en el hacedor de su destino y transformador de la historia. Su propuesta básica es la concientización de los oprimidos a través de proyectos específicos.

D) RECONSTRUCCIONISTA. Acepta la interpretación básica de la sociedad y su meta de organización social humanística, inspirado en los valores de justicia y participación, enfatizando el valor de acciones viables e instrumentación de medidas graduales que contribuyan a la transformación de la estructura social. Epistemológicamente plantea que la realidad, en parte, está constituida por nuestro conocimiento de ella y al mismo tiempo nuestro conocimiento por las acciones orientadas a su transformación. Valora el desarrollo de formas de propiedad social o sea la equivalencia entre el derecho de propiedad y el hecho de trabajo, lo cual provocaría cambios en los procesos y estructuras objetivas, como también en los valores y niveles de conciencia de los participantes, las cuales reforzarían las tendencias a cambios mayores. Estratégicamente pretende superar al bloqueo del sistema capitalista dependiente, aprovechando las coyunturas y conflictos para ir construyendo una sociedad distinta.

En este contexto es factible identificar que los modelos pedagógicos, modernizante y reformista social han sido utilizados por un sinnúmero de universidades y en consecuencia facultades y escuelas Odontológicas, puesto que permite cuestionar la ineficacia de las instituciones formadoras de recursos humanos pero eluden el origen de los valores morales colectivo-individual, pretendiendo que una sociedad se establece como un agregado de voluntades individuales, regidas a su vez por leyes naturales e intangibles. Al mismo tiempo incorporan el conocimiento científico-tecnológico a través de un acercamiento a la realidad, sin fundamentar un sentido crítico al futuro profesional, por medio del conocimiento social, pretendiendo con esto que la universidad sea una comunidad no contradictoria. Por último aceptan sin análisis crítico la incorporación de la tecnología educativa como un elemento indiscutible para una mejor eficiencia del proceso pedagógico, obteniéndose como resultado la objetivología como fin de la universidad y un profesional egresado conciente de la productividad, lucro, competencia y éxito social individual como meta de su futura vida profesional.

## PLANTEAMIENTOS TEORICO–METODOLOGICOS PARA LA FORMACION DE RECURSOS ODONTOLOGICOS NECESARIOS PARA AMERICA LATINA

En las últimas décadas se han operado transformaciones sustanciales en el proceso teórico–práctico de las ciencias de la salud, que indiscutiblemente han influido en los campos docencia–investigación, servicio, de las instituciones formadoras de recursos humanos.

El planteamiento vital es considerar al hombre integralmente y en ello el componente salud está directamente determinado por factores económico–sociales, resultado de un fenómeno histórico–social. En este contexto es indudable la participación activa y creadora de las Escuelas y Facultades de Odontología, en consideración a las teorías socio–educativas citadas, para lograr la formación de un profesional crítico, que incida a través de su práctica social en los procesos económicos del sistema productivo y coadyuve a cambios estructurales de la sociedad en que se inserte.

En base a lo anterior se especifican a continuación los elementos, que interrelacionados dialécticamente, podrán ser considerados para la formación de los recursos humanos:

### I. DIAGNOSTICO INTEGRAL DEL PROCESO SALUD–ENFERMEDAD

El reconocimiento del proceso salud–enfermedad como unidad dialéctica ha sido un tema ampliamente debatido en los últimos tiempos, predominando el enfoque biologicista del fenómeno, puesto que la negación del carácter social de la enfermedad es de vital importancia para los países capitalistas, evitando así, la fundamentación de un conocimiento real: *El proceso salud–enfermedad colectivo*, que permitiría la jerarquización del determinante social y la generación de soluciones alternativas, de métodos y técnicas, en organización permanente con los sectores populares que hasta el momento permanecen marginados en nuestra sociedad.

El diagnóstico integral se fundamenta en la Investigación Socio–Epidemiológica, conceptualizada como la interdisciplina que estudia la frecuencia y distribución del proceso salud–enfermedad en una realidad social concreta y sus alternativas de transformación.

Es indiscutible que en la articulación del problema en estudio, el marco teórico y su hipótesis de trabajo u objetivos deberán tomarse en consideración los procesos generales de una formación social, es decir, las relaciones del proceso económico: fuerzas productivas y relaciones de producción, las cuales generan procesos específicos de reproducción social: regiones de alta productividad y concentración con sus diferentes clases sociales, las que presentan diferentes perfiles de vida, representadas en el proceso salud–enfermedad, que deberán ser el objeto y práctica de la educación. En última instancia los procesos específicos de las variables edad, sexo, distribución geográfica y fenómenos biológicos, ampliamente estudiados en la epidemiología tradicional, son los resultados en lo individual del fenómeno salud–enfermedad colectivo y cuya finalidad es impartir la docencia, resultando en una atención parcial de los problemas, en etapas tardías del problema salud bucal y orientando

al estudiante hacia una práctica profesional de carácter técnico, individualista, elitista y repetitiva.

Los procedimientos experimentales, análisis y alternativas de solución, deberán seguir las técnicas específicas, de acuerdo a la realidad observada.

El planteamiento inicial en la formación de recursos humanos, es que la investigación debe ser un elemento importante e indispensable y ser manejada en el inicio, transcurso y término de la carrera profesional, como una práctica social transformadora en los diferentes procesos del fenómeno salud bucal: **CONOCIMIENTO Y PRACTICA SOCIAL INTEGRAL.**

## **II. PROCESO MODELO DE SERVICIO**

La respuesta social de la profesión odontológica se manifiesta en su quehacer y en este aspecto el modelo de servicio debe ser la representación parcial o total de un sistema de salud, basada en los lineamientos de una planificación científica, encaminada a resolver problemas del hombre globalmente considerado.

La práctica o quehacer emergente se establece a través de la investigación socio—epidemiológica, permitiendo a través de una planificación científica nuevos sistemas de salud. El elemento metodológico indiscutible es la relación práctica—teoría—práctica, como método del conocimiento en cualquier etapa de la capacitación del futuro profesional que partiendo de los aspectos generales de la sociedad permita alcanzar los procesos específicos del proceso salud—enfermedad bucal y nuevamente se integren a la solución o alternativas a nivel general o específico. El método deberá contribuir a la capacitación crítico—social—tecnológica del egresado, a través de una práctica integral.

Las premisas fundamentales a considerar en la práctica emergente son:

- Prevención integral;
- Docencia—servicio;
- Participación comunitaria;
- Trabajo en equipo;
- Administración científica;
- Popularización del conocimiento.

## **III. PROCESO DE ENSEÑANZA—APRENDIZAJE**

Las soluciones propuestas a la crisis por la que atraviesan las instituciones de recursos humanos han sido, hasta el momento, exclusivamente de nivel técnico; formación didáctica al personal docente, objetivos de enseñanza—aprendizaje, utilización de recursos audiovisuales, evaluación por objetivos, etc., los cuales son considerados como procedimientos reformistas incorrectos por evitar la totalidad del problema real: *Articulación Sociedad—Educa-*

*ción*, en la que se explicita los fines, valores, métodos, técnicas y formas de promoción de una nueva práctica del trabajo universitario en la educación, investigación y servicio.

En este orden de ideas, el diseño curricular, conceptualizado como un conocimiento de la realidad social, deberá contemplar una estructuración flexible de las experiencias de aprendizaje, que logre transmitir una enseñanza basada en la reflexión permanente de una realidad concreta, previamente estudiada por el proceso de investigación y valorada por medio del proceso de servicio.

El elemento a ser considerado es la interdisciplinariedad, entendida como la organización de conceptos, métodos, procedimientos, epistemología, que permitan descubrir nuevas estructuras a partir del entrecruzamiento o reorganización de estructuras anteriores que provengan de varias disciplinas.

En odontología, es preciso reconciliar el conocimiento y la realidad a través de la integración horizontal de las disciplinas social, biológica y clínica por medio de la coordinación interdisciplinaria; que contemple una organización de los componentes sociales, con mayor influencia y pertinencia en los primeros años, para una confrontación detallada, a nivel empírico, del proceso salud-enfermedad bucal a nivel colectivo y disminuiría en los niveles terminales para determinar un significado creciente y pertinente del proceso a mayor complejidad. Así mismo los componentes biológicos tendrían una organización contraria, partiendo de estratos generales en los niveles iniciales, con un mínimo de complejidad, hasta la integración de términos, métodos y conceptos en los niveles últimos. Por último el componente clínico se repartiría proporcionalmente en los diferentes niveles o fases que permitan el manejo de la tecnología básica y sistemas tecnológicos complejos, acordes con la realidad social existente.

Esta organización flexible que pretende la integración y comprensión del conocimiento, debe establecerse bajo una división e interrelación de niveles, que permita a las disciplinas científicas establecidas horizontalmente cambiar sus conceptos, estructuras y objetivos, y al mismo tiempo se correlacionan por una división de objetos de estudio a ser transformados, considerando al proceso salud-enfermedad en la sociedad, grupos específicos de alto riesgo e integración del conocimiento, que serían las diferentes fases del currículo.

El propósito común del proceso de enseñanza aprendizaje sería el romper con lo establecido para lograr la creación de conceptos, métodos y teoría de una ciencia odontológica que proporcione sistemas nuevos en educación y salud bucal.

México, D. F., julio de 1980

## BIBLIOGRAFIA

- APOSTEL, L., y Col., *Interdisciplinariedad*, Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, 1975.
- ARISTI, P., *Interdisciplinariedad y Diseño Curricular*, *Enep*, I, 1980, 4 pp.

- BREIL, J., *Epidemiología; Economía, Medicina y Política*, Edición Provisional, Quito, 1979.
- GUEVARA, G., *El diseño curricular*, UAM, X, 1978, 49 p.
- HONUEL, E., *Una visión de la Universidad Latinoamericana, 1875–1975*, *Perfiles Educativos*, 2: 25–44, 1978.
- LOPEZ, A., *Interdiscipliniedad*, Notas para el Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, Mimeógrafo, 1975.
- LATAPI, P., *Análisis de un sexenio de educación en México, 1970–1976*, Edit. Nueva Imagen, 1980, 256 pp.
- LATAPI, P., *Política educativa y valores nacionales*, Edit. Nueva Imagen, 1979, 277 pp.
- LABARCA, G. y Col., *La educación burguesa*, Edit. Nueva Imagen, 1977, 333 pp.
- MUÑOS, C., *Hacia una redefinición del papel de la educación en el cambio social*, *Rev. de Educación e Investigación*, 1: 51–65.
- SALOMON, M. *Panorama de las principales corrientes de interpretación de la sociología de la educación*, En prensa para la revista *Perfiles Educativos*, 1980.
- Taller de internalización del sistema de enseñanza modular, ENEP–2, 1980, 15 pp.
- TORRES, C., *Ideología, educación y reproducción social*, *Revista de la Educación Superior. ANUIES*, 8:41–71, oct. dic. 1979.
- VELAZCO, R. y Col. *Educación y capitalismo*, México Amefmvs, 1977, 21 pp.



**TEMA I**

**LOS RECURSOS HUMANOS ODONTOLÓGICOS NECESARIOS  
PARA AMÉRICA LATINA**

**Secretaría Ejecutiva de AVEFO (Venezuela)**  
*Dres: Manlio Sardi y Elbano Pieruzzi*



## **“LOS RECURSOS HUMANOS ODONTOLÓGICOS NECESARIOS PARA AMÉRICA LATINA”**

**Secretaría Ejecutiva de AVEFO. (Venezuela)**

*Dres.: Manlio Sardi  
Elbano Pieruzzi.*

Intentar hacer realidad la ambiciosa frase hacia una nueva práctica de la Odontología Latinoamericana exige en primer lugar comprender que cosa es Latinoamérica, cuales son sus posibilidades y limitaciones para alcanzar esta meta. Exige estudiar los rasgos de nuestras estructuras sociales, las contradicciones entre los distintos estratos que la componen y las relaciones económicas que la condicionan tanto a nivel local como internacional.

### **AMÉRICA LATINA:**

América Latina se conceptualiza de dos maneras: desde afuera y desde adentro. En el primer caso somos considerados por los países desarrollados como mercados o sea la capacidad que tenemos de consumir, no importando lo que se produce con tal de que sea vendible. *“Lo esencial es encontrar mercados”* y la segunda manera es que en Venezuela el desarrollo ha generado una bipolaridad social en donde un reducido grupo maneja la mayor parte de la riqueza de la nación, mientras que la mayoría, aún vive en condiciones de pobreza y explotación social que son un impedimento para el desarrollo armónico. Es pues característicos de los países del tercer mundo la coexistencia de la riqueza y la miseria, del despilfarro y la penuria.

Podemos anotar otros rasgos que perfilan nuestras naciones:

- 1.— La dependencia como característica muy importante.
- 2.— Una estructura económica heterógena.
- 3.— Una sociedad deformada por patrones de consumo impuestos y por un proceso de desnacionalización creciente.
- 4.— Un grupo amplio de problemas sociales: marginalidad, vivienda, salud, educación,

desempleo, deterioro del ambiente, que ponen en peligro el futuro de las generaciones venideras.

- 5.— Importación de patrones culturales correspondientes a los países desarrollados que influyen decisivamente en nuestro modo de vida y en todo el ambiente socio-cultural.

Cuando se habla de sub-desarrollo en el aspecto odontológico se piensa usualmente en las afecciones bucales que son consecuencia de la mala nutrición, se piensa también en la alta prevalencia de caries, periodontopatías, maloclusiones se piensa también en servicios asistenciales pobres y mal atendidos. En una Odontología mutilante dominada por las exodoncias, se piensa en la alta presencia de brujos, curanderos e intrusos. Estos son rasgos de la pobreza del sub-desarrollo, pero también hay otros signos odontológicos que reflejan la condición dependiente, ellos son la importación indiscriminada de materiales y técnicas no siempre acordes con el cuadro pintado anteriormente, acostumbrándonos a comprar tecnología y en el mejor de los casos a copiarla.

Otra característica importante es la tendencia a implantar modelos asistenciales y educacionales inspirados en esquemas de países desarrollados, finalmente la carencia de una investigación propia y de política que la orienten cierra un cuadro poco esperanzador si no utilizamos toda nuestra potencialidad creadora para suvertir este orden de cosas.

## **PROFESION:**

En Venezuela la profesión odontológica es ejercida por medio de la oferta y la demanda particulares o a través de los servicios públicos, en su mayoría. La primera forma ofrece toda la variedad inimaginable de medios de diagnóstico y de tratamiento, la segunda se limita a la curación de caries presentes y a la mutilación de las bocas por el uso exagerado de las extracciones dentarias. Ambas formas son predominantemente curativas y dejan de lado a los principales y más reconocidos medios de prevención. Por los recursos que se aplican y por la doctrina que los inspiran, su radio de acción deja fuera a las grandes mayorías. El odontólogo todavía conserva la exclusividad de las manipulaciones de la boca del enfermo, por lo que se ve imposibilitado de incorporarse al trabajo en equipo con personal auxiliar adecuadamente entrenado.

Las labores profesionales han dejado de concebirse como un servicio público para convertirse en el medio de vida del odontólogo. La meta de alcanzar un buen nivel de salud colectiva es sustituida por la de lograr una buena posición en la escala social. La profesión tradicionalmente se debate entre dos frentes: alcanzar el prestigio del gremio médico y liquidar la competencia de los empíricos. Por esta pérdida de rumbo la profesión como fuerza, no ha sido capaz de resolver el conflicto de la enfermedad bucal, por el contrario el problema cada día se agrava más por cuanto las pocas medidas preventivas y terapéuticas que se aplican, no logran alcanzar a los grandes contingentes de población. Esta carencia de verdaderos programas de atención ocasiona un aumento de la prevalencia por lo cual se generan necesidades de atención, que por una parte son acumulativas y por otra son de una

cuantía desmedida con respecto a la fuerza de trabajo existente, característica, que se ha generado como consecuencia directa de la concepción tradicional y atrasada de la sociedad; situación que lleva a los profesionales del campo de la salud a interesarse más en el sentido competitivo y de exclusividad de su ejercicio, que es ciertamente lograr un verdadero y efectivo control de las enfermedades en la población, lo cual ha ocasionado un desfase entre el conocimiento científico y la existencia de medidas de prevención de alta cobertura en la población con respecto a modelos de ejercicio profesional que no incorporan aquellas medidas, permaneciendo, básicamente asentadas sobre el esquema del ejercicio liberal tradicional.

Este modelo de ejercicio competitivo, privado, individualista, elitesco, aún cuando adopte los nuevos sistemas de atención; su imposibilidad de aplicar en gran escala las mejores medidas preventivas evitará que alcance a los grandes sectores, los cuales siempre estarán limitados por la insalvable barrera del pago de honorarios. Por ello se puede apreciar en su pleno significado el aporte que la Odontología estatal está llamada a dar, para atender la salud de las colectividades, para lo cual deben tomar en cuenta los siguientes aspectos:

Utilizar diseños de atención a comunidades, empleando la metodología de trabajo en equipo, en el cual se delegan funciones clínicas y mecánicas en el personal auxiliar. Se deben utilizar técnicas y equipos simplificados así como instrumental y material adecuado a dichas técnicas. Todo esto recogido en programas de atención integral que contemple actividades preventivas—educativas, curativas, de rehabilitación y conlleve además la motivación de la comunidad para que se incorpore en forma activa a la planificación—ejecución y supervisión de las acciones programáticas.

A la luz de los avances conceptuales de la Odontología Social, en los diferentes países latinoamericanos, creemos justo que en los actuales momentos no se toleren incompreensiones, oposiciones, trabas al desarrollo de este tipo de programas, por el contrario, la comunidad y su invariable problemática social exigen de nosotros, los conductores actuales de la profesión odontológica latinoamericana, deponer cualquier barrera ideológica o gremial y llevar adelante programas de amplia cobertura en donde SERVICIO—DOCENCIA—GREMIO y COMUNIDAD, trabajando en cooperación, logren dar un mayor bienestar a nuestras poblaciones.

## **RECURSOS HUMANOS**

### **Introducción:**

No tenemos objeción sobre el concepto de recursos humanos, no obstante compartimos la connotación de costo social o de recurso de capital social y no el criterio de costo—beneficio o recurso de capital financiero.

Evidentemente que el desarrollo social de una sociedad debe contar con recursos materiales y humanos, pero ello no basta si no los armoniza una buena organización, con el propósito de cumplir esas metas de desarrollo integral.

Entendemos que en esta materia debe existir una política de recursos humanos clara y definida y que ella está guiada por una ideología determinada y dentro de un contexto objetivo, por lo tanto no podemos ir más allá de esta comprensión ya que lo contrario sería caer en el terreno de la utopías. El análisis de metas y de estrategias fijadas por la política de recursos humanos para su pleno desarrollo debe ser objeto de nuestra cuidadosa atención.

Hasta el momento las políticas de formación de recursos humanos han sido inefectivas, ya que el personal preparado no es adecuado al desarrollo del país. Debemos producir recursos en relación a las necesidades del país, la Odontología debe funcionar con el criterio de eficacia y de socialmente útil. Su problema no es aumentar el número de profesionales, de crear más facultades de odontología, si no de transformarse de manera de producir una Odontología de mayor impacto social.

### **RECURSOS HUMANOS EN ODONTOLOGIA:**

La formación de Recursos Humanos contribuye al mejoramiento de la situación de salud bucal de las colectividades de su área de influencia. Esta debe hacerse mediante una acertada clarificación que conducirá a programas que tomen en cuenta los factores condicionantes del medio en donde los recursos actuaran. Dicha indagación se hará mediante una investigación epidemiológica usando tanto los indicadores sociales de salud y económicos de que se dispongan.

La utilización bajo el concepto de docencia-servicio del recurso en formación debe ser una premisa fundamental del programa. Se debe partir de la categoría modelo de práctica y no de la abstracción teórica de un modelo educativo exclusivamente.

El diseño del modelo de atención se hará a partir de la investigación epidemiológica, contendrá actividades para cada nivel de atención, la participación activa de la comunidad y las estrategias necesarias y suficientes para producir el aumento de cobertura tanto en calidad como en cantidad.

Estos modelos deben incluir técnicas complejas de alto costo, no atenderán al daño exclusivamente ni reforzarán la práctica individualista; por el contrario, se trabajara en equipo con una división del trabajo claramente definida, que generará la utilización de equipos y procedimientos clínicos y administrativos simplificados, teniendo como eje central de actividad, la prevención.

Producto de la discusión que este taller generará deberán quedar claras las actividades que se ejecutarán en atención primaria, atención secundaria y atención especializada ya que son estos niveles de atención, los que deben componer un modelo de práctica odontológica.

Consideramos la atención primaria como una respuesta válida a las necesidades básicas de salud de los seres humanos que partiendo de las necesidades sentidas por la comunidad organiza su participación y promueve actividades curativas, educativas, de prevención y

conservación de la salud dentro de un contexto de desarrollo del individuo y de la colectividad.

No la entendemos como manipulación y uso de la población para legalizar el orden existente, ni tampoco la entendemos como un mecanismo ideológico difusor de ideas y valores no propios de los grupos populares y mucho menos difusora de conceptos falsos sobre la sociedad, el origen social de las enfermedades y de las acciones que deben de llevarse a cabo para solucionar los problemas de salud, ocultándose por este modo de proceder la clarificación de las bases estructurales que explican el proceso salud–enfermedad. Si esta puede ser la intención de algunos planificadores sociales debemos erradicarla, ya que queda claro que la estrategia de atención primaria es la única forma de atención social odontológica en donde se incorpora eficazmente a la comunidad.

### **LA COMUNIDAD COMO RECURSO HUMANO:**

Queremos significar con este término la conveniencia de que parte del saber odontológico sea difundido en la comunidad para que sus propios miembros generen las acciones para el control de las enfermedades bucales, sin el auxilio de los profesionales de la Odontología. Por otra parte la comunidad debidamente adiestrada podrá participar en la planificación y supervisión de la atención odontológica que diseñe para ella.

### **MODELO EDUCACIONAL:**

Debe diseñarse currícula ajustados a la realidad y de acuerdo a las funciones propias de cada tipo de profesional, mediante el cual se imparte una formación conceptual y técnica correlativa al modelo de práctica concebido por reuniones interinstitucionales de servicio–docencia y gremio. Esta estrategia debe ser el punto de partida para la formación de los recursos humanos de diferentes niveles de capacitación para constituir equipos de salud que presten atención odontológica programada. Su formación desde un principio será prestando atención activa en la red asistencial de manera que la práctica sea el fundamento de su aprendizaje.

Como metodología de la Planificación curricular se debe:

- 1.– Identificar las funciones incluídas en cada uno de los niveles de atención para determinar cuales corresponderían a cada recurso humano.
- 2.– Diseñar las unidades de aprendizaje supeditando la teoría a la práctica, buscando la integración del conocimiento y el trabajo en equipo de los diferentes tipos de personal que se vayan a formar.

A manera de ejemplo enumeraremos algunas de las actividades fundamentales que estos recursos realizan en su quehacer profesional. Estas actividades son las que sirven de base para la clasificación que a continuación expresamos:

1.— Para la difusión del conocimiento y educación.

**La higienista promotora de salud.**

#### **Atención Clínica**

- 1.— Asistente de Sillón
- 2.— Higienista con delegación de funciones
- 3.— Higienista (tecnólogo)
- 4.— Técnico Dental
- 5.— Odontólogo General
- 6.— Especialista

2.— En la realidad Latinoamericana actualmente existen los siguientes auxiliares:

- Perú** : Bachilleres Prof. o salud oral
- Panamá** : 1 – Asistencia odontológica
- Panamá** : Higienista en Periodoncia
- Panamá 3** : Higienista en Operatoria
- México** : Técnico Clínico (NEZA)
- Guatemala** : Promotores Rurales en Salud Oral
- Cuba** : Técnico Medio en Estomatología
- Colombia 1**: Auxiliar en Higiene Oral
- Colombia 2**: Auxiliar en Odontología Social

Las funciones que tienen a su cargo este conjunto de profesionales son las siguientes:

- 1.— Obturar cavidades preparadas por el odontólogo.
- 2.— Sellantes de fisuras.
- 3.— Colocar dique de goma y grapas, conductometría, instrumentar y sellar el conducto bajo supervisión del odontólogo.
- 4.— Fluor en gel o líquido.
- 5.— Mediar tópicos antihemorrágicos.
- 6.— Mediar alveolitis.
- 7.— Recubrimientos, pulpotomías formocresolada.
- 8.— Coordinar la planificación y ejecución de programas auto-profilaxis y autoaplicación de

- fluor en escolares.
- 9.— Pulido para profilaxis.
  - 10.— Remover caries con cucharilla.
  - 11.— Colocar obturaciones intermedias.
  - 12.— Seleccionar y referir pacientes.
  - 13.— Mantenimiento de tratamiento odontológico o medico.
  - 14.— Utilizar índice CPO, y de placa.
  - 15.— Participar en la programación.
  - 16.— Esterelizar y lavar instrumentos.
  - 17.— Tomar impresiones y vaciarlas.
  - 18.— Primeros auxilios.
  - 19.— Mantenedores de espacio.
  - 20.— Analgésicos y antibióticos.
  - 21.— Prevención específica.
  - 22.— Registrar información.
  - 23.— Diagnosticar y tratar lesiones de los tejidos blandos y duros de la boca.
  - 24.— Diagnosticar y tratar complicaciones infecciosas mediante cirugía bucal menor.
  - 25.— Anestesia local.
  - 26.— Descubrir lesiones complejas para referirlas al especialista.
  - 27.— Control de placa.
  - 28.— Restaurar caries: amalgamas resinas.
  - 29.— Exodoncias.
  - 30.— Intercepción de maloclusiones.

- 31.- Colocar medicaciones en la cavidad.
- 32.- Administración de servicios comunitarios para atención primaria en salud oral.
- 33.- Manejar servicios para educar y prevenir.
- 34.- Educación para la salud (higiene bucal).
- 35.- Radiología intraoral
- 36.- Toma de impresiones.
- 37.- Cuatro manos.
- 38.- Modelos de estudio.
- 39.- Tartrectomía manual y ultrasónica.

## **DOCENCIA E INVESTIGACION:**

Los docentes son profesionales incorporados a la docencia, apegados a las formulas tradicionales con que se enseña en América Latina. Necesidad de prepararlos en los principios psicológicos y pedagógicos de la Escuela Nueva, en sus estrategias metodológicas y en evaluación.

Los investigadores son docentes prestados a la investigación. El concepto de producción del conocimiento no existe en las redes asistenciales, la ausencia de investigadores en ella es un obstáculo para producir nuestras soluciones.

## **TENICO DENTAL:**

El funcionamiento de un laboratorio dental hoy día, exige la presencia de una variedad considerable de empleados quienes obedecen en su particularización de actividades a un esquema de trabajo que ha sido poco estudiado. En realidad aquel que funja de jefe o gerente es quien se parece a lo que fué un técnico dental, sólo que no ejecuta, sino dirige y supervisa la producción.

En una tesis sobre el laboratorio dental, Anfbal Sánchez, encontró el personal siguiente:

- 1.— Encerador: trabaja ceras de todo tipo.
- 2.— Montador de dientes en parciales y totales.
- 3.— Tallador de metales para prótesis parciales removibles.
- 4.— Tallador de acrílicos, empaca, talla, retoca el acrílico.
- 5.— Técnico de porcelana: modela y pule la porcelana.
- 6.— Trabajo de yesos y revestimiento: vacía, recorta, monta el articulador.
- 7.— Director Gerente: supervisa y aprueba. Esta situación conlleva un problema complejo desde el punto de vista de la formación de recursos, pues parece no bastar los programas para la formación amplia de los técnicos dentales sino que también está envuelta la estrategia a seguir para formar la gama variada del personal que interviene en las tareas de un laboratorio dental.

## **ESPECIALISTAS:**

La atención secundaria y terciaria está a cargo de especialistas de acuerdo a los esquemas que se están haciendo comunes. Encontramos aquí limitaciones importantes.

- 1.— El número de especialistas es aún más exiguo que el de los odontólogos generales en relación con las necesidades latinoamericanas.
- 2.— La formación de los especialistas no cuentan en América Latina con un desarrollo académico suficiente.
- 3.— La gama de especialidades odontológicas reconocida y utilizada no ha nacido de la propia realidad latinoamericana. Es urgente un estudio de esta situación.

- 4.— Los Esquemas académicos actuales producen especialistas a un costo y tiempo muy alto el primero y largo el segundo.
- 5.— La orientación de los especialistas está orientada hacia el ejercicio liberal.
- 6.— Las redes de atención en salud pública no han incorporado a los especialistas sino en forma muy escasa.

## CONCLUSIONES

1.— Los auxiliares dentales que podrían utilizarse en Atención Primaria han sido los más desarrollados, pero presentan una diversa gama de funciones y un tiempo diferente de formación.

2.— Carencia muy acentuada de recursos de Odontología dedicados a la producción de conocimientos.

3.— Los Recursos Humanos especializados para atención secundaria son los más escasos y formados a través de concepciones extrañas a la realidad latinoamericana.

4.— Los Recursos Humanos para el ámbito del laboratorio cuentan muy escasamente con la formación académica y carecen de un estudio formal de sus actividades y funciones.

## PROPUESTAS

- 1.— Que UDUAL haga talleres para definir criterios de delegación de funciones.
  - Definir niveles de profundidad y períodos de formación y extensión, diseños curriculares convenientes para los diferentes tipos de auxiliar.
- 2.— Taller sobre investigación odontológica, ya que la investigación es una actividad universitaria, adorno de la docencia. No existen institutos que lleven adelante programas de investigación odontológica con orientaciones que obedezcan a la problemática del país.
- 3.— Taller sobre estudios de post-grado, índole de las especialidades convenientes para América Latina. Por Ejm., la Ortodoncia y la Odontopediatría se enseñan siguiendo el esquema tradicional proveniente de países desarrollados, pero no se ha estudiado la posibilidad de la creación de un especialista distinto, integral que obedezca a esta división, que responda a la población de niños y adolescentes de América Latina.
- 4.— Que UDUAL estudie los centros de formación de especialistas en latinoamericana, con el fin de perfeccionar los mejores y crear un sistema en base a ellos, de acuerdo con las especialidades que se determinen.

La temática global planteada, nos exige una dinámica de trabajo exhaustiva para revisar críticamente los planteamientos teóricos presentados y elaborar un conjunto de tareas de orden práctico que permitan la inserción de la Odontología en el desarrollo de nuestros países..

Caracas: octubre de 1980.

**DELEGACION VENEZOLANA:**

Drs. :	Víctor Rodríguez Urdaneta	Presidente de AVEFO	(UCV)
	Fernando Barrios	Vice-Presidente	(LUZ)
	José Luis Cova Natera	Tesorero	(ULA)
	Norma Puertas	Vocal	(UC)
	Manlio Sardi	Secretario Ejecutivo	(UCV)
	Elbano Pieruzzi	Secretario Ejecutivo	
		Adjunto	(UCV)
	Luis A. Calatrava	Coordinador de Estudios	(UCV)
	María A. de Maczotay	Jefe de la División de	
		Odontología del M. de SAS.	
	Ricardo Alvarez	Del C.O.V.	



**SEGUNDA SESION PLENARIA**  
**MARTES 14 de OCTUBRE, 1980**



**TEMA II**

**EL CAMBIO EN LA PRODUCCION DE SERVICIOS  
ODONTOLOGICOS EN AMERICA LATINA**



## **“EL CAMBIO EN LA PRODUCCION DE SERVICIOS ODONTOLOGICOS EN AMERICA LATINA”.**

Ponente: *Dr. Héctor Silva Olivares*

### **1.— INTRODUCCION:**

Participando del concepto de que *“la práctica odontológica se ha derivado de las necesidades de la sociedad como un todo”*, el análisis de su proceso histórico deberá, necesariamente, hacerse ligado al desarrollo económico, político y social de nuestro continente, reconociendo los limitantes que ello significa, puesto que un análisis a nivel continental, en tan breve tiempo, resulta superficial.

Sin embargo, no podemos prescindir de dicho análisis si queremos dejar claramente expresado nuestro pensamiento, en el sentido de que el cambio en la producción de servicios Odontológicos en América Latina ha estado, está y estará condicionado a los movimientos políticos e ideológicos que establecen las relaciones entre la Odontología y la Sociedad en la cual está inmersa.

En general, debemos reconocer que en nuestro Continente, la práctica Odontológica está modelada y penetrada por el capitalismo, de la misma manera que lo está la práctica médica y de otras profesiones.

Con esto no queremos indicar que compartimos el pensamiento, para nosotros simplista, que bastará con cambiar el sistema capitalista para que el problema se resuelva.

Estamos convencidos que la práctica odontológica actual en esencia, nunca podrá resolver los problemas en dicho campo, cualitativa ni cuantitativamente.

Por ello estimulamos todo camino recorrido, o por recorrer, que posibilite la transformación de una práctica desorientada ecológicamente, de gran complejidad tecnológica, de equipamiento e instrumental de alto costo, poco eficiente, lenta, mala, mínimamente eficaz, que margina de sus beneficios a la mayoría de la población y sin ningún impacto social.

De esta manera, el propósito central de este trabajo es el de analizar posibilidades de transformación, reconociendo la importancia del sistema social en el cual ella se produzcan y los "peligros" que pudiera tener su aplicación en el afianzamiento de un sistema Social injusto que deseamos cambiar.

## 2.— BREVE ANALISIS HISTORICO.

En el desarrollo histórico de la Sociedad, en la cual la Odontología ha estado inmersa, el producto del trabajo de los hombres se ha repartido desigualmente, acumulándole unos pocos, desde el esclavismo, pasando por el Feudalismo, Mercantilismo y Capitalismo; proceso reforzado por el apropiamiento del conocimiento empírico de la población en pocas personas, con acumulación del tiempo del mismo y para uso específico y exclusivo de unos pocos, provocándose una separación entre el conocimiento obtenido y el creado o recreado por los llamados intelectuales.

De esta manera el conocimiento empíricamente acumulado viene conformando el llamado "*Discurso Popular*", que, socialmente, sirve a las mayorías para sobrevivir dentro de su marginación del llamado "*Conocimiento Científico*".

La práctica odontológica responde a un desarrollo histórico en relación íntima a los diferentes modos de vida de la sociedad.

Como ante otros problemas de salud, la población procura medicamentos e instrumentos que alivien dolores e infecciones en la región estomatológica. Los médicos sólo atendían, de acuerdo a los conocimientos de la época, a la aristocracia, situación que no ha cambiado demasiado al crearse la profesión odontológica.

Sacerdotes y barberos, especialmente, toman del saber popular medicamentos e instrumentos que les permiten enfrentar, en alguna medida, esta problemática.

Una delimitación entre el conocimiento científico y popular se inicia, cuando un grupo de llamados intelectuales toma del saber popular y de barberos y sacerdotes la tecnología y conocimientos odontológicos existentes, separándose ambos discursos, formalmente, al crearse la escuela Dental de Baltimore en 1842, la que en un comienzo dirige su acción hacia la curación de los dientes, sin considerar en la profundidad de vida, el resto del aparato estomatognático. El énfasis dental, deja como tierra de nadie tejidos duros y suaves que también conforman dicho aparato.

Aparece formalmente en la Sociedad una nueva profesión: La Dentística.

Con la profundización de los estudios aparece el concepto de Odontón y la profesión Dental se vuelve Odontológica, la que pese a manejar más conocimientos, no toma en cuenta todavía la totalidad del sistema estomatognático, ni siquiera al hombre individualmente considerado y mucho menos a la totalidad social.

Los esfuerzos actuales tienden a que la práctica sea más estomatológica que odontológica.

gica y se piense que en un futuro próximo las ciencias odontológicas en América Latina deberán responder a dicha práctica.

Pareciera ser que en la medida que más conocimiento se maneja, esto no se refleja en un beneficio para más gente. Por el contrario, la profundización de los conocimientos en nuestra área sólo ha beneficiado el pequeño grupo que detenta el poder económico.

El desarrollo histórico de la Odontología latinoamericana unido estrechamente a una sociedad dependiente económica y políticamente de Europa, en sus inicios, y posteriormente y en la actualidad, de los EE.UU., muestra un estado de salud deplorable de la población; basta sólo mencionar que por lo menos existen 1,500 millones de dientes con lesión cariosa que deben ser tratados por mencionar la patología más prevalente; pero sin olvidar las periodonciopatías, maloclusiones, anomalías congénitas, procesos inflamatorios e infecciosos de tejidos blandos y duros, cáncer bucal y otros.

Mientras la atención odontológica para los grupos privilegiados puede mejorar con la aplicación adecuada de los mejores conocimientos que se tienen, vemos como la misma es insatisfactoria, en términos de niveles y amplitud de cobertura. Más de 3/4 partes de la población no recibe atención odontológica y de la que la recibe, sólo una mínima parte es integral.

En alguna ocasión anterior hemos analizado esta situación y hemos identificado como factores limitantes principales cuatro:

1.— **El tipo de práctica profesional dominante**, resultante del modo de producción capitalista que repercute en formas discriminatoria en el acceso de los distintos sectores sociales a la atención, además en la distribución geográfica de los profesionales y que afecta a la misma atención prestada, puesto que ella no es para las personas que la reciben.

Los grupos de bajos ingresos tienen una mayor probabilidad de una extracción dentaria que de una curación, ocurriendo lo contrario con los de mayores ingresos.

2.— **El modelo prevalente de servicio**, que actúa sólo frente a la demanda, con **abordaje** curativo de los problemas, de alto costo, ya sea que lo financie el propio paciente o el Estado.

3.— **La Tecnología en Uso**, que obedece más a las imposiciones de la Industria Odontológica y a la dependencia de todo tipo, que a las necesidades reales para enfrentar la compleja problemática odontológica, traduciéndose en una elevación de los costos del servicio y convirtiendo a la Odontología en un satisfactor de necesidades cada vez más inaccesible a la gran masa poblacional.

Sólo recientemente se hacen esfuerzos en nuestra América Latina, para desarrollar nuevos sistemas que permitan potencializar la entrega de servicios.

4.— **El modelo profesional**, que es la forma en que tradicionalmente se realiza la práctica, la que en odontología se caracteriza por una falta de programación y sistematiza-

ción, con disminución de su real capacidad de ejercicio profesional, con el abordaje de los problemas en base a la unidad diente, y otros que lo hacen extremadamente deficiente.

Queremos subrayar nuestro pensamiento, en el sentido de que la práctica odontológica en América Latina es insatisfactoria y que es en parte el producto de los factores analizados anteriormente, así como de la forma en que se imparte la docencia que forma o deforma a los profesionales en el manejo de esta práctica Odontológica y que condiciona a los profesionales a ejercerla en forma acrítica y dependiente.

Para nosotros, las características actuales de la práctica profesional contribuye directamente al empeoramiento de salud bucodental agregando que es la propia estructura de la Sociedad la que conduce a una atención discriminatoria según las clases sociales, siendo la fuerza determinante para la persistencia del problema.

Por otra parte llamamos la atención sobre el reconocimiento formal que algunos Estados hacen al derecho universal de atención para la salud y de la responsabilidad que el mismo debe asumir, reconocimiento que corresponde al desarrollo histórico en esta materia, que en nuestros países comienza con el concepto de salud pública de caridad y que posteriormente hace énfasis en la preocupación por la salud y previsión de los sectores trabajadores, ligadas directamente al aparato productivo. Es quizás en este aspecto en donde más resalta lo utópico en la declaración del derecho de la salud para todos y de las consideraciones morales sobre el valor de la salud y vida humana, desde el punto de vista de quienes detentan el poder económico. En el documento de Política Sectorial del Banco Mundial en el área de la salud en 1975, se dice al respecto: *"La mortalidad prematura puede no imponer por sí misma un costo económico, si la mala salud resulta en la sustitución, sin ningún costo, de los trabajadores fallecidos por trabajadores desempleados sanos, puede que no se registre un descenso en la producción"...*

Participamos con quienes piensan que las políticas de salud, con sus correspondientes programas en países como los nuestros, que tienen precisamente altos índices de desempleos, pueden estar influenciadas por criterios tan suigeneris.

Llama la atención por otra parte que precisamente la odontología ha estado además marginada, porque no se le ha dado, como parte de las Ciencias de la Salud, prioridad en la atención de los servicios, situación que está cambiando rápidamente en los últimos años, cuando se compruebe la enorme carga económica que significa el ausentismo escolar y laboral que se atribuye verídicamente o no a causas dentales.

Los esfuerzos actuales en la América Latina de que la estomatología debe orientarse hacia la integración del individuo, pero tomándolo en cuenta, como la representación de una totalidad social que debe ser determinante y que la salud debe promoverse para todos, entendido el concepto de salud como un derecho de todos, no es más que una utopía mientras persistan las condiciones actuales ya analizadas.

Los que estamos en la profesión odontológica debemos y podemos, transformar el actual ejercicio profesional en una nueva práctica estomatológica, capaz de reconocer,

además de los factores biológicos, los socioculturales, que en conjunto afectan al desarrollo de los pueblos.

Afirmamos que no puede haber una transformación de la Odontología en general si su esencia, la práctica, no sufre cambios capaces de colocarlas en posición de lograr un verdadero impacto social.

Afirmamos, además, que no sólo la transformación de la Sociedad puede provocar la de la Odontología. Aceptando la necesidad imperiosa que transformaciones en la Sociedad, insistimos que la Odontología por sí misma, al prevalecer en su enfoque y práctica tradicional, no puede cambiar sustancialmente, a no ser que en su esencia, en el seno mismo de dicha práctica tradicional se establezcan modificaciones capaces de intentar resolver el problema de salud–enfermedad bucal de las mayorías.

De allí que afirmamos que la transformación de un sistema de vida no necesariamente lleva a la modificación de la práctica estomatológica, en el entendido también que no basta el cambio de la Odontología en sí, es necesario además, que las políticas de salud de los Estados sean congruentes con el derecho de salud para todos, en este caso en particular, con el de salud bucal.

Así, *“El cambio en la producción en los servicios odontológico en América Latina”*, depende y dependerá, de que se transforme en su esencia. Mucho debemos cuidarnos de, como dice BERTOLD BRECHT. *“A veces es necesario cambiar alguna cosa para que nada se modifique”* precisamente. La Odontología se permite cambiar sin transformarse. Ciertas características que le son propias la hacen aparecer dinámicamente renovadora.

Es el caso de los sistemas de producción de los servicios odontológicos, nuevos tipos de personal auxiliar, simplificación de técnica y equipos, nuevos materiales e instrumentos, o frutos de la modernización e industrialización; pero que en su esencia, continúan prestando su concurso a la clase dominante y originando su diario hacer en íntima relación con las formas mercantilistas”.

Es el *“nuevo tipo”* de práctica odontológica que se nos ha querido imponer como respuesta a las demandas crecientes de servicios y al relativo aumento de conciencia de las mayorías con respecto a su salud bucal.

Pareciera ser que, por una parte, los sistemas impuestos de ejercicio profesional que avala la industria y muchas asociaciones profesionales responden a la *“necesidad de cambiar para que nada se modifique”* y, por otra y con el mismo fin, a desprestigiar, los esfuerzos que se están haciendo en nuestra América Latina para desarrollar todo un marco conceptual, que difiere profundamente del enfoque, que utilizando los mismos términos, pretende desvirtuarlo, en su búsqueda por llevar salud a la mayoría de la población y no sólo que se siga enmarcado en los límites de la práctica individual y mercantilista.

Por ello, cuando impulsamos y compartimos aquellos enfoques que en la práctica resultan de la aplicación de la simplificación en odontología, lo estamos haciendo en el entendido de que es una concepción que no va aislada, sino en íntima relación con otros

conceptos, tales como los de **desmonopolización y transferencia**, que *“Constituye un cuerpo de categorías que permiten, a partir de una crítica de la práctica odontológica, (entendida ésta como la aplicación correcta del conocimiento científico y tecnológico en el área de la estomatología), crear y ofrecer alternativas para solucionar el problema de salud bucal de toda una sociedad, con la participación objetiva de ella misma a través de programas específicos y adecuados para cada realidad”*.

El introducir éstos conceptos no puede significar, en esencia, un programa a ser impuesto, ya que si así fuera, se estaría únicamente cayendo en el monopolio del conocimiento, manejado en sentido lineal.

El reconocimiento de la importancia de la contradicción dialéctica entre los discursos *“Formal”* e *“Informal”* de la Odontología, como un mecanismo específico de aplicar el método científico para el desarrollo y aplicación del conocimiento odontológico, constituye, en esencia, la TRANSFERENCIA de conocimientos científicos a la población.

Llamamos la atención que al referirnos al término TRANSFERENCIA, lo estamos haciendo en un sentido distinto de lo que se conoce como DIVULGACION del conocimiento, ya que éste resulta en la imposición de un discurso, el llamado discurso *“formal de la Odontología”*, el que se trata de introducir en el proceso de aprendizaje de la población por los medios masivos de comunicación y otros.

Ambas categorías: DIVULGACION Y TRANSFERENCIA, resultan ser diferentes.

La esencia de su contradicción radica en que la DIVULGACION consiste en una posición lineal, de arriba (los que saben el discurso) para abajo (los que no saben), sin realizar o poder realizar una crítica del mismo.

la TRANSFERENCIA del conocimiento, por el contrario, se inicia con el reconocimiento de ser un proceso con múltiples determinaciones, en el cual existe una participación compartida de ambos discursos. Se aceptan y critican ambos, conformando dos tesis, entre los cuales existen diferencias en profundidad, y adecuación, posibilidad y necesidad.

*“De la crítica científica de ambos discursos, debe surgir una síntesis que constituya el saber odontológico orgánico en una determinada sociedad”*.

La simplificación de la práctica estomatológica, a la cual nos referimos e impulsamos, debe ser fruto de este proceso de confrontación entre el saber popular odontológico y el discurso formal de la odontología.

Transferir conocimientos no significa volver a la etapa artesanal de la odontología, esto si se aceptara de que dicha etapa se hubiera superado; la transferencia implica un trabajo intelectual y manual, en la cual la crítica y creatividad científicas están inmersas y permiten el desarrollo dinámico del conocimiento”

## SIMPLIFICACION DE LA PRACTICA

Si aceptamos que simplificar, en un sentido estricto, significa lograr algo constituido por menos elementos o pasos (en caso que se trate de una técnica) y cuya finalidad es obtener eficacia a través de la eficiencia, veremos que lo que se busca es que los recursos disponibles sean mejor aprovechados en beneficio de la mayoría. Por supuesto que sin dañar el resultado deseado, es decir, la calidad.

Aplicando la simplificación o los elementos de la práctica odontológica veremos que los más revelantes son:

1.— **Recursos Humanos:** Quizás sea aquí en donde con mayor medida se ven las diferencias que al respecto se han venido manejando en otras profesiones de la salud y la Odontológica.

Al respecto se dice, por ejemplo, que *“el nuevo médico latinoamericano deberá ser una persona que conozca más de enfermedades infecciosas y menos de enfermedades degenerativas; que sepan más de epidemiología y de promoción de la salud comunitaria y menos de anatomía y fisiología; que sea capaz de realizar cirugía de emergencia con equipo limitado; que también tenga conocimientos de agronomía, del valor nutritivo de los alimentos, etc., etc., y se afirma que debe ser formado en un mínimo reducido de años”*.

En las Memorias de UDUAL de la octava conferencia de Facultades, y Escuelas de Medicina de América Latina (Quito 1973) se lee *“Se debe estudiar la conveniencia de reducir los años de formación del médico latinoamericano y la creación de otro tipo de profesional de la salud que en corto tiempo, sea capaz de interpretar los grandes problemas sociobiológicos, asignándoles funciones de diagnóstico y tratamiento”*).

Compartimos la opinión de aquellos médicos que ponen en duda de cómo un tipo de profesional de salud formado en corto tiempo pueda alcanzar las metas que se proponen en esta declaración y mucho más, cuando los cambios en la formación del personal de salud, los cambios curriculares y de contenido de los mismos, adolecen de serias fallas para lograr dicho objetivo, como ocurre en la minimización de las Ciencias básicas, en vez de orientación y en la ausencia total, por ejemplo, del estudio, de las Ciencias Sociales. Si reconocemos que en el campo de la Salud y particularmente en Odontología, existe profundidad y extensión de conocimientos, es indudable que debemos aceptar que el manejo de ello no puede dejarse en manos de un sólo individuo.

La desmonopolización y transferencia de los conocimientos por un lado y la mayor profundización y manejo de los mismos por el otro, crean necesidades nuevas en la formación de los recursos humanos en Odontología, particularmente en el llamado “ESTOMATOLOGO”, que se pretende maneje al más alto nivel, el conocimiento fundamental del aparato estomatognático en su totalidad, así como sus relaciones con el resto del organismo y la implicación de este individuo por los restantes de la sociedad en que vive; debe además dirigir y coordinar el equipo de salud bucal, relacionarlo con el equipo de salud y resolver los problemas más complejos.

No se trata del cambio de nombre de odontólogo a estomatólogo. Es un nuevo profesional, que deberá profundizar más en su preparación actual y dejar en otros recursos humanos el manejo de acciones que requieren menos preparación.

Indudablemente que este nuevo profesional, probablemente, deberá aumentar su tiempo de estudio y preparación, si deseamos que el resultado sea el esperado.

Desde otro punto de vista, el concepto de simplificación deberá ser aplicado a los equipos, instrumental, materiales y drogas, técnicas, espacio físico y otros, que en conjunto significan un cambio de la práctica odontológica en una estomatológica, más adecuada a la resolución de los problemas de salud bucal de la población, en base al cambio de una odontología curativa, por una más preventiva. De una odontología costosa, poco eficiente, lenta, mala, mínimamente eficaz; por una estomatología simplificada, de mayor acceso a la población, con mayor rendimiento e impacto social, en otras palabras, más participativa.

El cambio en la producción de servicios odontológicos en América Latina está en marcha.

La participación de todos los integrantes de la Odontología en todas sus manifestaciones, la incorporación de otros profesionales y, muy especialmente de toda la población de América Latina, demostrarán que es factible introducir el conocimiento científico y tecnológico, teórico y práctico, en la formación y diseño de sistemas de atención, cada vez más eficaces y eficientes, que conduzca a resolver verdaderamente el problema.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.— CORDON, J. A. y HECTOR SILVA OLIVARES, "*Las Categorías Monopolio y Desmonopolización en odontología*" (Mimeógrafo).
- 2.— CORDON, J. A. Consideraciones sobre "*desmonopolización*" en Odontología. In; Curso sobre salud pública en odontología, Brasilia, Enero 23-29, 1977. 7 p. (mimeog).
- 3.— CORDON, J. A. Consideraciones sobre simplificación en odontología. Rev. CERON, Caracas, 2:8-9, Junio 1977.
- 4.— CORDON, JORGE. *Ciencias Sociales y Odontología*. Universidad Federal de Río Grande Do Sul, Departamento de Odontología Preventiva y Social, 1979. 32 p. (Mimeog).
- 5.— CORDON, JORGE. *Aspectos conceptuales de la praxis clínica de la Odontología*. In; Seminario para formular el programa de ALAFO sobre prevención en Odontología. Guatemala, 1975-1977. 8 p. (mime.)
- 6.— DA ROSA, LAURO. *Correlación del diagnóstico clínico e histopatológico en estomatología; estudio en un hospital metropolitano con alcances en la educación odontológica*. Rev. ALAFO, 14 (2): 10-3-108, Julio 1979.
- 7.— ESCOBAR, ALFONSO. *Emprismo en el tratamiento clínico de las infecciones dentobacterianas: sus implicaciones en la enseñanza de la Odontología*. Rev. ALAFO, 9:9-13, Enero 1974.
- 8.— GARRAFA, VOLNEI y NUÑES-DA ROSA, LAURO. O. *Dentista e o cancer das gengivas*, Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent., 25: 5-9, 1971 .

- 9.- GEREDA, ROBERTO y FUENTES, ALFONSO. Promotores rurales en salud oral; "*Odontólogos y Campesinos*", Rev. ALAFO, 11: 109-127, 1976.
- 10.- HERMOSILLO, GEORGINA, et alii. Formación y utilización de recursos humanos odontológicos en México. *Educación Médica y Salud*, 12 (4): 457-500, 1978.
- 11.- MENENDEZ, O. R. Simplificación y transferencia de conocimiento y tecnología en programas de salud bucal en América Latina. In: I Encuentro nacional de saúde escolar. Brasilia, Febrero 14-16, 1979.
- 12.- SILVA OLIVARES, HECTOR y CORDON, JORGE, Notas sobre simplificación desmonopolización y transferencia en estomatología. In: Curso CERON-78: Prevención integral en odontología. Caracas, Oct- Nov. 1978, 23 p. (Mimeog.)
- 13.- TERCERO, LUIS y CORDON, JORGE. Anotaciones preliminares para una crítica de la economía política de la salud. *Un enfoque latinoamericano*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, 1977, 22 p. (mimeog.).
- 14.- HESIO A. CORDEIRO "*La práctica Médica en América Latina*" (UDUAL - 1977).
- 15.- R. YEPEZ, ET. ALLI. "*Comentario A Práctica Médica en América Latina*" (UDUAL - 1977).
- 16.- J. GAETE y R. CASTAÑON, "*El desarrollo de las instituciones de atención médica en Chile durante el Siglo*".
- 17.- SILVA OLIVARES y J. CORDON "*Discusión sobre simplificación de la práctica Estomatológica*" Mimeog. 1978.



---

**TEMA II**

**EL CAMBIO EN LA PRODUCCION DE SERVICIOS ODONTOLOGICOS  
EN AMERICA LATINA**

*José R. Garita\**



## EL CAMBIO EN LA PRODUCCION DE SERVICIOS ODONTOLOGICOS EN AMERICA LATINA

*José R. Garita\**

1. ¿Por qué un cambio?
  - 1.1 Problema.
  - 1.2 Modelo improvisado vigente en la realidad latinoamericana.
2. ¿Cómo hacer el cambio?
  - 2.1 Teoría General de Sistemas como instrumento para el análisis de problemas en el área de la salud.
3. ¿Cómo instrumentar un cambio?
  - 3.1 Modelo generador de servicios odontológicos con fundamento en la Teoría General de Sistemas.
  - 3.2 Curriculum Sistema.
4. Conclusiones.
5. Recomendaciones.
6. Resumen.

\*Cirujano Dentista. Universidad de Costa Rica.  
Master en Diseño Instruccional y Tecnología Educativa.  
Decano Facultad de Odontología. Universidad de Costa Rica.



## EL CAMBIO EN LA PRODUCCION DE SERVICIOS ODONTOLOGICOS EN AMERICA LATINA

### 1. ¿POR QUE UN CAMBIO?

#### 1.1 Problema.

La observación cuidadosa de expertos en el campo de la Odontología y los informes estadísticos de cada uno de nuestros países reportan el insuficiente esfuerzo de los servicios odontológicos, para limitar el ritmo de crecimiento de los problemas de salud bucal. Cuantitativa y cualitativamente, los recursos humanos disponibles son insuficientes para afrontar la demanda bajo el lema "*La salud es un derecho universal*".

El ritmo de producción de ellos y el ritmo de productividad de los mismos, no augura una solución favorable en los próximos 20 años.

Por otra parte, la población de América Latina, debido al nivel de nacimientos, y a los mejores cuidados sanitarios, está aumentada cada año en casi un 3%, lo que pronostica, de acuerdo a los estudios más recientes (1) y las proyecciones de CELADE (2), casi una duplicación de la población, para alcanzar un total aproximado de 600 millones de habitantes.

Se acepta que el panorama odontológico en Latinoamérica es variado, de uno a otro país, cada país con sus propias características, sus propios recursos, su propia inteligencia.

Existe un denominador común que establece una clara división en tres clases de odontología: una suficiente para los grupos con alto poder adquisitivo; otra limitada, para los habitantes de menor ingreso ubicados en zonas de influencia urbana y, por último, una casi inexistente para la gran masa de población que sobrevive en la periferia económica y social (3).

La relación que se dio entre el artesano y sus clientes no es la misma relación que

se da entre las grandes industrias de hoy, y la gran masa anónima de compradores. No es lo mismo los servicios privados del profesional de la salud de hace un siglo, con el derecho de toda una población a esa salud. No es posible esperar un resultado de satisfacción en los servicios, cuando uno de los componentes, el demandante de los servicios, ha sufrido cambios sustanciales. Es por esta razón que la industria, el comercio, los ejércitos y empresas similares han encontrado necesario adoptar nuevos métodos y nuevas técnicas, dígame como las computadoras, sistemas de análisis, las líneas de programación y las investigaciones de operaciones.

Se debe aceptar que los cambios cuantitativos se transmiten en efectos cualitativos, los que afectan directamente el servicio ofrecido.

El crecimiento de los grupos que demandan servicio, la limitada oferta de ellos y las leyes que gobiernan el ser humano y las empresas que éste ha desarrollado, amenazan seriamente la parte más respetable de esos componentes: su humanidad.

Las comprobadas y dolorosas situaciones de la despersonalización, de la ausencia de valores humanos, tales como cordialidad, amor al prójimo y amabilidad, son esenciales para mantener, promover y obtener los mejores resultados en los servicios de salud. (4)

La transformación de mecanismos y procesos existentes en los servicios de salud no pueden conseguirse desde un punto de vista estrecho. (5)

La utilización de metodologías con ventajas humanísticas podría contribuir a la reorientación del pensamiento y actitudes del profesional en las ciencias médicas.

El concepto de cambio debe ser revitalizado, estudiado y no temido. Debe constituirse en lo deseado por el ser humano para poder sobrevivir a las exigentes adaptaciones de su ambiente.

En el momento histórico que vivimos, donde los problemas se generan con gran rapidez, donde existe la obligación de detectarlos con la misma velocidad, y ofrecer soluciones a los mismos, el cambio y la adaptación de los componentes involucrados en la solución de los problemas es indispensable. Por nuestra parte estamos obligados a aportar soluciones a esos problemas, por complejos que ellos sean.

## 1.2 MODELO IMPROVISADO VIGENTE EN LA REALIDAD LATINOAMERICANA.

Las necesidades de salud bucal están siendo enfrentadas con un modelo resultado de la improvisación que se utiliza como estrategia para la resolución de problemas.

Su ordenamiento operacional es el resultado de eventualidades no planificadas.

La producción de recursos, aportados por los currícula y la industria, son apenas

lo necesario para la implementación del modelo tradicional de servicios odontológicos, que ofrece a la población solución intermedia a los problemas bucales complejos.

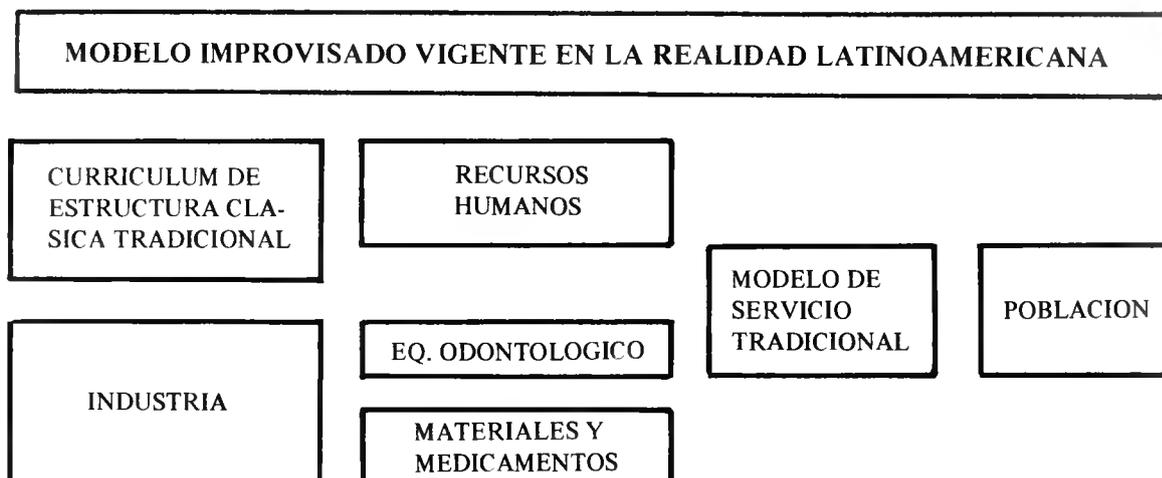


GRAFICO No. 1

#### CURRICULA E INDUSTRIA:

Los currícula de estructuración clásica, fundamentados en información artesanal, mecánica y biológica, con gran fundamento en técnicas y destrezas manuales, ausentes de administración científica, sin los componentes de apoyo indispensables, permiten la formación de recursos humanos que no responden a las necesidades de salud bucal de su contexto.

Por su parte las industrias de equipo odontológico y de materiales y medicamentos, con orientación eminentemente lucrativa introducen en los países latinoamericanos sus productos, no adaptados a las características regionales, y en la mayoría de los casos de tipo sofisticado, lo que los convierte en componentes de muy alto costo para el proceso, o bien obligan a cierta alternativa al proceso que podría no ser la más favorable.

#### MODELO DE SERVICIO:

Los currícula y la industria fuerzan a un proceso, que al relacionar los componentes obligan a un modelo de servicio selectivo para atender pequeños grupos, conocido como modelo de servicios odontológicos de tipo tradicional.

Este modelo es individualizado, discriminatorio, de baja productividad (6), poco

eficaz (7) y con todas las inconveniencias para las demandas sociales y propósitos de organismos internacionales (8), para los últimos veinte años del Siglo XX.

## POBLACION:

La población que recibe los servicios se caracteriza por ser pasiva, desorganizada para exigir o suministrarse los servicios, no participativa en los niveles de decisiones más recomendados.

La pasividad de las comunidades es evidente al aceptar objetivos intermedios y no exigir objetivos finales que satisfagan integralmente el problema.

El modelo improvisado vigente para la realidad latinoamericana, no interrelacionado entre sus partes se presenta incoherente; con grandes ausencias de interacciones indispensables entre las partes; sin sistemática recolección de información que facilite el control de todo el proceso; sin una metodología que facilite su análisis, implementación y manejo; con ausencia de planeamiento, lo que equivale a decir que no es científica su estructuración, considera la acción el producto final; con una significativa falla, al no incluir el contexto en el que se realiza. En suma no es definido como un sistema.

Como resultado de la improvisación, el modelo se inicia con los productos que le aporten los currícula y la industria, adaptándose a esos productos el proceso, para cumplir objetivos apenas intermedios, y reducidos a la unidad diente.

La antropía existente ha sido antes dimensionado. Es así como en la I Conferencia Panamericana para el Planeamiento de los Recursos Humanos, auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud y Celebrada en Ottawa en 1973 (9), se determinaron como problemas principales:

- \* 1. Separación de decisiones en la formación de recursos y el planeamiento de la salud.
- \* 2. Evidente aislamiento de los grupos ocupacionales.
- \* 3. Disociación entre el planeamiento de la salud y el de la educación.
- \* 4. Ausencia de información formal.
- \* 5. Inadecuada organización.
- \* 6. Subjetividad en la selección de carreras.
- \* 7. Recursos humanos utilizados sin el adiestramiento formal.
- \* 8. Resistencia para transferir funciones.
- \* 9. Vaguedad de políticas y subestimación de aspectos socio—culturales.
- \* 10. Ausencia de unidades planificadoras de recursos humanos en la Salud.

Además, en las últimas dos décadas, la curiosidad científica viene dirigiendo su aten-

ción a algunos de los componentes del modelo vigente. En 1965 empezó la delegación de funciones en personal auxiliar (10). Se inicia la simplificación de técnicas y costos de operación, (6), la consideración de las variables sociales conjuntamente con las biológicas (11). Se someten a prueba algunas hipótesis para mejorar la operatividad del modelo tradicional, utilizando nuevos criterios para aumentar productividad, ampliar cobertura y reducir costos (8) (6). Se detecta la poca importancia que se le ha venido atribuyendo a la prevención dentro de los programas de salud, tanto institucionales como de práctica privada. (9) (12). Es evidente que a la profesión odontológica y a las instituciones de salud les ha interesado más ofrecer tratamiento al daño causado, que utilizar medidas preventivas de comprobada efectividad.

Se forman nuevos tipos de personal preparado para las tareas más elementales y frecuentes (13).

El resultado de esta acción renovadora se siente en nuestro contexto americano, que después de esfuerzos aislados, empieza a ser organizada y catalizada por instituciones internacionales como la OPS, y en esta primera conferencia a través de la Unión de Universidades de América Latina.

## 2. ¿COMO HACER EL CAMBIO?

### 2.1 Teoría General de Sistemas como instrumento para el análisis de problemas en el área de la Salud. (Resumen) (1)

#### **Introducción.**

La orientación que nos puede suministrar la teoría general de sistemas en el análisis y síntesis de problemas complejos es significativa. Es útil para la comprensión de todo el conjunto de factores que afectan los fines de las instituciones de salud.

A cualquier nivel de jerarquía de una institución, la habilidad del individuo para producir un cambio o perdurar el statu quo, depende de la claridad de percepción que tenga de la interrelación que existe entre las partes de su nivel con las otras partes de la organización.

La incompreensión de las interacciones que deben existir dentro del sistema de salud y fuera de él, causan frustración e inhabilidad para producir cualquier cambio fundamental.

La implementación de reformas importantes con resultados apenas perceptibles, tiene su origen en la poca frecuencia de interacciones de la institución, internas y externas. Además, porque no se tiene una apreciación holística, dejando sin consideración aspectos tan importantes como la información, la función administrativa y la estructura que debe acompañar el cambio.

Se fracasa por no solucionar el problema desde la perspectiva de la teoría de

sistemas (Willow). Cuando esto acontece se podría decir que es causado por una falta completa de organización o control.

A través de los hechos históricos se prueba que las últimas reformas educativas no han dado los resultados esperados desde que su interés se fundamentó en lo que pasaba dentro de las escuelas, dentro del aula, dentro de la Oficina del Decano. Nuevas reformas demandan la inclusión de las interacciones entre las instituciones afines no tomadas en cuenta. (De Mott).

Con el propósito de suministrar una base fundamental para la elaboración de un modelo conceptual que permita la implementación de servicios en odontología, y que nos facilite la interrelación adecuada de los componentes, nos permitimos considerar los alcances de la teoría general de sistemas.

### CONCEPTO:

La teoría general de sistemas tiene su origen en la concepción organísmica de la biología, desarrollada por Ludwig von Bertalanffy. La concepción organísmica la define: *“en contraste con los fenómenos físicos como la gravedad y la electricidad, el fenómeno de la vida es encontrado solamente en entidades individuales llamados organismos. Cada organismo es un sistema, que en un orden dinámico de sus partes y los procesos se mantienen en una mutua interacción”*.

La teoría general de sistemas se fundamenta en biología, matemática, fisiología y economía. Su campo de acción se ubica en el fenómeno de crecimiento y evolución.

El principal postulado es que el fenómeno de crecimiento, sus intermedios y estadios finales (evolución) siguen el mismo patrón, si el crecimiento es de un organismo aislado, un grupo de organismos o una sociedad de ellos.

El enfoque de la teoría general de sistemas se puede decir que opera cuando el investigador interesado en un fenómeno de crecimiento y evolución busca en las diversas ciencias de materia inerte, organismos vivos e instituciones sociales con el propósito de:

1. Identificar similitudes de este fenómeno.
2. Construir un modelo fundamentado en las similitudes que sea aplicable al menos a dos disciplinas diferentes.
3. Sugerir una manera de explicar y predecir el fenómeno de crecimiento.

### CARACTERÍSTICAS:

Las características atribuidas a la teoría general de sistemas por sus teóricos son

muchas y variadas. No debe sorprendernos que no tenga una doctrina. Desde que se esfuerza en enunciar las leyes y orden de todos los sistemas, debe ser y es la teoría de menor contenido de todas las teorías de los sistemas.

1. **Interrelación e interdependencia de los objetivos, atributos, y eventos.** Cada teoría de sistemas debe tener conciencia de los elementos en el sistema, de la interrelación existente entre ellos, y la interdependencia de los componentes del sistema. **NO RELACIONADOS E INDEPENDIENTES COMPONENTES NUNCA PUEDEN CONSTITUIR UN SISTEMA.**
2. **Holismo.** El enfoque por sistemas no es un sistema analítico, donde el todo se divide en sus partes constitutivas para ser estudiadas aisladamente. Por el contrario, es un enfoque GESTALT, pretendiendo analizar el todo con todas sus interrelaciones e interdependientes partes en interacción. El sistema no es uno reconstituído, es **INDIVISIBLE**.
3. **Teleológico.** Orientado por metas. La interacción produce un estadio final o meta, o bien, una posición de equilibrio donde las actividades con conducidas a la meta.
4. **Insumos y Productos.** Todos los sistemas son dependientes de ciertos insumos con los que puede generar sus actividades, las que al final resultarán en conseguir la meta propuesta. Todos los sistemas tienen un producto o productos necesitados por otros sistemas. En sistemas cerrados los insumos son determinados una vez nada más. En sistemas abiertos, los insumos adicionales son admitidos y corregidos cuando provienen del medio ambiente o contexto.
5. **Transformación.** Todos los sistemas son transformadores de insumos en productos. Todo lo recibido por el sistema es modificado por el proceso, de modo que el producto es diferente en cualidades al insumo.
6. **Entropía.** En el estadio de un sistema cerrado, donde todos los elementos están en máximo desorden, y el sistema se precipita en ineffectividad. Para los sistemas vivos, entropía máxima significa muerte; para organizaciones puede significar ausencia de información necesaria para el desarrollo del sistema o máxima condición de desorganización.
7. **Regulación.** Si un sistema es un grupo de componentes interrelacionados, interdependientes y en interacción, los componentes interactuantes deben ser regulados de algunas manera para conseguir las metas del sistema. En organización humana implica detallar los objetivos, determinar las actividades, que finalmente producirán el objetivo propuesto y aceptado. Lo anterior constituye planeamiento. Control obliga a que cualquier desviación de las actividades diseñadas, para conseguir los objetivos, sean detectadas y corregidas. Una retroalimentación efectiva es indispensable en cualquier sistema.

8. **Jerarquía.** Los sistemas son integridades complejas formadas por subsistemas. El acomodo de sistemas dentro de otros sistemas es lo denominado jerarquía.
9. **Diferenciación.** En sistemas complejos, ciertas unidades realizan funciones especializadas. Esta diferenciación de funciones en los componentes es características de todos los sistemas.
10. **Equifinalidad.** En sistemas abiertos al mismo final o meta puede ser conseguido partiendo de diferentes puntos. Un resultado puede tener diferentes causas.

El esfuerzo para apreciar la organización de un sistema de salud, debe ir orientado a la percepción de toda su complejidad, antes que a una específica área o componente. El estudio de la producción de servicios de salud, no puede estar independiente de las metas de servicio, características de la población, recursos disponibles, etc. Para citar unos pocos, el programa de salud para los indios parago en Arizona y los nativos de Alaska, son experiencias con mejoras notables en el sistema de salud que nos hacen optimistas de la bondad de los recursos que nos aporta la Teoría General de Sistemas. (5)

El enfoque por sistemas requiere una observación permanente de la acción esperada para conseguir los fines, un control de calidad que permita un planeamiento para realizar los ajustes necesarios para el mejoramiento. Esta particular forma de pensar y ver los fenómenos, conduce a una alteración de la forma tradicional de hacerlo. El enfoque por sistemas obliga a ciertos cambios en el análisis tradicional de problemas. Es la obligación de pensar y ver los problemas a los cuales el hombre se enfrenta, conforme a la metodología de sistemas.

El concepto de enfoque por sistemas, nos proveerá la capacidad para pensar en esos términos, y para aliviar los problemas complejos, y las relaciones que existen con otros problemas paralelos que constituyen el gran problema socio—económico y político en que se desenvuelven las sociedades contemporáneas.

Muy a menudo el análisis de sistemas y la investigación de operaciones se refieren al enfoque por sistemas, utilizados con éxito en el análisis de efectividad y economía de sistemas y en la solución de problemas complejos.

Análisis de sistemas es usado con progresiva frecuencia para evaluar la eficiencia y efectividad de sistemas educacionales; y la investigación de operaciones ofrece estrategias únicas para la solución de problemas complejos en educación (17). Esta metodología para el desarrollo de sistemas (educacionales o de salud) ofrece una estructura y estrategias para tomar decisiones. Le permite al diseñador una autocorrección y un proceso lógico para planificar, desarrollar e implementar entidades. Proporciona un marco operacional dentro del que la meta o fines son primero. La base del análisis es la selección de los componentes más apropiados para la acción que emprenderá el sistema. El planeamiento por sistemas asegura

que los componentes apropiados estén dispuestos en el espacio y tiempo que se requieren. La continua evaluación, favorecida por el sistema, permite hacer los ajustes para asegurarse la acción esperada para cumplir los fines y la máxima economía en el proceso.

El enfoque por sistemas viene siendo usado en la industria, los negocios y los programas de gobierno en algunas naciones. No es ni un nuevo invento, ni algo milagroso. Tiene su origen en diversos campos como la lógica, la filosofía, la teoría de la comunicación, la sicología y algunas más.

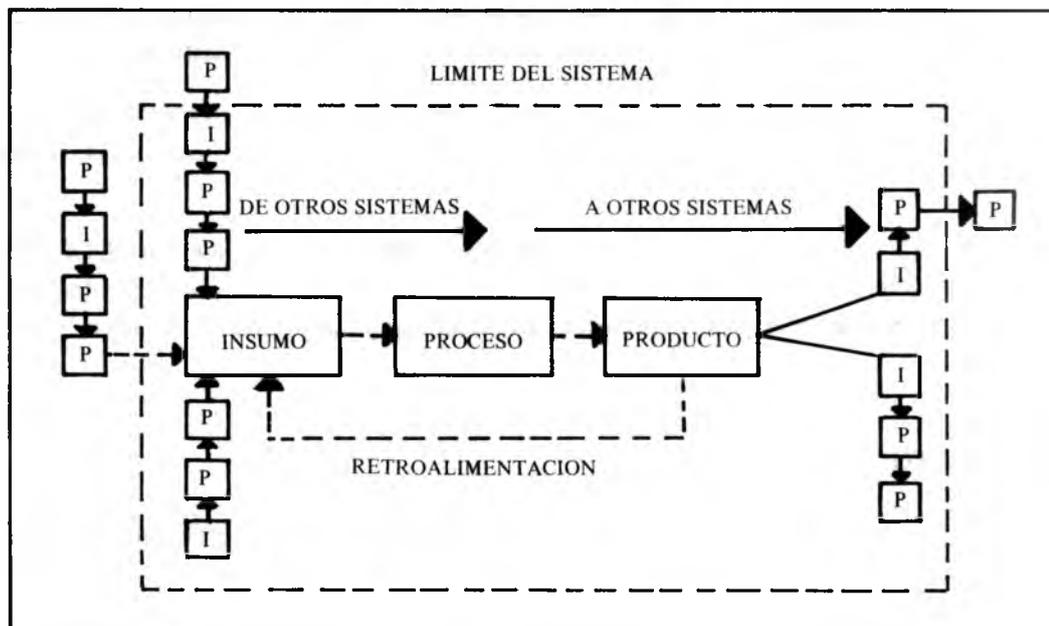
Es una aplicación pragmática del método científico, es una síntesis de metodologías para la solución de problemas complejos, su planificación y su implementación.

No es otra cosa que sentido común aplicado en su esencia máxima.

Aspectos determinantes en el enfoque por sistemas:

1. Definir con máxima claridad los fines del sistema (teleológico), y la acción que se espera. Establecer criterios de medición que faciliten la observación de los indicadores.
2. Comprobación de las características de los insumos.
3. Considerar las alternativas, en relación con lo que ha de ser hecho, cómo, por quién, cuándo, donde, por qué.
4. Implementar el sistema y determinar eficiencia y efectividad.
5. Identificar e implementar los ajustes para asegurar los fines y optimizar el producto, para garantizar la economía del sistema.

#### CONTEXTO O AMBIENTE DEL SISTEMA



### 3. ¿COMO INSTRUMENTAR UN CAMBIO?

#### 3.1 MODELO GENERADOR DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS CON FUNDAMENTO EN LA TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS.

En el modelo generador de servicios, los recursos involucrados, el proceso y el objetivo al cual va dirigida la acción, deben ser apreciados en forma olística, de modo que permita su percepción general, sin dejar por fuera interacción alguna con el contexto en que intervenga cualquier componente del modelo.

El modelo requiere, dentro de la teoría de sistemas, definir y formular lo siguiente:

1. Objetivos de salud: Determinar con detalle y claridad qué es lo que se espera que se haga, conozca, o se sienta, como resultado de la acción para satisfacer las necesidades e intereses de salud.
2. Determinar los indicadores y los instrumentos de medición que permitan percibir con qué efectividad se aproxima la acción a los objetivos.
3. Determinar y tener control de las características y capacidades de los recursos involucrados en el proceso.
4. Identificar todo lo que haya que hacer para satisfacer las necesidades de salud.
5. Considerar las alternativas que puedan derivarse de la selección de componentes: recursos, técnicas, medicamentos, modelos de servicio, número y tipo de personal.
6. Instalar el sistema y recoger la información como resultado de su acción, para ajustar las acciones de los componentes y evaluar el sistema.
7. El control del sistema debe establecerse con fundamento en la sistemática recolección de información, el procesamiento de ésta y su interpretación cuidadosa.

El modelo denominado Y/P/P/, INSUMOS–PROCESO–PRODUCTO, con sus interacciones con el contexto, nos permiten evidenciar con claridad la necesidad de establecer y dejar previstas interacciones indispensables. Gráfico No. 2.

#### **PRODUCTO:**

El modelo generador de servicios del Gráfico No. 2 nos permite identificar en un contexto dado, la existencia de necesidades e intereses de salud.

La necesidad de Salud es la cantidad de servicios que una experta opinión profesional determine, y se consuma en un determinado tiempo para que el individuo empiece a

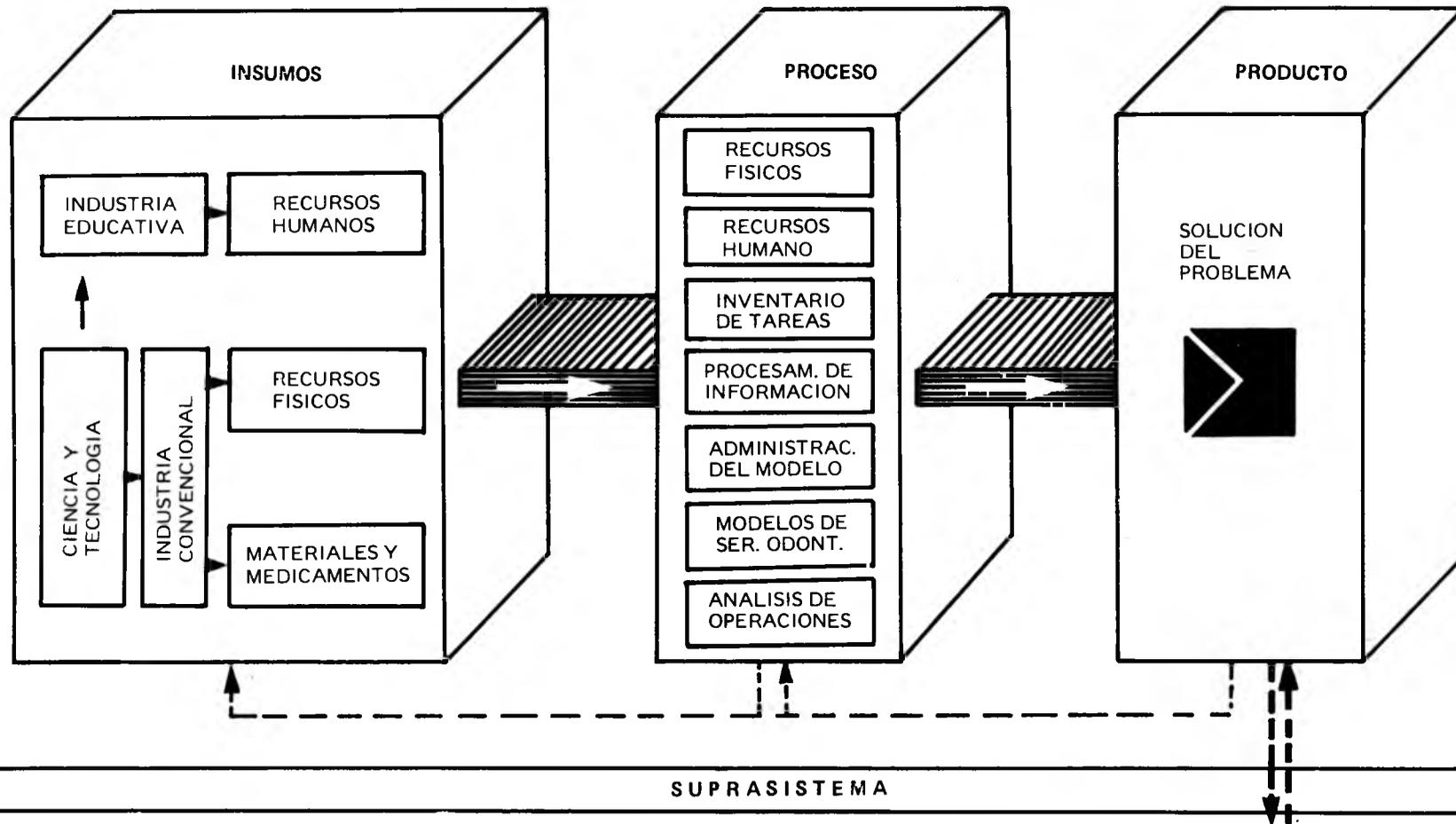
ser sano tanto como sea permitido por el auge científico y tecnológico.(15)

Los “*intereses*” de una colectividad específica se pueden definir como la cantidad de servicios profesionales que los miembros de esa colectividad sientan que deben consumir en un determinado tiempo, fundamentados en sus propias percepciones físicas de lo que es una necesidad de salud.(15)

Para estas y cada una se ha determinado una acción competente (\*), como resultado del trabajo de grupo, o bien funciones, tareas y pasos, a cargo de diferente tipo de personal capacitado para ello. Gráfico 3-1.

El producto final del modelo generador de servicios lo constituye una relación A-A, que es una acción competente integrada por funciones, tareas y pasos que satisfaga una necesidad de salud. Gráfico 3-2.

(\*) ACCION COMPETENTE, son los actos que implican una serie de funciones de tipo fisiológico, psicológico, cognoscitivo, afectivo y psicomotriz, que involucran al profesional o al equipo de salud en su totalidad para la satisfacción de necesidades e intereses.(14)



SUPRASISTEMA

CONTEXTO

GRAFICO No. 2



## PROCESO:

Es el área del modelo en donde tienen lugar una ilimitada cantidad de interacciones: La intensidad y frecuencia de las interacciones definen al proceso como poco o más eficiente. En el proceso participan la materia, la energía y la información del sistema.

Dentro del proceso, la información debe favorecer la comunicación de los componentes para facilitar la función social del modelo (16). Si la comunicación es el metabolismo de la información, esencial para nacer, crecer, desarrollarse, cambiar, evolucionar y sobrevivir o morir, el proceso del modelo debe desarrollar una comunicación social que le permita su definición, categorización y restablecer patrones de información.

Los componentes identificados en el proceso lo constituyen los recursos humanos, recursos físicos, materiales y medicamentos, técnicas de procedimientos, modelos operacionales, procesamiento de información, administración del modelo y modelos de servicio odontológico.

Los modelos de servicios, instrumento operacional para llevar a cabo la acción, son el resultado de la interacción apropiada de los componentes, seleccionados conforme a sus características, para cumplir objetivos específicos de servicio en una comunidad previamente definida en sus características biológicas, sociales, culturales y psicológicas. Lo anterior sugiere que para las características generales de una comunidad se deben establecer el o los modelos de servicio a través de los cuales la acción puede ser implementada.

El proceso es quien selecciona el modelo a implementarse, y describe los componentes involucrados, con apego a características específicas que las industrias educativa y convencionales deben satisfacer.

La productividad de un modelo de servicio dará por satisfechas ciertas necesidades e intereses de una comunidad dada. La suma de las productividades de los modelos que una comunidad dada requiera, para satisfacer las necesidades e intereses de salud, le genera al proceso la determinación cualitativa y cuantitativa de los componentes requeridos para integrar los diversos tipos de modelos de servicio que la comunidad requiera.

Dentro de las actividades del proceso debe efectuarse el análisis de los componentes para lo que el diseñador debe identificar:

1. Las funciones que harán posible cumplir con el objetivo.
2. Las capacidades requeridas para cumplir las funciones.
3. Las alternativas que ofrecen diversos medios o procedimientos con las capacidades requeridas.
4. Probar diferentes combinaciones de alternativas para obtener el resultado óptimo.

La asignación de funciones a componentes específicos se le llama DISTRIBUCION.

RELACION A-A

ACCION  
FUNCION  
TAREA



NECESIDAD DE  
SALUD  
INTERES



3-1

RELACION  
ANTIGENO-ANTICUERPO



3-2



3-3

PROBLEMA EDUCACIONAL B



3-4

PROBLEMA EDUCACIONAL A

GRAFICO No. 3

Esta etapa es considerada la más importante en el diseño del sistema. El diseñador debe siempre considerar qué componentes ofrecen las mejores características o potencial para cumplir con las funciones. A nivel de esta decisión se deben considerar las limitaciones que tiene el sistema por parte del suprasistema. Cada componente debe ser analizado en forma separada.

La posibilidad de que el mejor componente para una función determinada tenga el mayor costo, obliga a ubicarse en una balanza de efectividad y costos.

El propósito en la selección de componentes es obtener el objetivo con el mayor ajuste posible, dentro del menor tiempo y al menor costo.

En el Gráfico No. 5 se representa en la flecha vertical de la derecha el COSTO y el de la flecha vertical izquierda la EFECTIVIDAD. El sentido de las flechas indica lo más deseable. El estado óptimo se obtiene con la relación más baja de costo y más alta en efectividad. Para obtener la mayor efectividad, los costos que se ubican arriba del punto B se constituyen en no favorables. En la flecha vertical izquierda de la efectividad, la que se localiza por debajo del punto A, es inaceptable para el sistema. El diseñador debe buscar una posición de equilibrio entre costo, tiempo y efectividad, de acuerdo al contexto para el cual se diseña.

La toma de decisiones, en la selección de componentes, con la relación costo/efectividad, constituye lo más importante del sistema. La decisión le permitirá al proceso aceptar o rechazar los componentes disponibles. Al hacer estas decisiones, dentro del proceso del modelo generador de servicios, se debe tener como muy significativamente que la función es primero y la selección del componente posterior.

Si el sistema no opera armoniosamente, su economía es dudosa y su efectividad demostrablemente baja; la distribución de funciones es lo primero que se debe considerar en una revisión.

La determinación de horarios y lugares es un complemento del proceso para garantizar que los componentes humanos y materiales estarán disponibles en el tiempo y lugar que se les requiera para cumplir las funciones asignadas en la forma más efectiva y económica.

En realidad el proceso mantiene una actividad grande de interacciones que le permiten mantener un movimiento progresivo y regresivo, comparando, ajustando, asegurando, ciertas partes, para obtener una integración adecuada del proceso en sí mismo, y éste con las otras partes del modelo generador de servicios. Como resultado de las interacciones del proceso, el modelo como sistema se mantiene coherente, integrado, organizado, funcional y como una entidad productiva de servicios.

## LOS INSUMOS:

Los utiliza el proceso como aporte de la industria educativa y la industria convencional.

# COSTO-EFECTIVIDAD

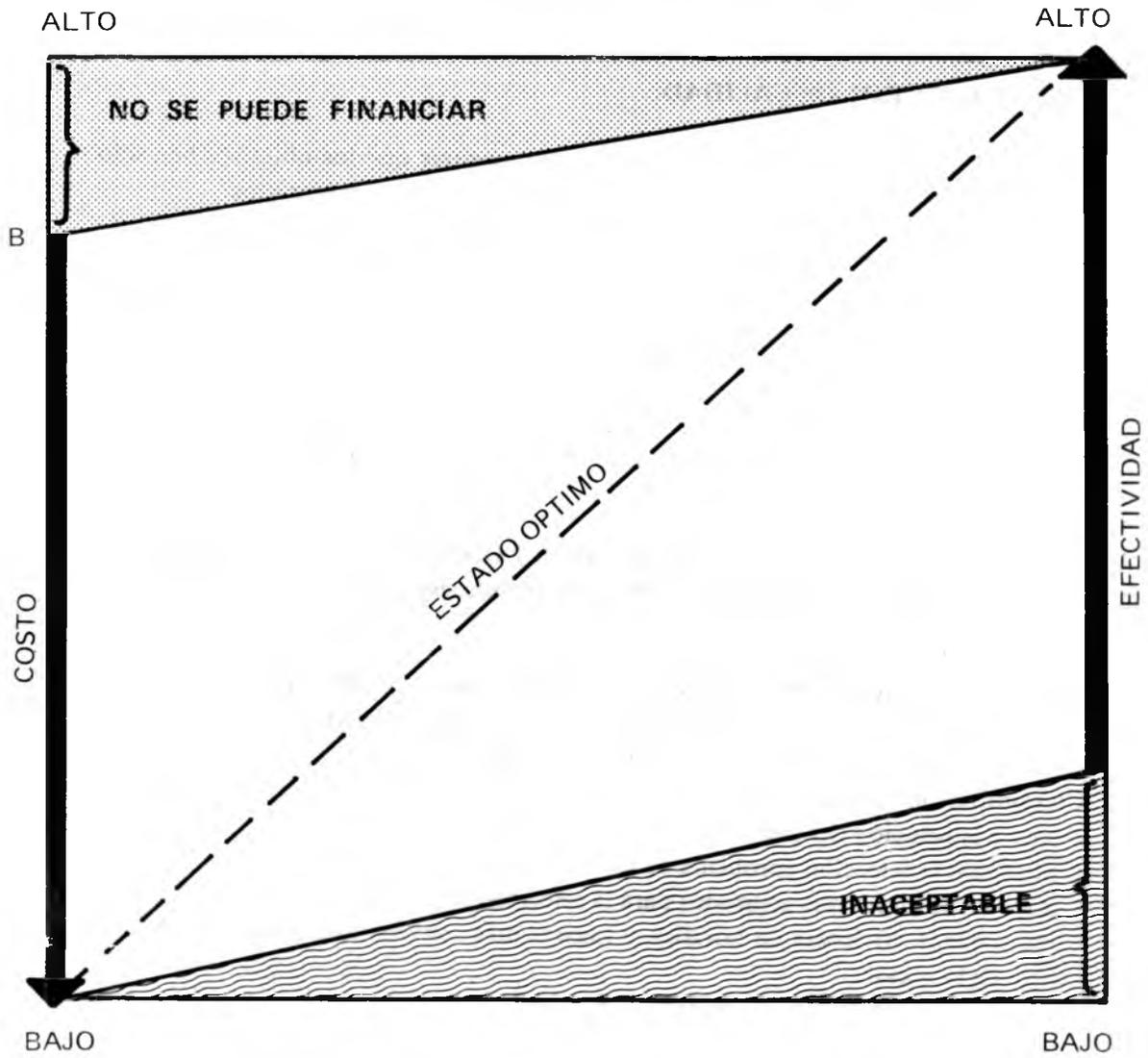


GRAFICO No. 5

El proceso determinará las características cualitativas y cuantitativas de los insumos, supeditando las acciones de las industrias educativa y convencionales, a los requerimientos del proceso, para obtener el producto y satisfacer los problemas de salud de la comunidad dada.

El sistema generador de servicios debe determinar y tener control de las características y capacidades de los recursos involucrados en el proceso.

## **EVALUACION Y CONTROL DE CALIDAD:**

El propósito de evaluación y control de calidad es asegurar que los objetivos han sido alcanzados, y si no fuera así, qué ajustes deben implementarse para lograrlos?

El modelo incluye y se le deben crear como indispensables para el control del mismo, la transmisión de la información que retroalimente sus diferentes componentes. Así debe haber transmisión de información de la comunidad a los diferentes tipos de modelos de servicio que se utilicen, y a la administración del proceso por medio de procesamiento de información.

Por su parte el proceso transmitirá a las industrias educativa y convencional, los ajustes cualitativos y cuantitativos requeridos.

Algunas estrategias aseguran el control de calidad y la evaluación. La que evalúa continuamente la efectividad del sistema y permite su análisis sistemático, requiere:

1. Claridad y definición de los objetivos.
2. Determinación de criterios que permitan decidir cuando el objetivo fue alcanzado.
3. Determinación de la capacidad y calidad de los recursos utilizados.
4. Comprobación de la determinación integral del problema.
5. Comprobación de que todas las funciones, tareas y pasos contribuyeron eficientemente a la solución del problema.
6. Comprobar la selección apropiada de los componentes.
7. Comprobar los criterios utilizados para la selección de componentes.
8. Comprobar la eficiencia de horarios y lugares más convenientes para la implementación de la acción.
9. Comprobar la resolución del problema de salud.

El análisis de lo anterior permitirá señalar qué operaciones de la acción deben ser eliminadas o corregidas.

La comprobación de la acción, se efectúa con una observación sistemática del trabajo y las capacidades esperadas de los componentes. Estas comprobaciones deben ir dirigidas a:

1. Medir la capacidad de los componentes durante la ejecución de la acción.
2. Medir los tiempos operacionales en todas y cada una de las acciones.

3. Determinar la internalización del proceso por parte de los recursos humanos.
4. Determinar la velocidad de ejecución de la acción.
5. Determinar la motivación de los componentes humanos cuando están en función de la acción.
6. Determinar la aceptación por parte del individuo y/o comunidad de los componentes involucrados en el proceso.
7. Determinar déficits de capacidad en la acción.
8. Determinar el grado de monotonía que afecte el sistema.
9. Medir el grado de resolución del problema.

## CONTEXTO:

El modelo generador de servicios odontológicos no puede ni debe abstraerse de su contexto. Las limitaciones y facilidades que el suprasistema le ofrezca al modelo sistema, con las que permitirán y restringirán las interacciones del proceso, para aproximarse en la medida que le sea permitido a la satisfacción del problema.

Entre las limitaciones más comunes se pueden encontrar los recursos económicos, decisiones políticas, opinión pública, intereses de grupos, desarrollo socio-cultural.

Debe disponerse lo necesario para que la comunidad sea:

1. Una comunidad organizada funcionalmente.
2. Adquiera conciencia de su participación.
3. Responsable de funciones de salud.
4. Participativa en los niveles de decisiones adecuados.
5. Evaluadora del proceso y de la calidad del producto.

El contexto, el individuo y la comunidad deben ser informados de los propósitos, y conseguir de ellos una participación activa dentro del proceso para disponer favorablemente todas las potencialidades de la comunidad.

Es indispensable hacer conscientes las necesidades de salud, y la responsabilidad que debe asumir la comunidad en contribuir a prevenir, limitar y restaurar el daño.

La comunidad debe ser integrada al proceso como un insumo constituido en subsistema, al cual va dirigida la acción del proceso y en donde la comunidad misma participa en el proceso.

## 3.2 CURRICULUM SISTEMA.

El curriculum sistema es una alternativa a considerarse, como favorable para la misión que se le asigna a la industria educativa dentro del modelo generador de servicios odontológicos.

Lo definen las siguientes características:

1. Diseñado como un sistema.
2. Fundamento en acciones competentes.
3. Movilidad vertical y horizontal.
4. De estructura invertida.
5. Actividades curriculares fundamentales y comunes.
6. Principios orientadores.

1. Diseñado como un sistema.

- 1.1 **Teleológico:** definición de los fines en forma clara y precisa, con detalle de la acción que se espera. Establecer los criterios de medición que facilitan la observación de los indicadores.
- 1.2 Asegurar las características de los insumos participantes en el proceso.
- 1.3 Selección de las alternativas más favorables; con identificación de funciones y escogencia de los componentes más calificados.
- 1.4 Diseño del sistema de control de eficiencia y eficacia.
- 1.5 Estructura orgánica funcional para facilitar las tomas de decisiones y asegurar los fines y optimizar el producto.

2. **Fundamento en Acciones Competentes(\*)**.

Las necesidades e intereses de salud son el resultado de la interacción del hombre con su medio ambiente, en relación con la actualidad técnico–científica. El desarrollo socio–cultural del hombre a través de su existencia ha generado patrones de comportamiento que de una u otra manera han lesionado su naturaleza orgánica, creando necesidades de salud.

(\*) Acción competente: para otros autores es la misión (Kauffman) y función compleja (Beltrán).

Las necesidades e intereses de salud han generado por su parte una demanda de servicio, que se traduce en una acción que implica una serie de funciones de tipo fisiológico, psicológico, cognoscitivo, afectivo y psicomotriz. Esta acción, que para el caso llamamos acción competente, por la obligatoriedad de máxima capacidad, es divisible en su análisis en funciones, tareas y pasos.

De todas y cada una de las acciones competentes y las funciones, tareas y pasos, es posible elaborar un objetivo educacional a partir del cual se puede diseñar un sistema de aprendizaje. El gráfico No. 6 muestra la relación completa, deductiva y lógica, favorable en el planeamiento educativo. La línea discontinua es el proceso de retroalimentación para ajustar los objetivos educacionales, a partir de la satisfacción de las necesi-

dades e intereses de salud. La implementación del sistema se orienta en sentido contrario a las flechas del planeamiento.

Este tipo de curriculum provee los medios para asegurar que el estudiante posee determinados atributos profesionales que lo facultan para la ejecución de acciones competentes, en procura de reducir o eliminar problemas bucales (20).

Un curriculum con fundamento en acciones competentes implica:

1. Las acciones competentes se componen de las múltiples funciones que comprenden: conocimiento, habilidades y actitudes, necesitadas para la acción profesional de diverso tipo de personal.
2. Las acciones competentes son expresadas en términos de conducta, o sea, que sus indicadores son observables y medibles.
3. Las acciones competentes son públicas. Tanto estudiantes como profesores conocen las metas, lo que en términos de la teoría de sistemas significa que los fines son explícitos, la comunicación favorecida y los indicadores perceptibles y medibles.
4. Las acciones competentes son evaluadas en función del criterio previamente establecido para todas y cada una.
5. La instrucción se realiza conforme a las características del estudiante, y el tiempo de aprendizaje varía conforme a cada estudiante, mientras que el criterio y estabilidad permanecen constantes.
6. El estudiante debe demostrar un determinado grado de satisfacción para los niveles de aprovechamiento propuestos antes de continuar con la siguiente unidad de aprendizaje.
7. Al estudiante se le facilita diferente tipo de alternativas para aprender y en donde mejor pueda usar su particular estilo o preferencia.
8. El contenido es dividido en módulos y unidades de aprendizaje, pretendiendo que cada modulo capacite al estudiante en funciones.

### **3. MOVILIDAD VERTICAL Y HORIZONTAL.**

Dentro de la organización de currícula en las ciencias de salud, el principio de movilidad vertical y horizontal ha tomado mucha importancia por sus ventajas en el aprovechamiento de recursos para la formación de diverso tipo de personal (21). La movilidad vertical, también llamada movilidad de la carrera, es un movimiento progresivo del estudiante dentro de un determinado campo o campos de las ciencias de la salud, que le permite realizarse en cualquier nivel en donde demuestre su capacidad. La movili-

dad educacional se usa para describir el proceso que facilita la movilidad vertical y horizontal.

La utilización del concepto de movilidad educacional permite racionalizar recursos que favorezcan las metas cualitativas y cuantitativas de un sistema de salud. Hasta la fecha son pocas las experiencias con movilidad vertical y horizontal dentro del proceso educativo. Sin embargo, sí ha habido esfuerzos para integrar un "equipo de salud", cuyos elementos se forman en diversos programas, con diferentes perspectivas, Metodologías, valores y fines. Cómo formar un equipo de salud bucal efectivo en esas condiciones?

No sería mejor empezar a formar ese equipo de salud oral dentro de una academia dispuesta por el firme propósito de conseguir fines positivos y reales para nuestra colectividad? No sería mejor aprovechar instalaciones físicas universitarias, institucio-

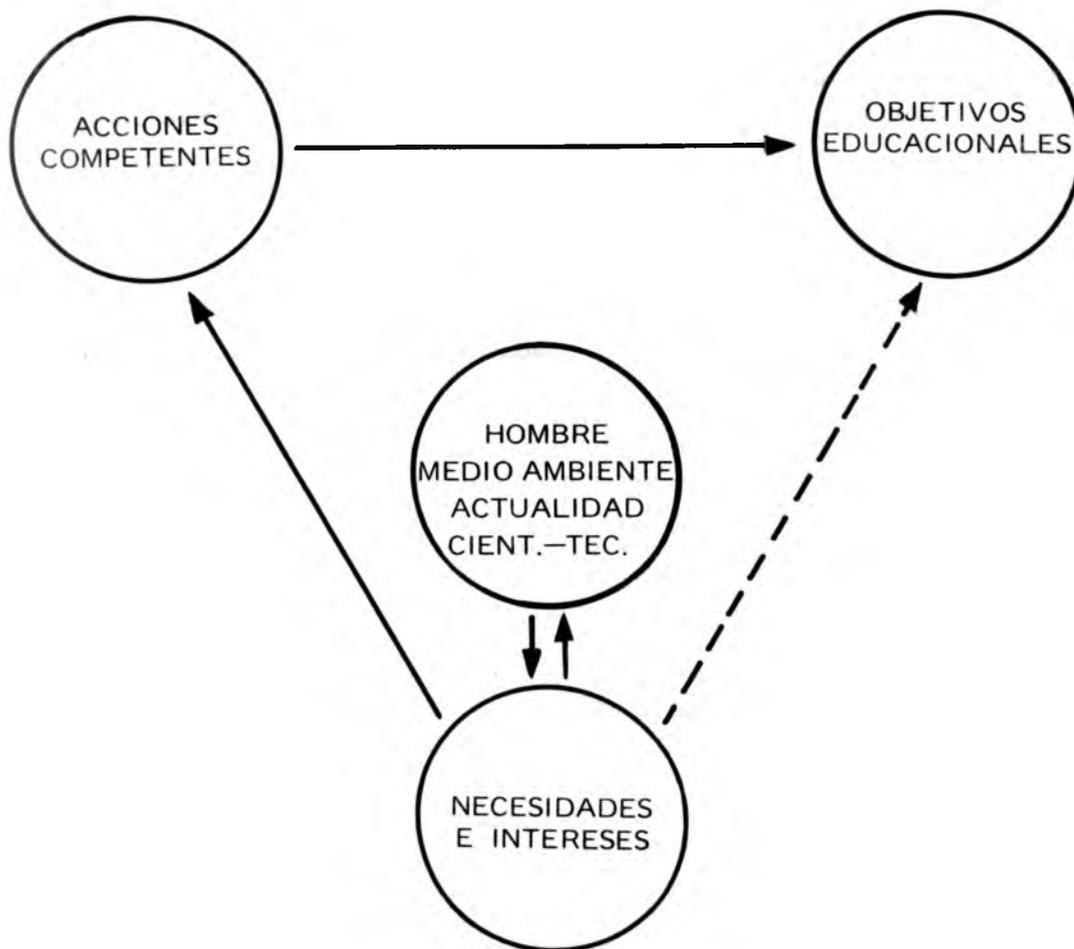


GRAFICO No.6

nales y privadas; los mejores profesores; el mejor sistema de apoyo al proceso educativo; el mejor planeamiento y evaluación, y conseguir mejores resultados; valga decir, ser más efectivos y eficientes, con un reducido costo de los productos finales?

La movilidad educacional que permite que cada individuo pueda ascender de acuerdo a sus capacidades e intereses; que se pueda desplazar lateralmente para adaptarse a las demandas de servicios, puede parecer muy difícil, pero no por ello no debe ser intentado. (24).

Por más de cinco años se ha venido discutiendo en los Estados Unidos la posible aplicación del principio de movilidad educacional en las Ciencias de la Salud, y se han señalado más ventajas que desventajas. (21)

La movilidad vertical y lateral en los niveles de acciones competentes de diverso tipo de personal de salud, se favorece por la flexibilidad del manejo del contenido adaptado a experiencias diseñadas en módulos y unidades de aprendizaje. Cada módulo vendría a ser un ladrillo para la pirámide de funciones y movilidad.

Toulinson propone para facilitar la explicación del término movilidad educacional, que éste debe ser estructurado con base en aquellas funciones comunes para los diversos tipos de personal, y si fuera necesario, se puede estructurar a nivel de tareas. Lo anterior conduce a la selección de experiencias y contenidos por módulos y unidades instruccionales, que permiten la flexibilidad necesaria para el manejo del curriculum en los diferentes niveles de acciones competentes.

Los diferentes niveles de acciones competentes para los que la movilidad educacional puede ser útil son el resultado de la división del trabajo profesional en forma jerárquica, de lo más simple a lo más complejo, dando por entendido que los niveles complejos corresponden a personal mayormente elaborado y los niveles simples, a personal tan importante como el elaborado, pero que desempeñe funciones y tareas como parte de una acción.

De la jerarquización de acciones competentes, funciones, tareas y pasos, una reconceptualización de la división del trabajo, con propósitos fundamentales de racionalizar los recursos para garantizar eficiencia y efectividad, nos suministrará niveles intermedios o niveles básicos en la pirámide ocupacional. El cuadro siguiente ilustra lo que podríamos denominar reconceptualización en la división del trabajo, en donde en la pirámide No. 2 se determinan nuevas funciones asignadas a un tipo de personal que no existía en la pirámide No. 1. La reconceptualización de la distribución del trabajo conduce a reducir los especialistas y odontólogos generales, mientras se estimulará la formación de otros tipos de personal complementario, para la acción competente que satisfaga la necesidad/interés.

Después de un análisis de acciones competentes, habrá tantos niveles de personal como el sistema de salud lo necesite y no necesariamente el personal que por tradición se prepara. Lo anterior no significa que al profesional en Odontología se le invada su



campo y se le disminuya responsabilidad; por el contrario, deberá asumir responsabilidades mayores, aceptar una nueva posición profesional dentro del concepto de Biología Oral, deberá aceptar responsabilidad máxima de planeamiento, programación, evaluación y cualquier otra decisión importante. La movilidad educacional ubica al profesional en la posición que le corresponde, dejando de ser el dentista tradicional y permitiéndole introducir todos aquellos otros niveles de personal que sean indispensables para el trabajo en equipo, que permita satisfacer las metas de aumento de productividad, aumento de calidad y mayor cobertura de la población.

#### 4. ESTRUCTURA INVERTIDA:

El curriculum de estructura invertida es la alternativa para racionalizar el esfuerzo del estudiante conforme a sus capacidades e intereses, sin separarse de una formación científico-cultural integral.

El modelo incluye la educación general y ciencias básicas, lo que de acuerdo con la última reforma académica universitaria (1957) se llama "*Ciencias y Letras o Estudios Generales*". La ubicación de estos Estudios Generales dentro del curriculum actual es de tipo horizontal. Es decir, se pretende que el estudiante esté preparado para entrar en un curriculum propiamente profesional. Dos años de espera para sentir y comprobar su verdadera vocación, son mucho tiempo para un cambio oportuno de intereses por otra disciplina. Por todas las desventajas que esta ubicación de los Estudios Generales le transmiten a un curriculum en Ciencias de la Salud, es que, dentro del modelo propuesto, se aplica el criterio de "*invertido*" disponiendo los Estudios Generales con una base invertida. Es decir, en forma longitudinal a la carrera e incrementándose

paulatinamente para los diversos tipos de acciones competentes. El propósito no es discutir si los Estudios Generales son necesarios o no, sino ubicarlos apropiadamente, conforme a las obligaciones que la Escuela de Odontología tiene con el país. La ubicación longitudinal le permite al nuevo curriculum desarrollar su potencial. Serían esfuerzos mal empleados tratar de reestructurar sobre posiciones dogmáticas; es decir, que el suprasistema límite los fines de los sistemas. Por el contrario, debería flexibilizarlos a los currícula particulares.

## 5. ACTIVIDADES CURRICULARES FUNDAMENTALES Y COMUNES:

Core curriculum.

Constituye los conocimientos, habilidades y aptitudes comunes para todos los estudiantes involucrados dentro de un curriculum que ofrece alternativas de salida a diferentes niveles, para diferentes capacitaciones. (23) (21)

El "CORE Curriculum" es considerando apropiado por: (22)

1. Aumenta la eficiencia y economía de los programas.
2. Estimula la movilidad educacional.
3. Favorece la formación del grupo de trabajo.
4. Promueve un mejor aprendizaje, con facilidades para programar sus actividades.

Las experiencias de su implementación favorecen el potencial de sus atributos, para usarse dentro de las ciencias de la salud. (21) (22) (23).

El gráfico No. 7 nos ilustra algunos de los principios y conceptos antes expuestos y la manera como ellos se complementan. Sobre la Línea AB se determinan aquellos niveles de acciones competentes que el sistema de salud necesite para satisfacer una salud bucal del individuo, y por supuesto de la colectividad. En la actualidad y como ejemplo, se encuentran sobre esa línea los niveles de Asistente Dental, Asistente Dental Rural y el Odontólogo. La investigación y distribución de las funciones y tareas que exponen las acciones competentes nos podrían indicar otro tipo y niveles de personal odontológico. Esos niveles se han denominado con números del 1 al 6, que no necesariamente significan años de carrera, sino diferentes niveles de acciones competentes. La Facultad de Odontología debe certificarlos para que se utilicen esas acciones competentes dentro del sistema de salud.

Se sugiere aceptar en forma ilustrativa que el sistema ha determinado la necesidad de varios tipos de personal, con dominio de ciertas acciones competentes. Llamemos ese personal; Técnico de Laboratorio I, Asistente Dental I y Prevencionista I; además, otros niveles como: Técnico de Laboratorio II, Asistente Dental II, Prevencionista II, Técnico Dental III, Asistente Dental III y Odontólogo Generalista.

Esos niveles de acciones competentes y su respectiva clasificación en funciones y tareas se ubicarían en la línea AB del triángulo del gráfico No. 7.

El área clara de la misma figura constituye los conocimientos, habilidades y actitudes comunes para todos los estudiantes; denominado comúnmente "*core curriculum*", o sea, las actividades curriculares fundamentales y comunes. Estas actividades son el resultado de la interacción de las variables explicadas en el gráfico No. 6.

El área oscura del modelo del gráfico No. 7 representa las unidades de aprendizaje específicas para cada certificación de salida lateral; es decir, las unidades de aprendizaje que establecen la diferencia entre una asistente instrumentalista y una de funciones expandidas, o bien, entre un prevencionista I y otro de tipo II; entre un laboratorista I y otro de tipo II o de tipo III.

El área sombreada representa los Estudios Generales y la Ciencia Básica, que como se dijo, se ubican en posición vertical o longitudinal. Se empieza con muy poca ciencia básica, y estudios generales en el primer período, se incrementa hasta los más altos niveles, como fundamentales para los que participan de la responsabilidad del planeamiento, programación, evaluación y toma de decisiones.

En el gráfico No. 7 el triángulo No. 1, resultado de la interacción de variables que se representan en el gráfico No. 6, generará ciertos niveles de personal con capacidad para tareas y pasos. Los anteriores serían los primeros niveles de una pirámide de distribución del trabajo conforme a complejidad y responsabilidad.

Así sucesivamente cada nivel de acciones competentes tiene su triángulo o modelo generador de objetivos educacionales; para el segundo y siguientes triángulos debe notarse el incremento en ciencias básicas y estudios generales. Después del segundo triángulo, el modelo fundamentalmente contiene la formación de diferentes niveles de las acciones competentes del profesional en Odontología, y conforme se determinen se crearán todos aquellos que el sistema necesite, incluyendo estudios avanzados. Para estos niveles la ciencia básica y los estudios generales se incrementan aún más.

El modelo contiene tal flexibilidad que los diferentes niveles de acciones competentes que se deseen establecer pueden ser certificados, para que el individuo sea aprovechado en el sistema de salud. Después de incorporarse a la fuerza del trabajo y realizar las experiencias que sus intereses le estimulen, podría y eventualmente, volver para continuar sus estudios. Esto, siempre y cuando su aprovechamiento académico se lo permita, sus intereses y actitudes lo impulsen y principalmente, que el sistema de salud lo necesite en otros niveles superiores.

Este tipo de movilidad fundamentado en el potencial del individuo, le permite a la institución educadora, conducir hasta los niveles superiores, aquel producto humano de máximas capacidades, y aprovechar en su máximo potencial aquel otro producto humano de niveles inferiores. No todo el que quiera podrá llegar a los niveles más altos, sólo aquellos que sean capaces, pero sí todos serán aprovechados e incorporados en la fuerza del trabajo, en la forma más efectiva y eficiente.

La estructura longitudinal de los Estudios Generales y Ciencias Básicas es la que permi-

te la participación del estudiante en las etapas más tempranas de todo un proceso, que empieza con acciones competentes promocionales de la salud, preventivas, diagnósticas, curativas, rehabilitadoras y administrativas. La formación de todo este personal en forma conjunta empieza a crear las interrelaciones necesarias y conduce a la integración y aplicación del concepto de "grupo de trabajo". La relación del estudiante en estas etapas tempranas con las necesidades del ser humano, proporcionan un campo favorable para la formación y estructuración de valores, que favorecen el interés del estudiante por el estudio, cuando éste se refiere a su aplicación inmediata en hechos reales que constituyen problemas de salud.

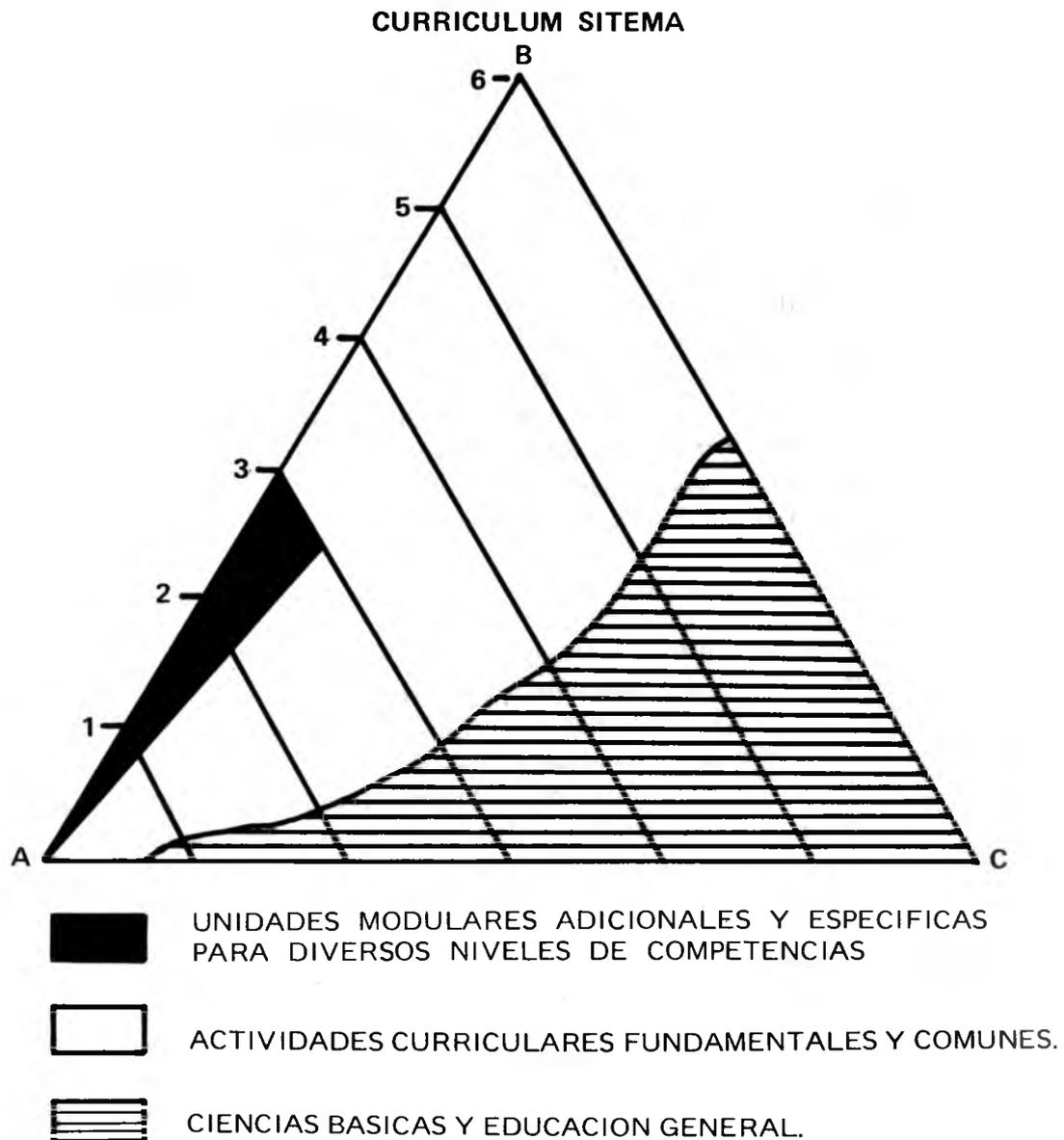


GRAFICO No. 7

o Modelo del Dr. L Holloway modificado.

## 6. PRINCIPIOS ORIENTADORES:

Son los que orientan el plan operacional del curriculum, cuyo diseño debe estar sujeto a las experiencias que garanticen la internalización de esos principios.

Se utilizan conforme al cuadro No. 8 los siguientes principios:

### 1. Etapas del desarrollo del ego:

- 1.1 Autoprotectiva
- 1.2 Conformista
- 1.3 Consciente
- 1.4 Autónoma

### 2. Prevención:

- 2.1 Actividades preventivas a niveles básicos dirigidos al individuo.
- 2.2 Actividades programadas en grupos.
- 2.3 Relación con otros componentes de grupo.
- 2.4 Asumir dirección de métodos y técnicas preventivas, dirigidas a grupos.
- 2.5 Asume mayores responsabilidades en el grupo de trabajo comunitario.
- 2.6 Dirige actividades pre-organizadas.
- 2.7 Adquiere niveles de capacitación certificados.
- 2.8 Desarrollo de programas con asesoría.
- 2.9 Investiga problemas que afectan al individuo y la comunidad.
- 2.10 Propone soluciones al problema investigado.
- 2.11 Dirige sus propias propuestas.
- 2.12 Reporta resultados y su interpretación.

### 3. Actividades técnico-clínicas:

- 3.1 Actividades preventivas de diagnóstico precoz en el individuo y comunidad.
- 3.2 Participa del proceso de aprendizaje en servicio.
- 3.3 Actividades formadoras técnico-científicas complementarias.
- 3.4 Actividades técnicas de simulación reducida.
- 3.5 Actividades técnico-clínicas con solución de problemas analizados por él.
- 3.6 Actividades clínicas en ambientes. Proceso de comunicación activa.
- 3.7 Actividades clínicas en ambientes reales.
- 3.8 Actividades autónomas en solución de problemas.

### 4. Individuo y comunidad:

- 4.1 Unidad bio-psico-social indivisible del hombre.
- 4.2 Organización social de la comunidad.

### 5. Investigación científica:

- 5.1 Metodología de la investigación.

**CURRICULUM-SISTEMA**

**Subsistema de Actividades en Prevención**

- Reporte resultados y su interpretación.
- Dirige sus propias propuestas.
- Propone soluciones al problema investigado.
- Investiga problemas que afectan al individuo/comunidad.
- Desarrollo de programas con asesoría.
- Adquiere niveles de capacitación certificados
- Dirige actividades pre-organizadas.
- Asuma mayores responsabilidades en el grupo de trabajo comunitario
- Asumir dirección de métodos y técnicas preventivas.
- Relación con otros componentes de grupo.
- Actividades programadas en grupos
- Actividades de niveles preventivos básicos.

**Desarrollo del ego**

AUTOPROTECTIVA  
CONFORMISTA  
CONSCIENTE  
AUTONOMO

**Subsistema Actividades Técnico - Clínicas**

- Actividades Autónomas en solución de problemas
- Actividades clínicas en ambientes reales
- Actividades clínicas en ambientes. Proceso comunicación activa.
- Actividades clínicas técnicas con solución de problemas analizados por él.
- Actividades técnicas de simulación reducida.
- Actividades formadoras complementarias/técnicas.
- Participe del proceso de aprendizaje en servicio.
- Actividades preventivas en el individuo/comunidad.

**Individuo Comunidad**

ORGANIZACION SOC. DE LA COMUNIDAD

**METODO APLICACION CIENTIFICO**



**METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA** GRAFICO No. 8

## 5.2 Aplicación del método científico en solución de problemas.

### CONCLUSIONES

1. La producción y la productividad de los recursos invertidos en los servicios odontológicos son insuficientes para satisfacer la demanda actual y el crecimiento que de ella se efectuará en los próximos veinte años.
2. Es necesario interpretar los cambios de crecimiento de población y utilizar metodologías capaces de adaptar los servicios a las demandas sociales constituídas en derechos.
3. Los esfuerzos para ampliar los servicios conforme a la demanda han causado serio daño a la integridad humana del ser, con repercusiones muy lamentables para las partes.
4. Los currícula y la industria convencional fuerzan a un proceso y obligan a un modelo de servicio selectivo, individualizado y discriminatorio, de baja productividad, poco eficaz y con todas las inconveniencias para las demandas sociales de los próximos veinte años.
5. La población que recibe los servicios no es participativa dentro del proceso.
6. El modelo IMPROVISADO vigente en la realidad latinoamericana se presenta:
  1. No interrelacionado entre sus partes.
  2. No interactúa con el contexto en el cual se realiza, dejando fuera de consideración componentes importantes.
  3. Con fines intermedios.
  4. No determina las características de los insumos que requiere.
  5. Con un proceso limitado por los insumos que recibe.
  6. Sin recolección de información sistemática.
  7. Ausente de planeamiento que facilite la regulación.
  8. Ausente de jerarquía.
  9. Sin diferenciación y jerarquización de tareas y funciones.
  10. Considera la acción del producto final.
7. La Teoría General de Sistemas es una alternativa de aplicación factible para la interpretación del problema y diseño de soluciones.
8. El modelo generador de servicios con fundamento en la teoría general de sistemas, integra las partes que lo constituyen, las interrelaciona y facilita su interdependencia.
9. El producto del modelo sistema generador de servicios debe tener como objetivo el subsistema paciente, con la satisfacción de necesidades e intereses.

10. El proceso por el cual se conseguirá la meta es quien selecciona el modelo de servicio a implementarse.
11. El proceso describe los componentes involucrados, con apego a las características específicas que las industria EDUCATIVA Y CONVENCIONALES DEBEN SATISFACER.
12. Los modelos de servicio para una comunidad dada están en función de las determinaciones del proceso, tanto cualitativas como cuantitativas.
13. La relación costo/efectividad debe ser orientadora en el diseño del modelo de servicios.
14. Las interacciones del proceso hacen posible, que el modelo generador de servicios, el modelo sistema, se mantenga coherente, integrado, organizado, funcional, económico y como una entidad de servicios.
15. El modelo generador de servicios, como los diferentes componentes del mismo, deben garantizarse un subsistema de control.
16. El modelo generador de servicios, modelo sistema, NO PUEDE NI DEBE abstraerse de su contexto.
17. La comunidad debe ser integrada al proceso como un insumo constituido en subsistema, a la cual va dirigida la acción. Debe ser parte de la acción y fin de ella.
18. El curriculum sistema ofrece una alternativa viable dentro del modelo generador de servicios odontológicos.

### RECOMENDACIONES

1. Con fundamento en las experiencias latinoamericanas realizadas por diferentes grupos, reconocer y estimular los esfuerzos desarrollados.
2. Promover proyectos de investigación que aporten mayor información del proceso para la ejecución de la acción que satisfaga las necesidades de salud.
3. Crear un centro de información para la concentración y divulgación del material disponible.
4. Crear una unidad de adiestramiento en el planeamiento de recursos humanos.
5. Coordinar con instituciones internacionales programas que conduzcan a los mismos fines.

### RESUMEN:

Se analiza el problema vigente de los servicios de salud en la realidad latinoamericana

para enfrentar la demanda social actual, y la potencial en los próximos veinte años. Se localiza el problema en el modelo IMPROVISADO vigente en la realidad latinoamericana, utilizado como estrategia para la solución de necesidades e intereses de salud.

Un resumen de las características de la Teoría General de Sistemas, determinan la factibilidad de usar su metodología como instrumento para la interpretación del crecimiento y evolución de la demanda de servicios odontológicos.

Se ofrece un modelo generador de los servicios odontológicos con fundamento en la Teoría General de Sistemas que refiere y ubica el problema, y ofrece a la vez algunas alternativas para su solución. Se complementan los instrumentos para verificar un cambio con la descripción del CURRICULUM SISTEMA.

### BIBLIOGRAFIA

1. GLOBAL 2000. Prensa Libre. Agosto 8, 1980. No. 24922, pág. 13.
2. CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA (CELADE). Boletín demográfico. Año XIII, No. 25 – Enero 80. Santiago, Chile.
3. GILLESPIE, GEORGE. Editorial Educación Médica y Salud. Vol. 12 No. 4.
4. BERTALANFFY, LUDWIG VON. Introduction. Health Research: The Systems Approach. Springer Publishing Company, Inc. 1976, pag. 5–13.
5. BERG, LAWRENCE E. Applied Systems. Analysis in the Delivery of Comprehensive Health Services. Health Research: The Systems Approach. Springer Publishing Company, Inc. 1976, pgs. 271–281.
6. JIMENEZ, HERBERTO et al. Laboratorios de comunidad como instrumentos para la investigación científica de salud y sociedad en Venezuela. Educación Médica y Salud. Volumen 12, Número 4, 1978, pags. 392–407.
7. GILLESPIE, GEORGE et. al. Tendencias Innovadoras en Odontología: Antecedentes, bases y perspectivas. Educación Médica y Salud. Volumen 12, Número 4, 1978, pags. 512–531.
8. HERMOSILLO, GEORGINA et al. Formación y utilización de recursos humanos odontológicos en México. Educación Médica y Salud. Volumen 12. No. 4, 1978, pgs. 457–500.
9. PAHO. WHO Chronicle, 29:85–90, 1975.
10. MALLARINO, ALVARO. Síntesis histórica de los programas de personal auxiliar en Odontología en Colombia. (Composición y utilización de equipos integrados de Salud Oral). Seminario Itinerante. Armenia, Medellín, Cali. Junio 1979.
11. MENENDEZ, OTTO. Aprendizaje e investigación en programas de Odontología Institucional. CERON. Vol. 5 No. 1, Abril 1980, págs. 23–36, Venezuela.
12. KEYES, PAUL. Una Filosofía Preventiva (Resumen). CERON. Vol. 3 No. 4. Diciembre 1978. pág. 17–18.
13. BOLETIN. Oficina Panamericana de la Salud. Vol. LXXXVII, No. 6. Diciembre 1979.
14. GARITA, JOSE RAFAEL. Teoría para el diseño curricular en la Facultad de Odontología. Universidad de Costa Rica. (Por publicarse).
15. JEFFERS, JAMES ET al. On the demand versus need for medical services and the concept of “shortage”. A.J.P.H. Vol. S-1 No. 1:46–63.

16. RUBEN, BRENT. Intrapersonal, interpersonal and mass communication processes in individual and multi-person systems. (General Systems Theory & Human Communication). Hayden Book Company, Inc. Rochelle Park, New Jersey. 1975. págs. 164–182.
17. BANATHY, BELA: Instructional Systems. Fearon Publishers, Inc. Belmont, Ca.
18. SCHODERBEK, PETER. Management Systems Conceptual Considerations. Busines Publications, Inc. Texas, 1975.
19. GARITA, JOSE RAFAEL. Teoría General de Sistemas para el análisis de problemas en el área de la Salud. (Por publicarse).
20. BROSKI, DAVID et al. Competency-Based Curriculum Development: A Pragmatic Approach. Journal of Allied Health. Winter 1977, pág. 38–46.
21. HOLLOWAY, LEWIS. Unshackling career mobility in Health occupations Education Nursing Care. January 1973, pág. 24–27.
22. SESNEY, JOHN et al. The Development of an Integrated Science Core Curriculum for Allied Health Students. Journal of Allied Health. Summer 1977, pág. 35–39.
23. SMITH, ANITA. Core Curriculum or the Health Occupations. American Vocational Journal, Sept. 1973, pág. 42–50.
24. CHAVES, MARIO. Saúde Sistemas, 2. ed. Editora Da Fundacao Getulio Vargas. Río de Janeiro, 1978.



**TERCERA SESION PLENARIA**  
**MIERCOLES 15 de OCTUBRE, 1980**



**TEMA III**  
**LA PRODUCCION DE CONOCIMIENTOS**  
**PARA LA PRACTICA ODONTOLOGICA EN AMERICA LATINA**



**LA PRODUCCION DE CONOCIMIENTOS  
PARA LA PRACTICA ODONTOLOGICA EN AMERICA LATINA**

*Dr. Miguel Rodríguez R*  
Secretario Ejecutivo  
Asociación Ecuatoriana  
de Facultades de Odontología

QUITO, JULIO DE 1980

**1.- INTRODUCCION.**

En América Latina el proceso histórico no dió lugar a que la Odontología participe del mismo, sino que por el contrario, actuó como simple espectadora y receptora de todo aquello que se planeaba y no hacia más que aplicar teorías extrañas a los problemas sociales latinoamericanos, los mismos que estaban lejos de ser abordados a no ser por medio de simples ejercicios formales dados por los conceptos en boga, problemática que prevalece bajo conceptos de dependencia, marginación, colonialismo etc.

El avance vertiginoso de la sociedad, impone la necesidad de replantear el papel que le corresponde a la Odontología en el contexto social y su contribución a resolver la problemática de salud, como la capacitación docente en las Facultades de Odontología contribuiría a mejorar el proceso de enseñanza de manera que la producción del conocimiento en la práctica odontológica, contribuiría a romper las barreras tradicionales de dependencia, para proyectarse a valores sociales que descubran el verdadero aporte de la Odontología para los sectores populares de la comunidad.

El tema a tratar, por sí solo abarca un amplio espacio, pero ante todo debemos partir de un análisis del esquema estructural en que se inscribe la odontología para comprender su práctica y su teoría y, buscar a través de este análisis, la forma en la que se puede llegar a la solución de los problemas.

**2.- CONCEPTUALIZACION DE LA ODONTOLOGIA.**

2.1. Es una ciencia porque nace como el producto de una práctica social en un

momento histórico determinado. Posee un trabajo, que es la investigación científica y un producto que es el conocimiento científico y tiene como objeto la salud. Es una práctica social porque utiliza los conocimientos de esta práctica y porque nace de una necesidad que es el producto de una estructura socio—económica. (Esquemas 1 y 2)

2.2. Es una práctica técnica por cuanto constituye un proceso metodológico que nos lleva a la aplicación social de los conocimientos científicos adquiridos.

2.3. Se concibe el espacio odontológico como aquel que se halla constituido por la conjugación de los modos de producción de los servicios, recursos humanos y de conocimientos, determinados por la estructura socio—económica en un momento histórico determinado. (Esquema 3)

### 3.— LA ESTRUCTURA SOCIAL, SU CONCEPTUALIZACION.

Es la organización a la que ha llegado una sociedad, por las características que definen el modo de producción de bienes materiales. La estructura social, se concreta en la división y relaciones de clase, las mismas que se han ido modificando conforme se ha producido un desarrollo en las fuerzas productivas, pero manteniendo siempre características que permiten establecer de manera general dos grupos básicos: clase dominante y clase dominada.

#### “MODO DE PRODUCCION Y FORMACION SOCIAL”

Uno de los conceptos fundamentales es el de modo de producción, que se refiere a la forma en que los hombres obtienen sus medios materiales de existencia. Ello supone, necesariamente, dos tipos de relaciones íntimamente imbricadas, pero que es necesario distinguir en el plan teórico:

1.— La relación de los hombres con la naturaleza para efectos de la producción; relación que es captada por el concepto de fuerzas productivas, que designa la capacidad que los hombres poseen, en determinado momento, para generar productividad, con ayuda de sus conocimientos y técnicas, máquinas, herramientas, etc.

2.— La relación que los hombres establecen entre sí en el proceso productivo, es decir, lo que se denomina relaciones sociales de producción.

La combinación de estos dos elementos: fuerzas productivas y relaciones sociales de producción, constituye la matriz económica de todo modo de producción y es la que determina, inclusive, los demás aspectos de instancia la económica: la circulación, distribución y consumo de los bienes materiales.

Sobre la base de esta matriz económica, a la que se denomina también infraestructura, se “levanta” (según el término metafórico empleado por Marx) la superestructura social,

que a su vez consta de dos instancias fundamentales:

1.— La instancia jurídico—política, que comprende el conjunto de organizaciones e instituciones sociales (Estado y derecho, fundamentalmente, en los modos de producción clasistas) y

2.— La instancia ideológica, formada por el conjunto de ideas, imágenes y representaciones sociales en general.

Ahora bien, la relación que existe entre la base o infraestructura económica y las dos instancias superestructurales consiste en una articulación compleja, que puede definirse de la siguiente manera:

1.— La base determina en última instancia a la superestructura, en la medida en que le asigna una función muy precisa, cual es la de producir las condiciones jurídicas, políticas e ideológicas necesarias para la reproducción del respectivo modo de producción.

2.— Dentro de este límite estructural de funcionamiento, la superestructura posee, sin embargo, una autonomía relativa, que le permite tener sus formas específicas de desarrollo y actuar a su vez sobre la base.

3. El grado y la forma en que la superestructura actúa sobre la base varía según el modo de producción de que se trate. Así, por ejemplo, en el modo de producción capitalista la relación de lo jurídico y lo ideológico con la instancia económica, no es de la misma naturaleza que en el modo de producción feudal. Porque en cada modo de producción, se da una articulación distinta entre la base y la superestructura, es que el concepto de producción puede utilizarse en un sentido más amplio, para designar no sólo a la matriz económica sino también a la estructura resultante de la articulación de las tres instancias: la económica, la jurídico—política y la ideológica.

En este sentido, el concepto de modo de producción es uno de los más importantes de la sociología marxista, puesto que nos proporciona, por así decirlo, un primer “modelo” teórico sobre la estructuración básica de la sociedad”. (1)

En el medio que nos desenvolvemos, el poseedor del capital domina en el modo de producción (económico—político—ideológico), por lo que, el capital en última instancia es el propietario de la ciencia y tecnología (producción del conocimiento) que los utiliza para su propio desarrollo, más no para solucionar los problemas de la sociedad.

El conocimiento científico es uno de los productos más elaborados del trabajo del hombre. Originado del conocimiento popular y empírico, se ha elevado por sobre éste mediante la indagación racional sistematizada, hasta convertirse en una actividad fundamental en el proceso de desarrollo de la humanidad.

Históricamente, la investigación científica es resultante de los requerimientos y determinantes económicos y culturales de cada sociedad. Es decir, la estructura socio—económica y cultural de un país determina la orientación, naturaleza y grado de avance de la investigación científica que en él se realiza.

Como consecuencia, la interpretación de los fenómenos naturales y sociales que configuran el universo, está expuesto al juego de contradicciones inherentes al desarrollo de la sociedad. Mientras los sectores dominantes difunden como válidos la información e interpretaciones afines con la defensa de sus intereses de clase, los sectores populares pugnan por el desarrollo de una ciencia de alcances reivindicativos. En tal contexto, la creatividad e iniciativa de los individuos están inexorablemente condicionadas por el peso de las variables socio-económicas y por las contradicciones que de éstas se generan”. (2)

Tomando de esta manera, el marco de referencia se puede proceder al análisis de los aspectos que permitirán desarrollar el contenido básico de la ponencia.

- La Odontología y su ubicación en la estructura social.
- La Odontología y su relación con la clase o clases sociales a las cuales sirve.
- La Odontología como factor coadyuvante en el mantenimiento del sistema social.

El odontólogo como profesional, tiene en su poder un determinado tipo de bagage; su práctica y su conocimiento y más que éste su título, los que en cierta forma constituyen un capital acumulado en el transcurso de su carrera estudiantil.

Así, al ser dueño de capital, es dueño de una parte de los medios de producción y como tal, buscaría formar parte de la clase dominante.

Pero su capital es abstracto, los medios de producción de los que el dispone, se objetivizan sólo a través de otro tipo de medios de producción concretos, y es, en última instancia, el propietario de esos medios de producción, el dominante efectivo del sistema. Así, el odontólogo aún siendo dueño de capital, se encuentra socialmente a un nivel en el que es dependiente de una categoría social que lo domina, a esta categoría dentro de nuestro modo de producción, se acostumbra nominar la clase media o pequeña burguesía.

“la pequeña burguesía es pues, aquella clase que se caracteriza por trabajar *“por cuenta propia”* en su taller, su negocio, su fundo o consultorio, apoyándose en el trabajo personal del propietario y su familia y ocupando sólo de manera eventual y secundaria personal extra-familiar asalariado”.

Como es fácil observar, esta concepción marxista de la pequeña burguesía difiere bastante de lo que en general se entiende por clase media en América Latina; diferencia que, por lo demás, es la mejor ilustración de cómo el marxismo no deriva la estructura de clases de una escala de ingreso o riqueza, sino de ubicaciones estructurales bien definidas.

Esta situación estructural tiende, por otra parte, a producir efectos ideológicos-políticos muy específicos en el caso de la pequeña burguesía:

1.— En primer lugar, la dificultad de percibir las relaciones sociales imperantes en las formaciones capitalistas como relaciones de explotación. La pequeña burguesía “no está en condiciones de comprender el carácter de clase de esta explotación y esta opresión, de las que sufre, a veces, no menos que el proletariado” (Lenín)<sup>29</sup>, precisamente porque las sufre a través de los *“modos de explotación secundarios del capital”* (cf. el núm. VI) y no

a través de una inserción directa en la lucha entre el capital y el trabajo.

2.— Dificultad, por la misma razón, de percibir el carácter de clase del Estado burgués, en el que la pequeña burguesía tiende a ver más bien un poder “*arbitral*” y “*protector*”: “*una autoridad por encima de ellos..., un poder ilimitado de Gobierno que los proteja de las demás clase y les envíe desde lo alto la lluvia y el sol*” (Marx)<sup>30</sup>

3.— En fin, una ilusión persistente de “*independencia*” (representación ideológica de la condición de pequeño propietario), exacerbada por un temor a la proletarización que, manipulado por la ideología dominante, deriva a menudo en posiciones políticas abiertamente antiproletarias (procesos de fascistización).

### LAS CAPAS O CATEGORIAS SOCIALES (INTELECTUALES Y BUROCRACIA)

Nos quedaría por estudiar la situación de algunos grupos sociales específicos, como los intelectuales y la burocracia, que según la teoría marxista no constituyen clases sociales propiamente dichas... Y no lo son, porque tales grupos, a los que puede denominarse capas o categorías, no se generan a nivel de la matriz económica de un determinado modo de producción, sino que surgen a nivel superestructural, sea en la instancia jurídico-política (caso de la burocracia), o bien en la ideología (caso de los intelectuales). (Esquemas 5 y 6)

Gramsci, quien empleaba el término de “*intelectuales*” para designar tanto a los intelectuales propiamente dichos como a los cuadros burocráticos, nos ha legado una nítida reflexión al respecto:

“La relación entre los intelectuales y el mundo de la producción no es inmediata, como ocurre en los grupos sociales fundamentales, sino que pasa por la ‘mediación’ en grado diverso, de todo el tejido social, del mismo complejo superestructural de que los intelectuales son, precisamente los ‘funcionarios’ ”<sup>31</sup>

Ahora bien, el hecho mismo de que los intelectuales en el sentido gramsciano del término —sea los “*funcionarios*” del “*complejo superestructural*” nos está señalando una cuestión importante: puesto que esas superestructuras están compuestas de aparatos e ideología de clase, tales “*funcionarios*” no están situados al margen de la estructura de clases de una sociedad determinada, sino integrados a ellas de una manera específica y compleja (con “*mediaciones*” múltiples, para retomar el término de Gramsci)” (1)

Su característica en general es de que participa en el control de los medios de producción, pero no directamente, sino como agente de la clase dominante o burguesía, que lo utiliza para sus fines.

“Es así como resulta interesante analizar como el surgimiento de un nuevo conocimiento y tecnología, la simplificación de la práctica odontológica trae consigo que el poseedor del capital le interesa solo valorar su capital, a través de una inversión íntimamente unida a la obtención de plusvalía.

La simplificación de la práctica odontológica sólo interesa al capital cuando le permita

su consecuente acumulación, no por el hecho de aumentar o extender la cobertura de salud, sino por la posibilidad de aprovechar la simplificación de la práctica odontológica dentro del proceso social de producción es a través de la producción inmediata de instrumentos simplificados, su posterior distribución en América Latina y el intercambio y consumo de tales instrumentos, lo que crea un proceso continuado y creciente de acumulación de capital”. (3) (Esquema 7)

El trabajo del odontólogo también es objeto de mercado y por su costo, este no puede ser adquirido, sino por un grupo social de cierto nivel económico. Como objeto de mercado los servicios del odontólogo tienen varias categorías, las mismas que sirven también para calcular su valor individual y, por su intermedio, las posibilidades de obtención por cada grupo social que requiera sus servicios. Las categorías están en relación al grado de adaptación a la ideología de la clase dominante: *“es mejor y por lo tanto más caro”*. El odontólogo que mejor represente y sintetice los usos y funciones de las clases sociales a las que sirve, le permite convertirse o no en elemento *“prestigiado”*. (Esquemas 8 y 9).

Así, el odontólogo en particular, y la práctica odontológica en general, cubren las necesidades de la clase dominante y de determinados grupos de la clase media. Es este esquema, el que impide que la práctica odontológica produzca conocimientos y tecnología para solucionar los problemas de los sectores populares de la comunidad que se hallan desprotegidos de servicios de salud.

La práctica odontológica es una práctica técnica, no científica, por cuanto no produce conocimiento, sino que reproduce el adquirido en otras formaciones sociales; el conocimiento está orientado hacia una práctica dominante (privada) y esta es la que nutre, sirve de campo de acción y retroalimentación a una formación en donde, todavía existe la separación del trabajo intelectual con trabajo manual y con ello la separación de la educación odontológica de la práctica odontológica.

Esta disociación entre el estudio y el trabajo, transforma al alumno en una categoría social cuya tarea fundamental es el aprendizaje, sin intervención alguna en la solución de los problemas de salud de la población. La práctica se la concibe como una experiencia pedagógica, más no como una contribución a la resolución de tales problemas.

El enfoque idealista repercute también en la pedagogía, al distinguir o separar los cambios en el área cognocitiva de los de la afectiva, separando la información de la formación, propiciando la creencia de que se puede transmitir conocimientos libres de juicio de valor y que el estudiante puede asimilarlos e integrarlos con su esquema ideológico.

La práctica odontológica tiene un papel dominante sobre la formación de recursos humanos y la producción del conocimiento, así las instancias encargadas de la formación y producción, se constituyen en centros de selección y de legitimización de conocimientos y tecnológica, ajenas a nuestra realidad.

#### 4.— CONCLUSIONES:

4.1 Lo que se compra del odontólogo es su ideología y esta es la que se concreta en

la práctica, la cual es acorde con la estructura social, de la cual el es parte como individuo y a la que le sirve como profesión.

- 4.2 El capital, en última instancia es el propietario de la ciencia y tecnología (producción y aplicación del conocimiento) que los utiliza para su propio desarrollo, más no para solucionar los problemas de la sociedad. (Esquema 10)
- 4.3. La práctica odontológica no ha producido suficientes conocimientos en nuestro espacio para evitar reproducir aquellos adquiridos en otras formaciones sociales.
- 4.4. La producción del conocimiento en la práctica odontológica está orientada hacia una práctica privada, dependiente de la producción industrial capitalista.

## 5. RECOMENDACIONES:

Tomando como punto de partida que, las Universidades son uno de los medios con que cuentan nuestros pueblos para la búsqueda de la verdad, debemos orientarlas hacia el cambio de sus estructuras y no hacia la búsqueda de una posición para ajustarse al sistema. (Esquema 12)

Las Facultades indirectamente someten a sus profesores a dar enseñanza en base a valores cuantitativos, convirtiéndose en el trasmisor mecánico de libros, folletos, revistas, etc., ajenos a la necesidad de un pueblo cada vez más oprimido.

El aumento cada vez mayor del alumnado implica que el docente mejore su capacidad creadora, pues, no sólo con cursos de pedagogía y didáctica se puede garantizar una buena enseñanza, sino comprendiendo que debemos capacitarnos para dejar de ser grandes pedagogos y convertirnos en colaboradores de la investigación, único medio idóneo de producir conocimientos para una práctica odontológica que necesita de nuestras estructuras que sirvan de soporte para el progreso social de la odontología. (Esquema 13).

Para cooperar con mayor eficacia en la investigación, todos debemos conocer sus fundamentos y técnicas; hay que investigar y aprender a investigar y asimismo enseñar a investigar, no memorizando conceptos ni acumulando fichas; este es el factor que necesita la práctica odontológica para producir conocimientos transformadores. (Esquema 14)

Todo lo anterior será factible si conjuntamente se implementa una política que permita conocer y hacer conocer la imposibilidad de satisfacer las necesidades de la sociedad, en los términos en que actualmente se plantea la práctica odontológica y en segundo término propiciando el cambio social y/o de las que agrupan la docencia y el servicio, así como creando los medios para su interacción, ya que son los únicos organismos que de alguna manera se comprometen con la universidad de la realidad social en la cual actúan. Esquema 15)

## BIBLIOGRAFIA

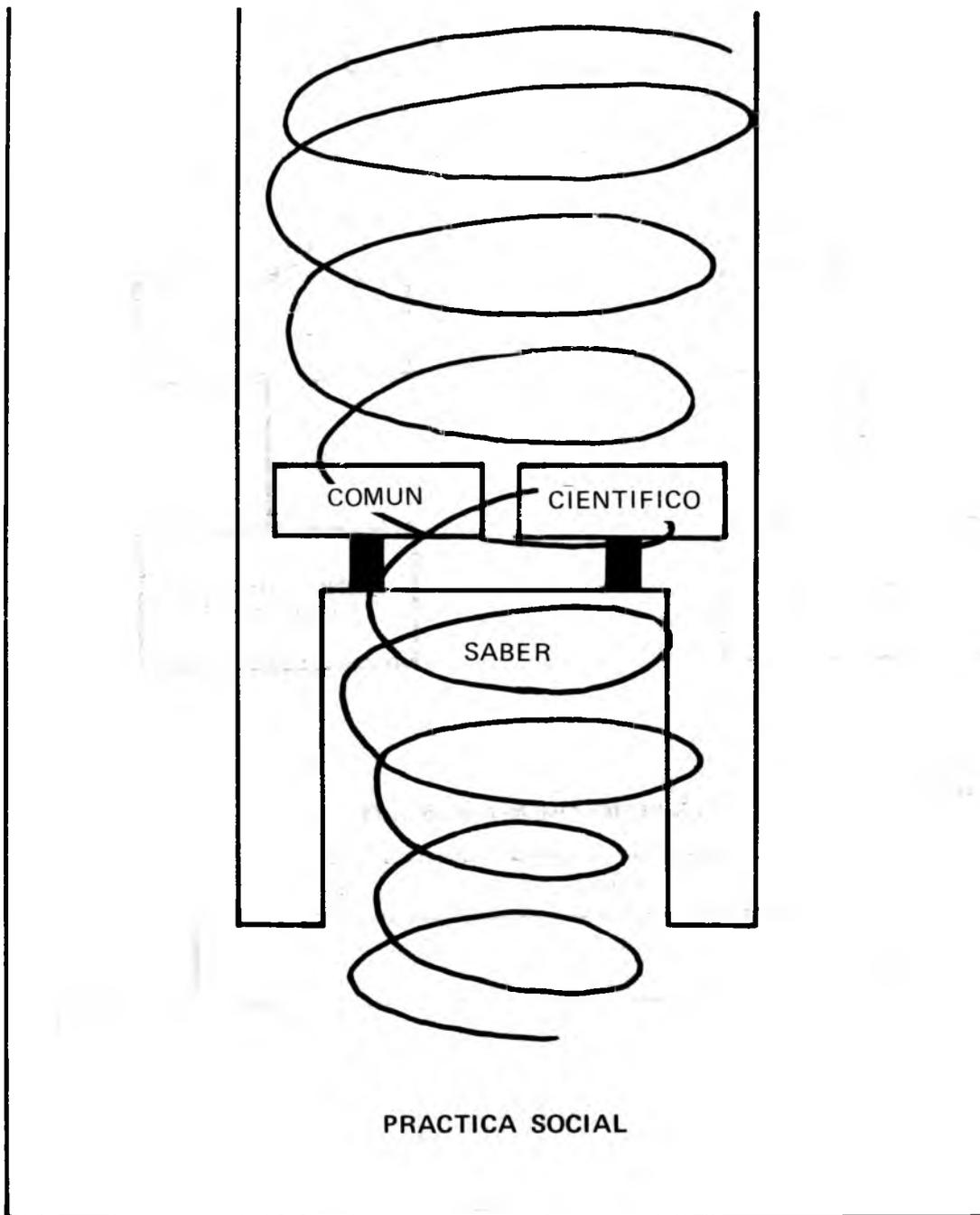
- 1.- AGUSTIN CUEVA. *“La Concepción Marxista de las clases sociales. Serie: Estidops”*.

2.- Facultad de Odontología de la Universidad de Zulia – XI – 79.

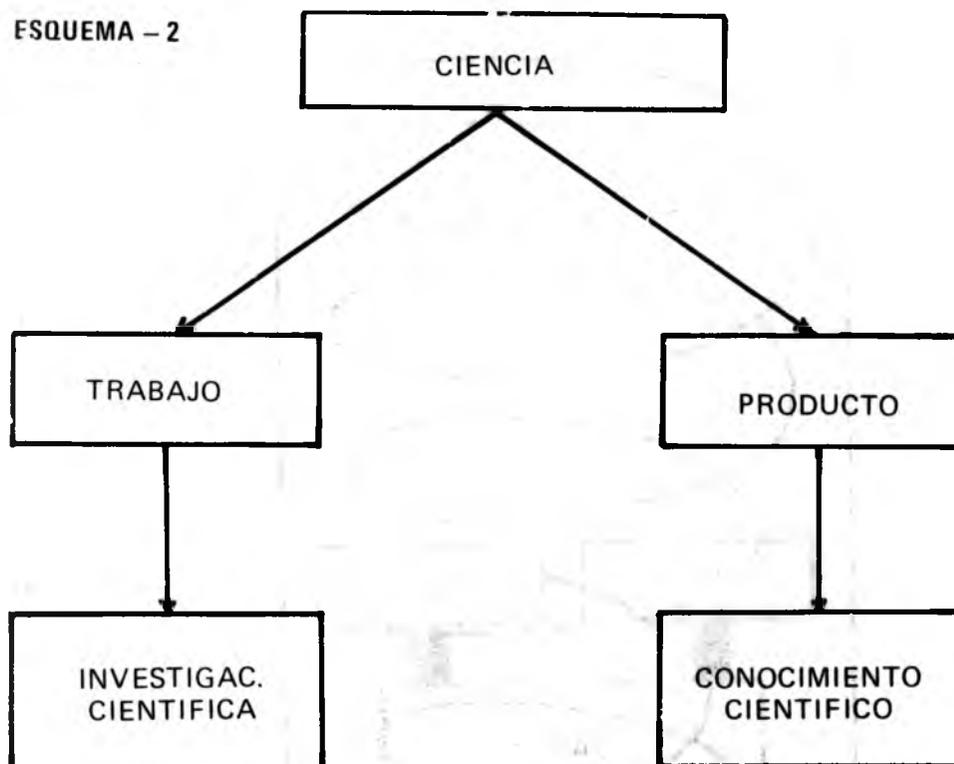
3.- H. SILVA. *Simplificación y Desmonopolización.*

(\*) Primer Curso Internacional de Administración de Recursos Humanos para Odontología (Instituto de Recursos Odontológicos del Area Andina XII – 1975 – Quito – Ecuador.

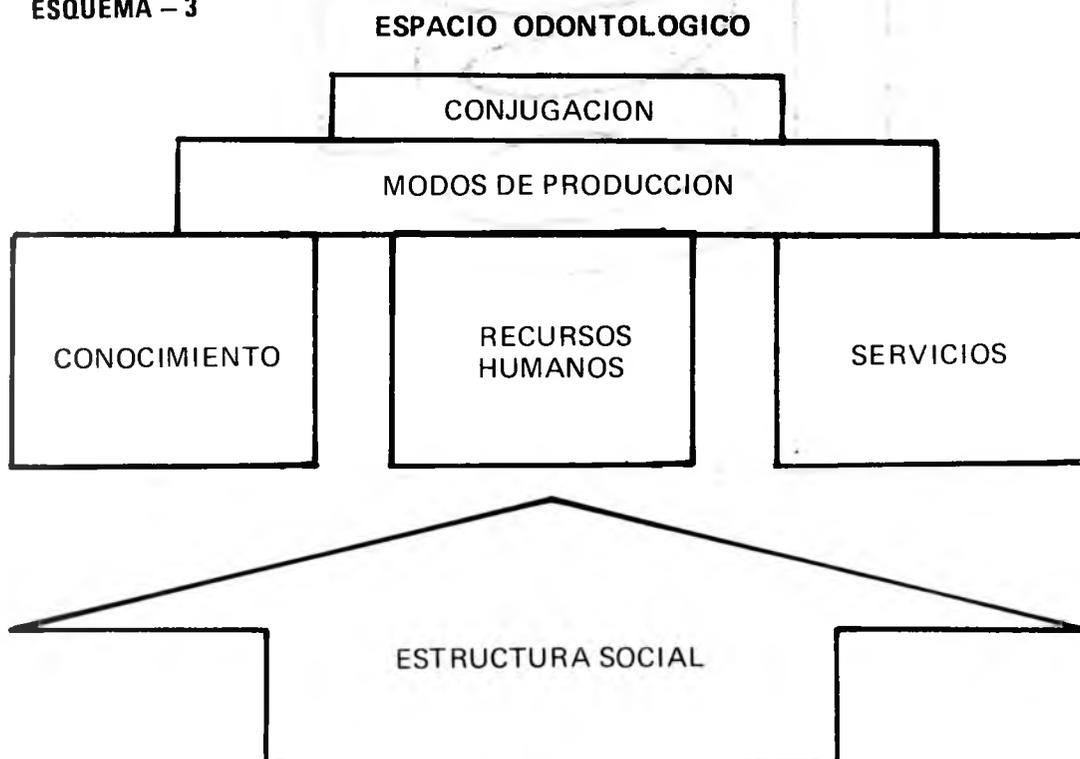
ESQUEMA



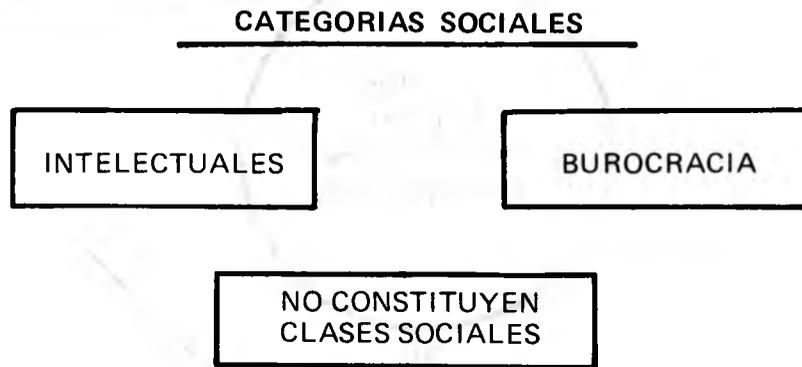
ESQUEMA - 2



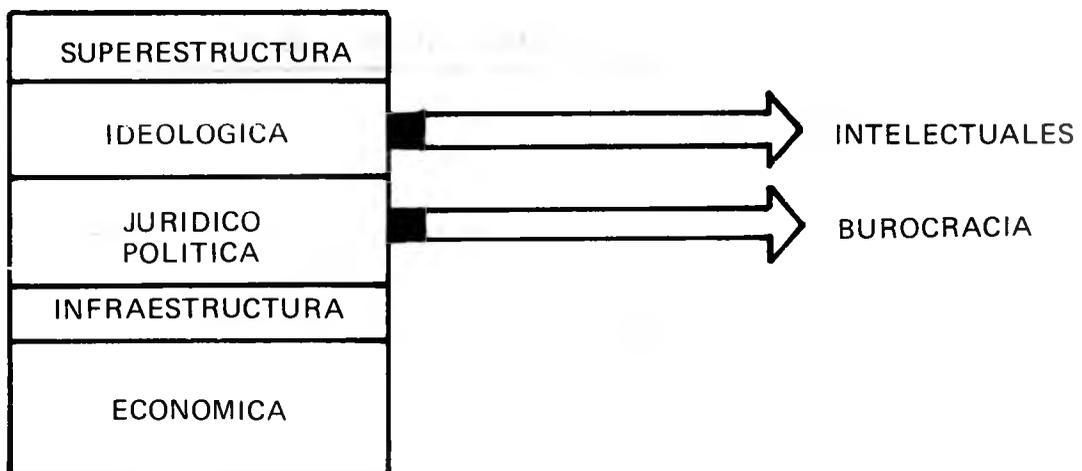
ESQUEMA - 3



**ESQUEMA – 5**

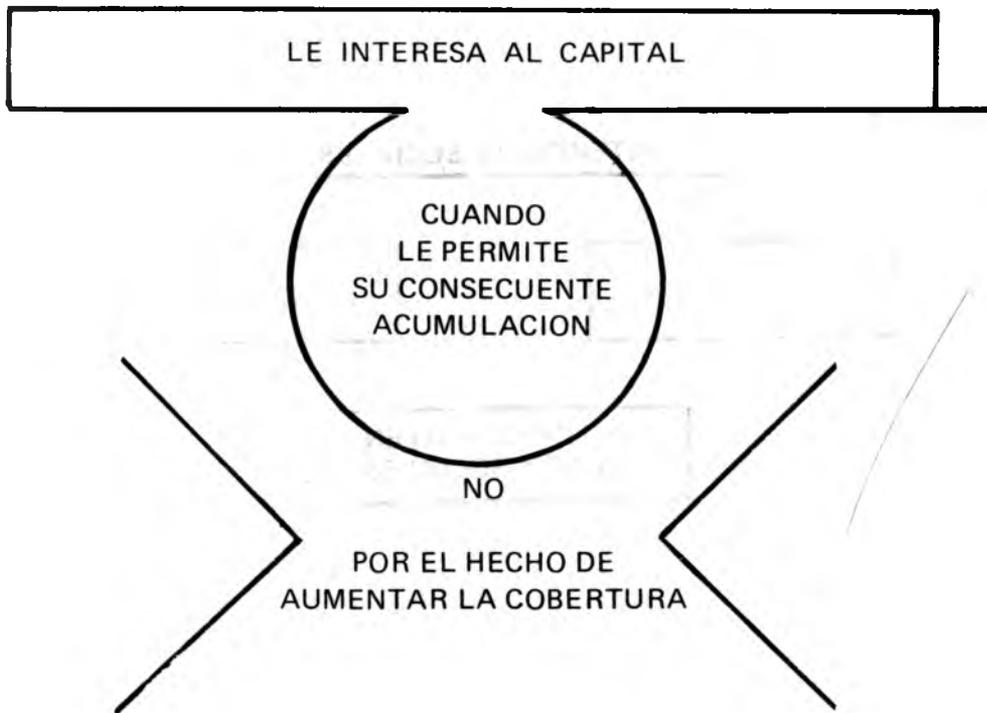


**ESQUEMA – 6**

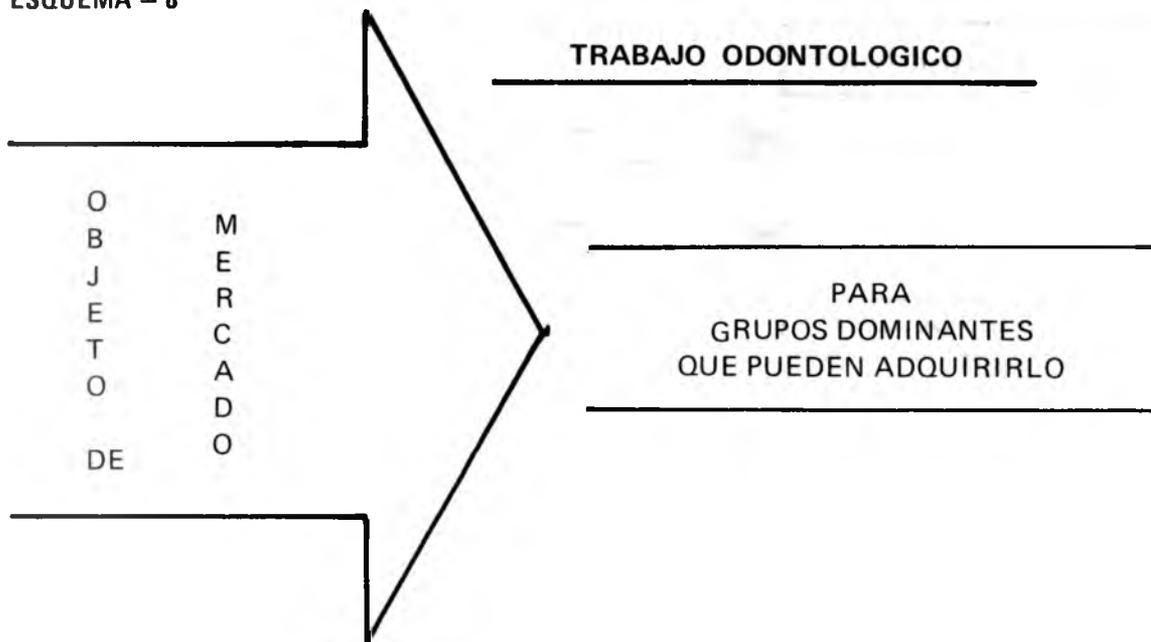


ESQUEMA - 7

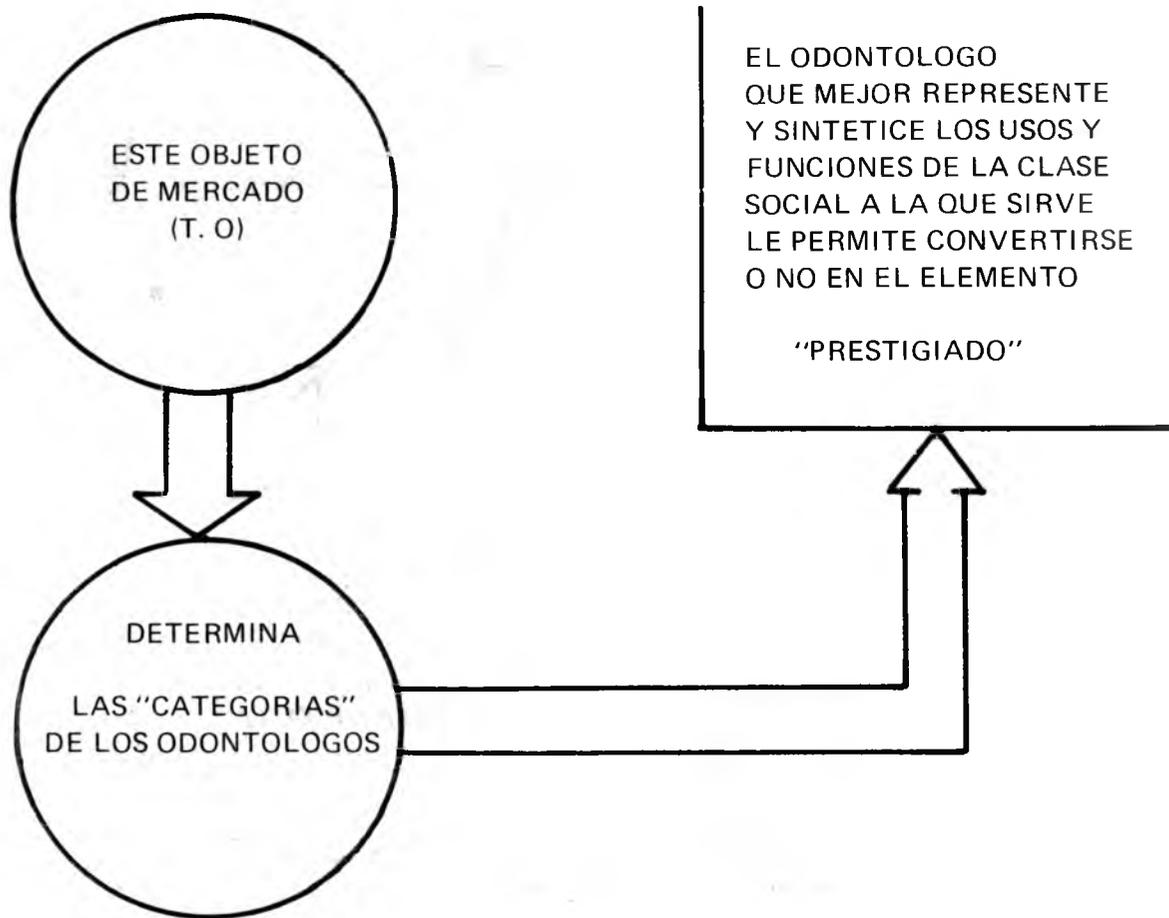
SIMPLIFICACION



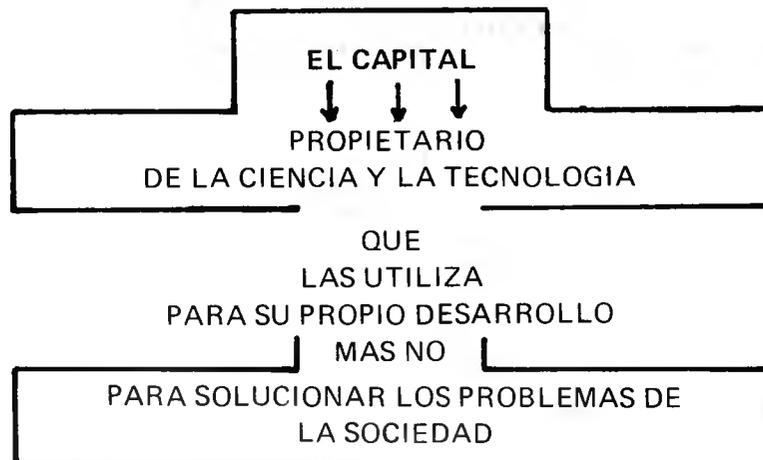
ESQUEMA - 8



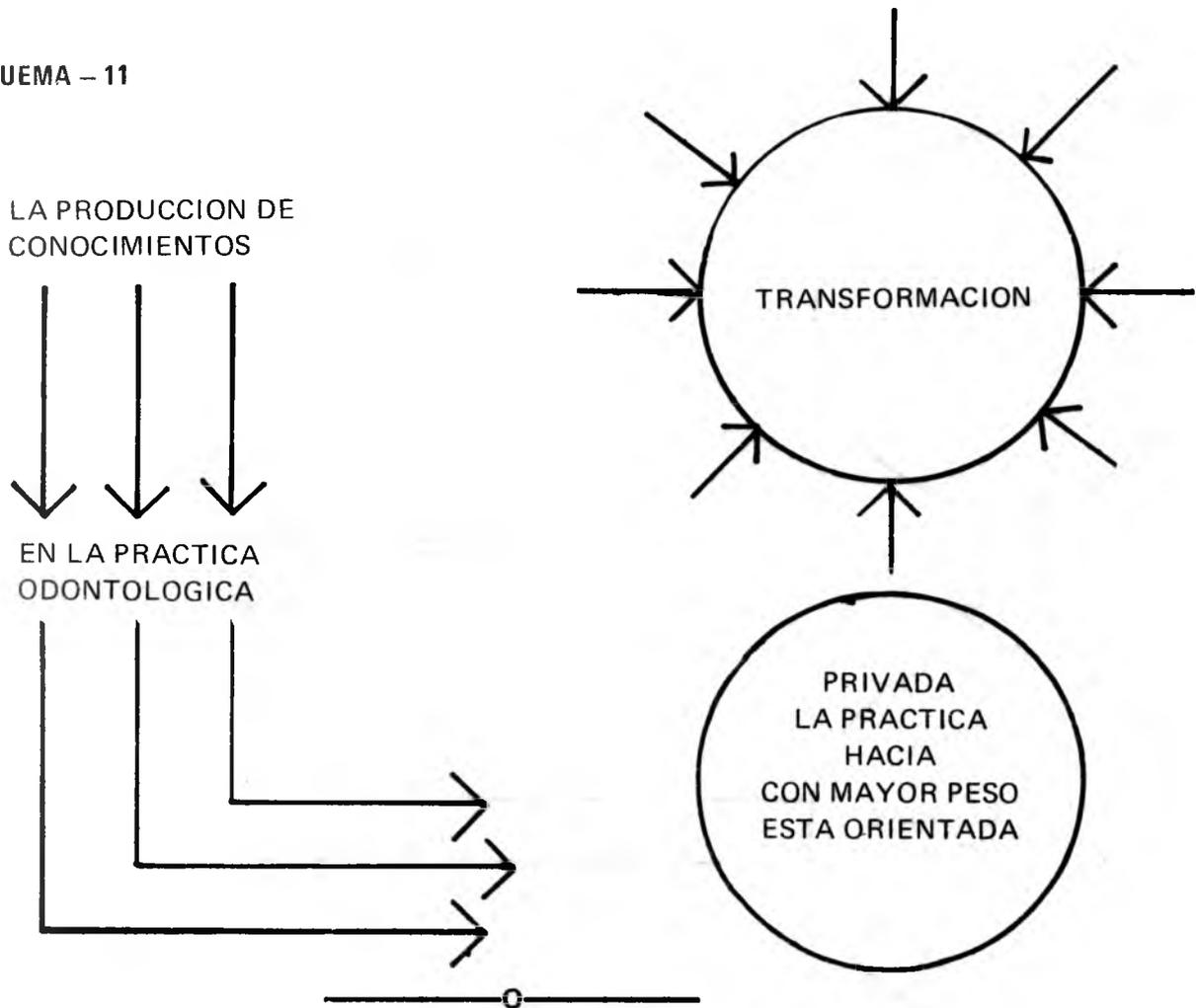
ESQUEMA - 9



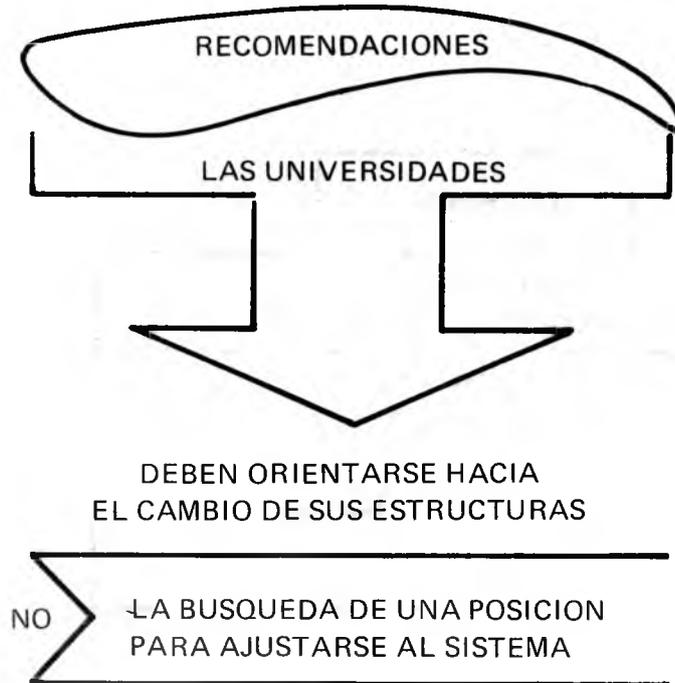
ESQUEMA - 10



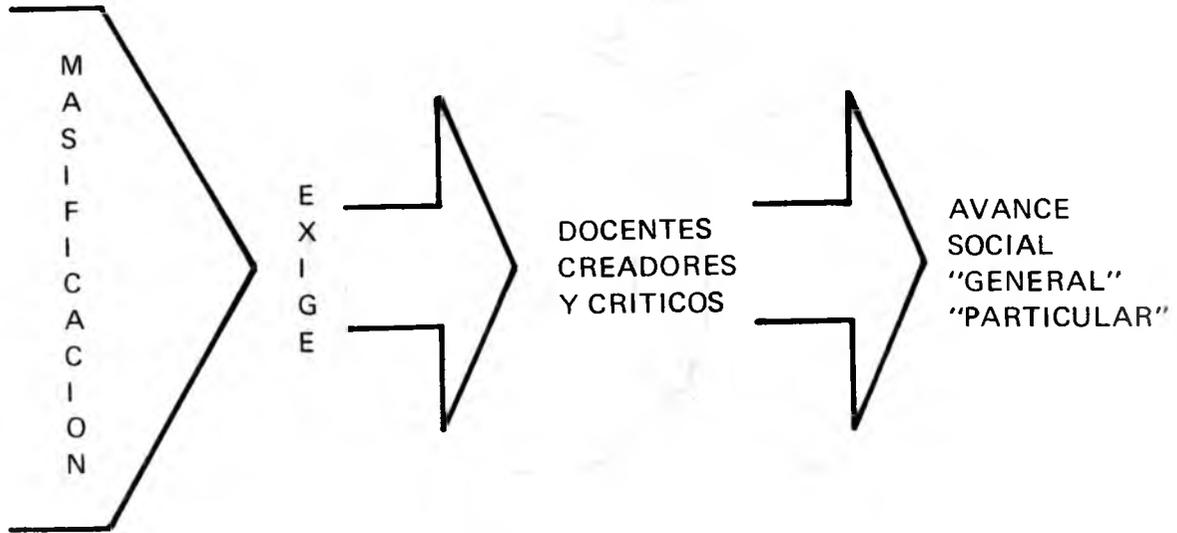
ESQUEMA – 11



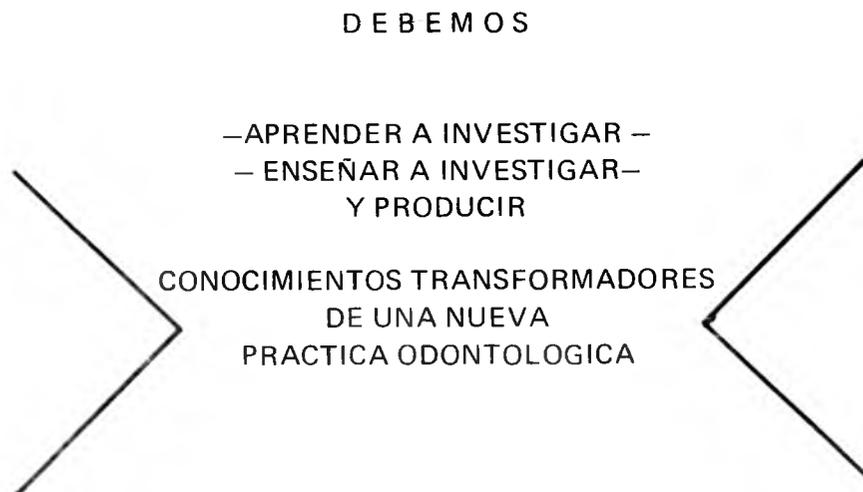
ESQUEMA – 12

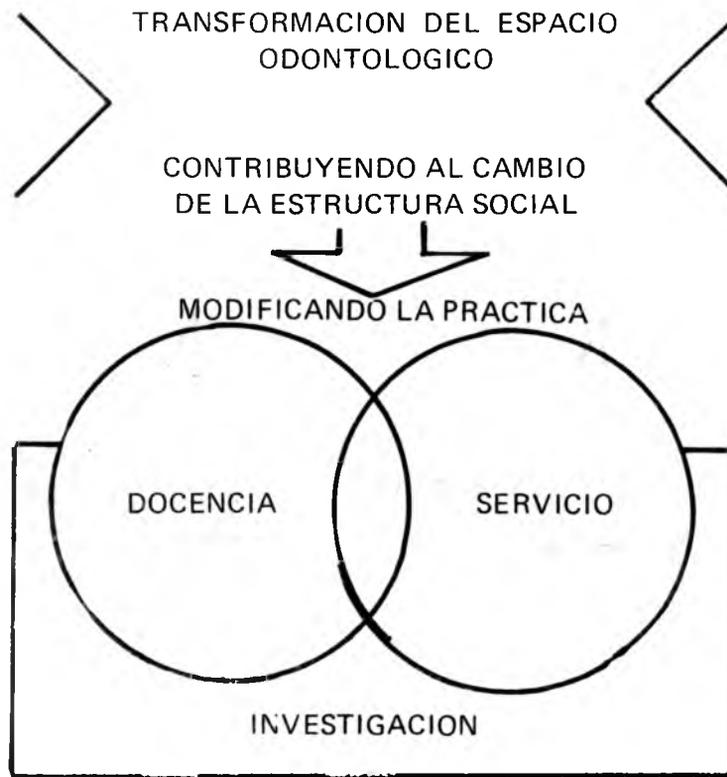


ESQUEMA – 13



ESQUEMA – 14





---

**TEMA III**  
**LA PRODUCCION DE CONOCIMIENTOS**  
**PARA LA PRACTICA ODONTOLOGICA DE AMERICA LATINA**



## “LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTOS PARA LA PRACTICA ODONTOLÓGICA EN AMÉRICA LATINA”

Ponencia del *Dr. Jorge Izquierdo*  
Departamento de Odontología  
Universidad Peruana Cayetano Heredia  
Lima – Perú

### I. INTRODUCCION.

La presente “*Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología*”, auspiciada por la UDUAL, ha sido convocada para abordar un tema general bastante explícito, que literalmente propone: “*hacia una nueva Odontología Latinoamericana*”. Es evidente que se trata de un esfuerzo orientado hacia el cambio; es decir, se parte de una posición de rechazo al orden actual –supuestamente por inadecuado e injusto– y se propugna por la búsqueda de nuevos horizontes para la odontología latinoamericana. Siendo la intención del certamen suficiente clara, es necesario ahora proceder a definir que tipo de cambio se desea y analizar los caminos posibles para lograrlo.

A los ponentes del día de hoy nos corresponde abordar “*La Producción de Conocimientos para la Práctica Odontológica en América Latina*”. Es decir, la problemática de la investigación científico–odontológica en nuestros países. Para iniciar la presente ponencia, se ha creído conveniente revisar en primer lugar, algunas consideraciones generales acerca de la estructura de la sociedad y la situación actual en América Latina, con el propósito de esclarecer y de limitar el ámbito en que se desenvuelve el tema y comprender la lógica que sustenta las sugerencias que se plantean más adelante. A continuación, la ponencia analiza algunos aspectos esenciales de la producción de conocimientos en el campo de la salud en latinoamérica. Finalmente, se propone un conjunto de lineamientos para el desarrollo de una alternativa de producción científica en el campo odontológico.

### II CONSIDERACIONES GENERALES.

El conocimiento científico es uno de los productos más elaborados del trabajo del

hombre. En su acepción más amplia, el conocimiento científico es la resultante teórica del trabajo inquisitivo y creador desarrollado por la especie humana a lo largo de la historia. Generado a partir del conocimiento popular y empírico, se ha elevado por sobre éste mediante la indagación racional sistematizada, hasta convertirse en un componente fundamental del proceso de desarrollo de la humanidad. (7)

Como todo trabajo, la producción de conocimientos está enmarcada y determinada por la estructura socioeconómica. Tal determinación tiene un carácter permanentemente dinámico. Así, es bien sabido que las concepciones que han predominado a través de las distintas etapas de la historia, han sido las concepciones de la clase dominante; esto, independientemente de que se tratara de las leyes generales que rigen el universo, o de procesos particulares, naturales o sociales. Sin embargo, a pesar que las concepciones de la clase dominante han sido tradicionalmente impuestas como válidas para toda la sociedad, en cada etapa histórica ha emergido el correspondiente contrario dialéctico; en otras palabras, inexorablemente surgen y desarrollan las concepciones que representan la posición de las clases dominadas.

La contienda ideológica en el campo del conocimiento es una de las diversas manifestaciones de un proceso mucho más amplio: la lucha de clases. La coexistencia de concepciones cuyas cargas ideológicas son fundamentalmente antagónicas, explica, en gran medida, por qué los fenómenos del universo son frecuentemente susceptibles de interpretaciones discrepantes entre sí. (3, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15).

Como consecuencia de lo mencionado, es fácil deducir que si no se identifica la existencia de dos posiciones objetivamente contrarias en el proceso de producción de conocimientos, se corre el riesgo de caer en ambigüedades, ya que cada término podría tener significados diametralmente opuestos, según la carga ideológica que se le atribuya. Para atenuar ese riesgo, es conveniente hacer algunas precisiones que permitan dilucidar la naturaleza, alcances y posiciones en torno al tema en debate.

#### **Acerca de la Estructura de la Sociedad.**

Las sociedades no constituyen agregados de personas uniformemente distribuidas. Las relaciones de producción vigentes en cada sociedad determinan una estructura, dentro de la cual se identifican dos clases sociales fundamentales: la clase dominante y la clase dominada (Figura No. 1). La relación que existe entre ambas es estrictamente antagónica, configurando una rigurosa unidad dialéctica de contrarios: la riqueza de la clase dominante proviene de la explotación que esta ejerce sobre la clase dominada.

Para llevar a efecto la explotación mencionada, la clase dominante utiliza todas las formas de poder, especialmente el poder político, económico y militar (Figura No. 2). Además de las dos clases fundamentales, existe un estrato intermedio que en la sociedad capitalista corresponde a la pequeña burguesía, comunmente conocido como "*clase media*" (Fig. 3). La existencia y ubicación de dicho estrato no constituyen interferencia para la hegemonía de la clase dominante, sino, por el contrario, un facilitador (Figura No. 4). Por su importancia para la presente discusión volveremos a este

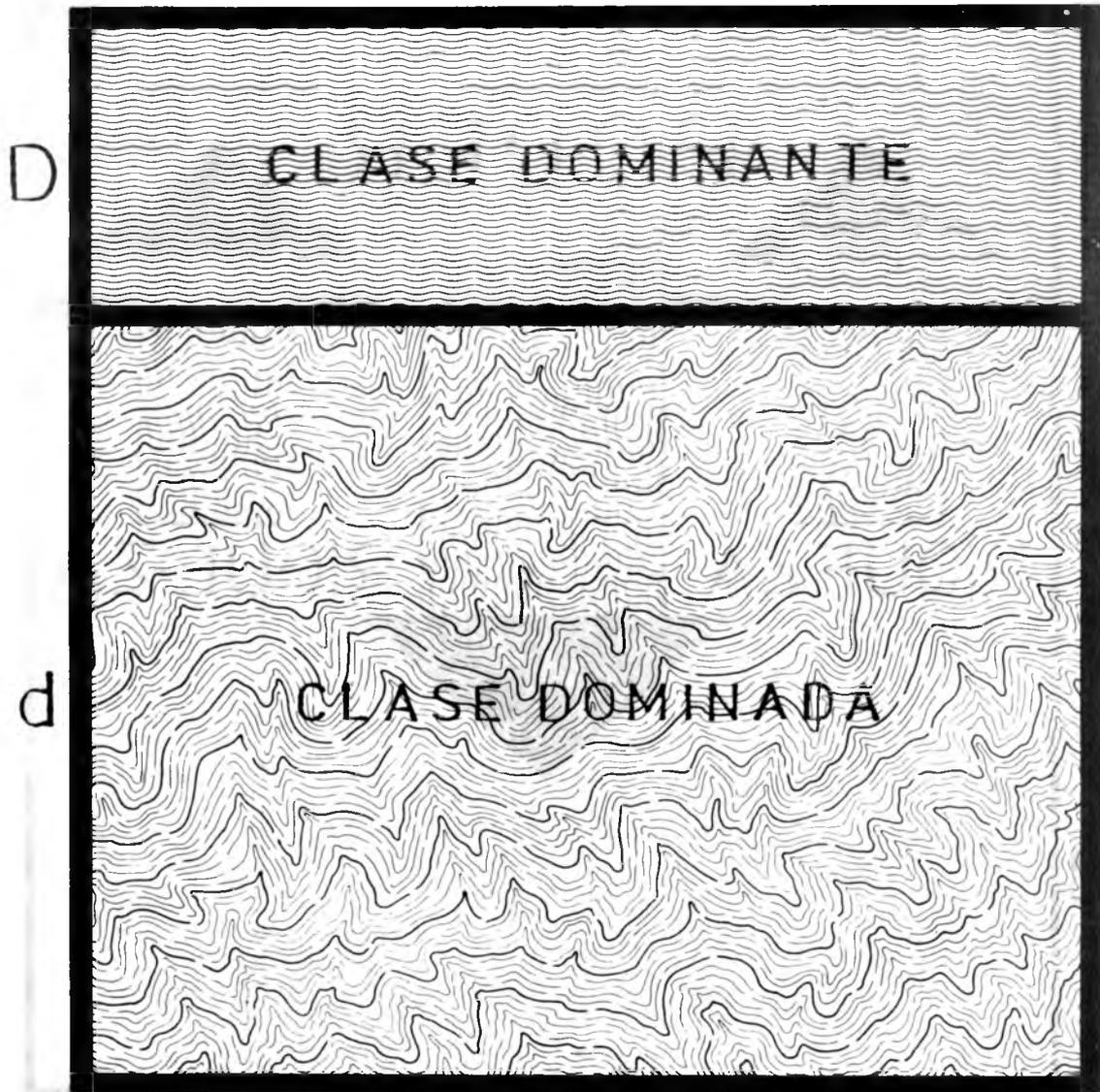


Fig. No. 1

El esquema muestra una representación simbólica simplificada de la estructura de la sociedad, en la que se aprecian las dos clases fundamentales: dominante y dominada.

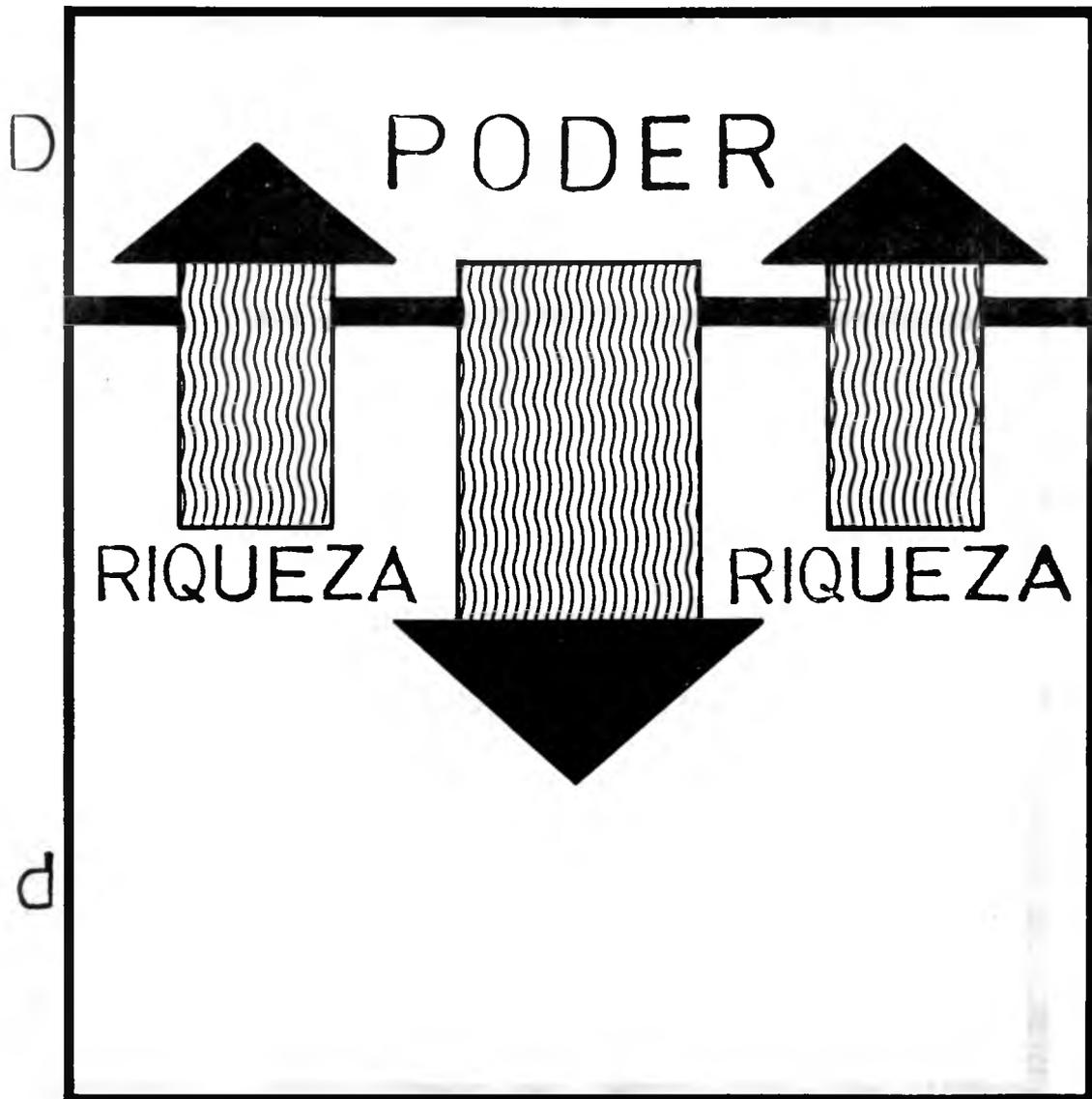


Fig No. 2

Las dos clases fundamentales tienen intereses antagónicos: la clase dominada extrayendo la riqueza generada por esta, para lo cual se vale de las distintas formas de poder. El conjunto formado por ambas clases constituye una unidad dialéctica de contrarios.

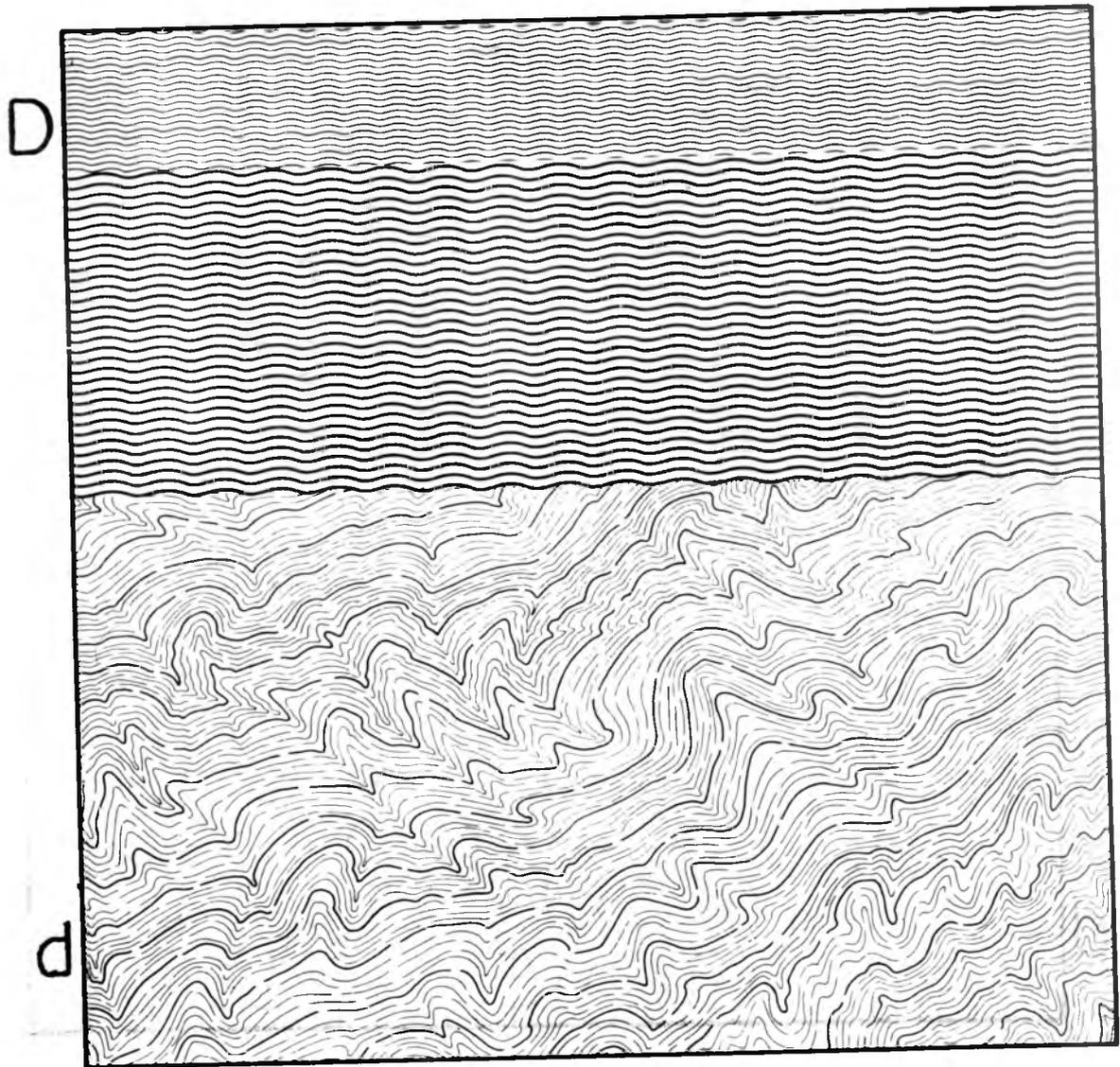


Fig. N. 3

En la sociedad capitalista, entre las dos clases fundamentales existe un sector intermedio, la pequeña burguesía, comúnmente conocida como "clase media", cuyas características corresponden en parte a la burguesía y en parte al proletariado.

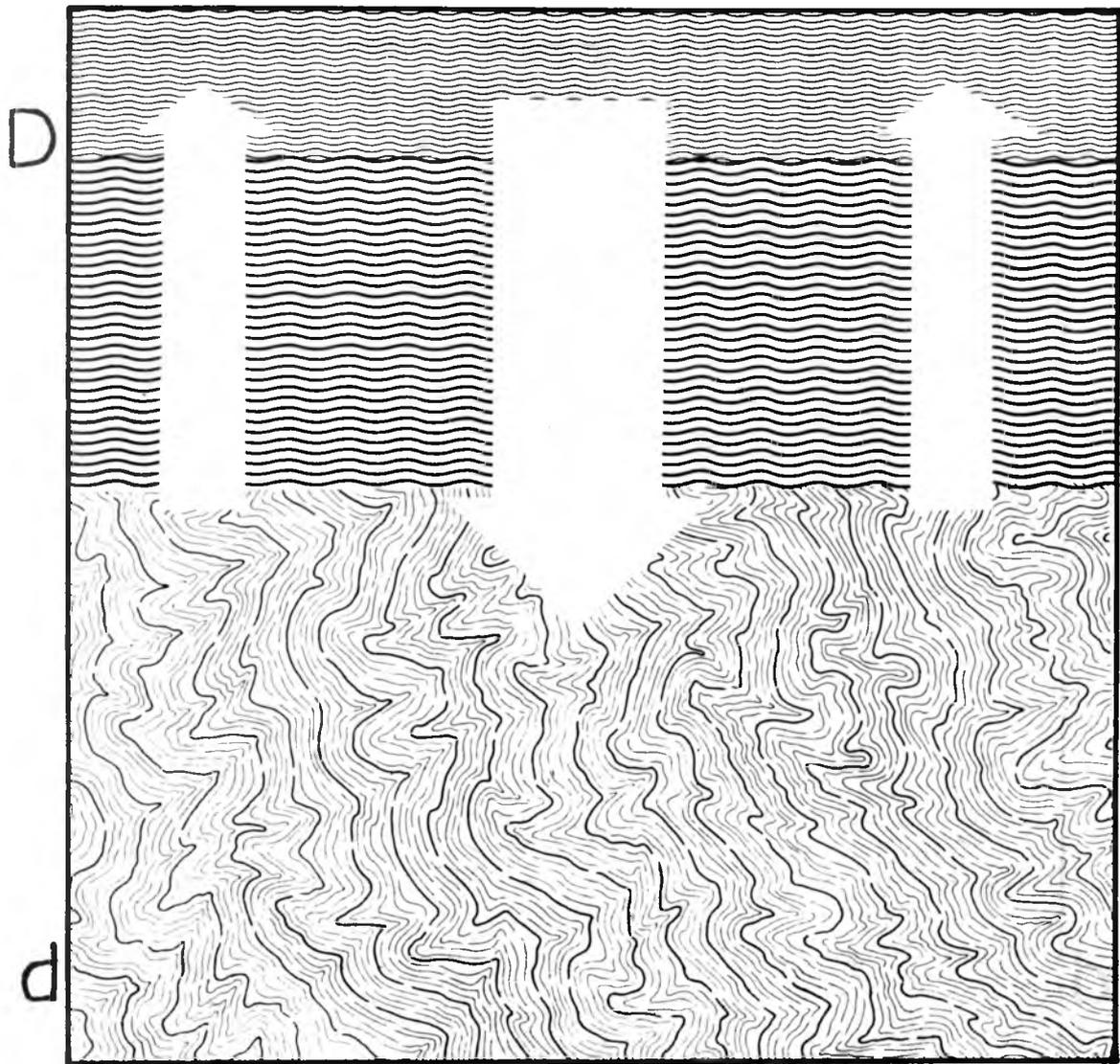


Fig. No. 4

La presencia de la pequeña burguesía entre las dos clases fundamentales no interfiere con la dominación y explotación que la burguesía ejerce sobre el proletario. Por el contrario, dicho sector generalmente, actúa como un intermediario facilitador y amortiguador en la explotación.

estrato más adelante; por el momento, la discusión se centrará en torno a las dos clases fundamentales.

Innumerables ejemplos de la historia demuestran que para defender los intereses de la clase dominante, se llegaron a fraguar los más ingeniosos argumentos, al extremo de pretenderse que la explotación de unos en beneficio de otros sería inevitable; una suerte de "*derecho divino*" de castas privilegiadas. Gracias a la utilización de tales argumentos, debidamente reforzados por la aplicación de las distintas formas de poder, la sociedad estructurada en clases antagónicas logró persistir durante varias etapas del proceso histórico (Figura No. 5).

En la segunda mitad del siglo XIX, se produjo una serie de eventos que dieron un giro sin precedente al curso de la historia. Marx y Engels desarrollaron el método dialéctico materialista aplicado a la historia, el cual, a través de los tiempos ha sido conocido como "*marxismo*". Como resultado de dicho trabajo, se logró avanzar en el esclarecimiento de las leyes objetivas que rigen el desarrollo de la sociedad y los grupos que la conforman, superando la visión arcaica —hasta entonces vigente— según la cual la historia era un recuento de incidentes, conectados entre sí por la cronología y los detalles anecdóticos. De los múltiples aportes derivados del materialismo histórico, extraeremos aquello de interés para la presente discusión.

Posiblemente el aporte más importante del materialismo histórico ha sido esclarecer que la sociedad es un ente dinámico en continuo proceso de desarrollo, proceso en el cual se producen luchas generadas por causas fundamentalmente económicas, las mismas que repercuten en todos los campos de la actividad humana. La lucha principal es la que sostienen las clases sociales antagónicas. Sin embargo, con frecuencia se producen luchas secundarias, ya sea entre facciones de la clase dominante que disputan el poder, o entre tendencias que surgen en el seno de la clase dominada tratando de dirigir la lucha de liberación.

En su mínima expresión, la lucha de clases es una confrontación entre fuerzas sociales de sentido contrario: unos tratando de preservar el orden vigente, las otras tratando de transformarlo (Figura No. 6). Al pugnar por su liberación, las clases dominadas actúan como la fuerza motriz que obliga a la clase dominante a movilizarse represivamente en defensa de sus intereses, poniéndose así en marcha las gigantescas ruedas de la historia (Figura No. 7). La objetividad de tal proposición sirvió de fundamento para la formulación y verificación de hipótesis generales de la historia, coherentes con los hechos particulares acontecidos en diversas partes del mundo, en distintas etapas. Como consecuencia, la historia ingresó definitivamente al campo de las ciencias.

Ahora bien, al señalarse el sentido liberador de la lucha de clases, se hizo evidente que los hombres tienen la capacidad de poder influir concientemente sobre el curso de su propio destino histórico. Que no se trata de destinos predeterminados, sino de un proceso que se va desarrollando y definiendo día a día. Por ello, el materialismo histórico se convirtió en un instrumento orientador en la lucha por la superación de la humanidad, proporcionando el sustento científico con el cual se formularon los linea-

Fig. No. 5

El esquema señala las distintas etapas del proceso histórico en las que la sociedad ha persistido estructurada en dos clases antagónicas fundamentales.

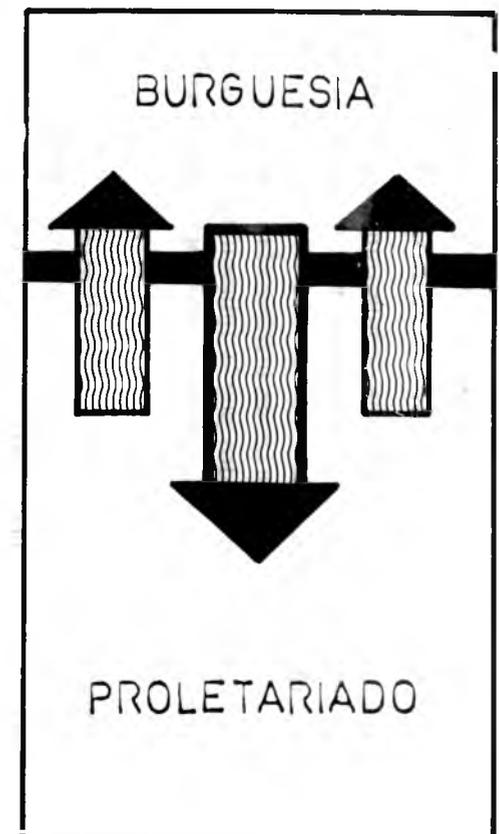
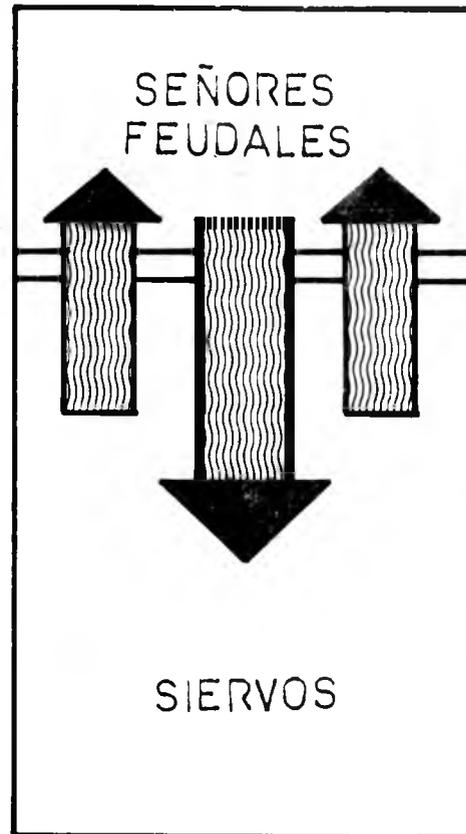
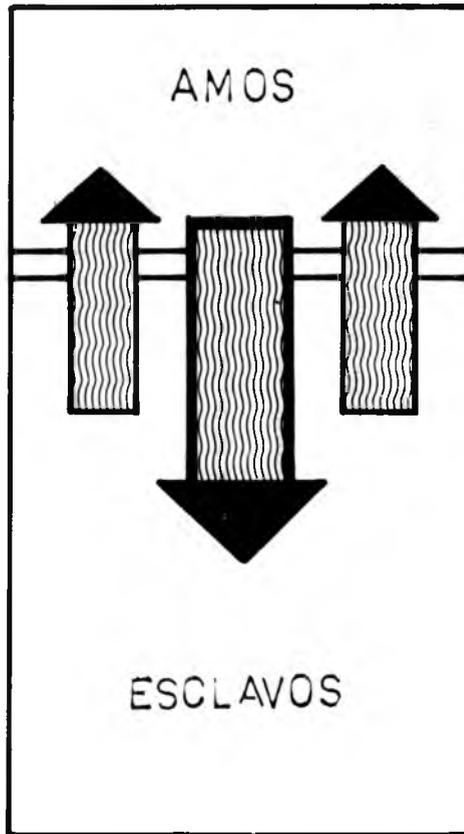
ESCLAVITUD



FEUDALISMO



CAPITALISMO



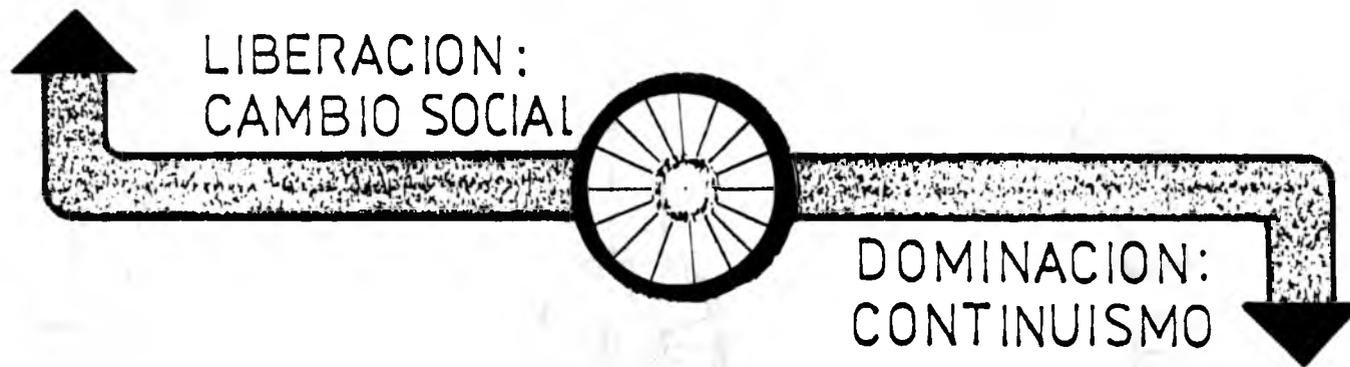


Fig. No. 6

Característica esencial de la sociedad estructurada en clases antagónicas es la confrontación de fuerzas sociales de sentido contrario: aquellas que tratan de preservar el orden vigente (fuerzas de dominación) frente a aquellas que tratan de transformarlo (fuerzas de liberación).

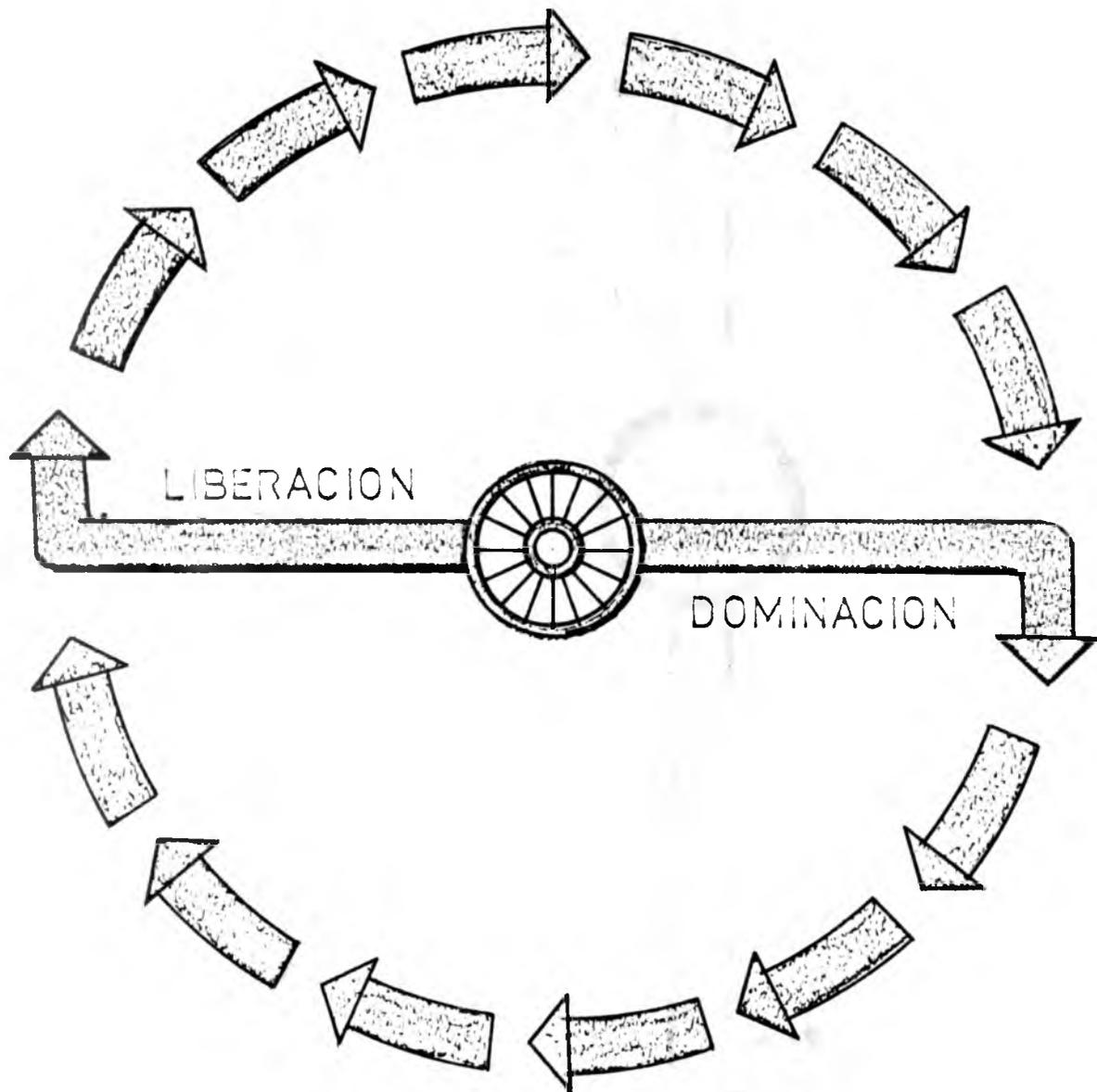


Fig. No. 7

La movilización de la clase dominada a tratar de reprimir dichas movilizaciones. Configurada así como un par de fuerzas de sentido contrario, la lucha de clases representa la fuerza motriz que impulsa el desarrollo de la historia.

mientos para la transformación de la sociedad. Tales lineamientos señalan que el derrotero a seguir debe ser el de impulsar la organización política del proletariado, para que este capture el poder y asuma la conducción de la sociedad hacia una estructura más justa: la sociedad sin clases (Figura No. 8).

Cien años después de su aparición, el legado de Marx y Engels ha probado ser rigurosamente científico. Conforme ellos vislumbraron, el proletariado ha venido luchando exitosamente por su liberación y, por ende, por el perfeccionamiento de la sociedad. Actualmente, más del 60% del total de la humanidad avanza ya por el sendero hacia la sociedad sin clases.

### **Situación Actual en América Latina.**

Corresponde ahora analizar brevemente la situación concreta de América Latina. Al efectuar un corte histórico, en 1980, encontraremos que Latinoamérica no constituye un bloque de países socioeconómicamente uniformes. Existen dos situaciones bien diferenciadas. Por un lado, la mayoría de países presentan relaciones capitalistas de producción. Por otro lado, Cuba ha logrado avanzar en el desarrollo de relaciones socialistas de producción y Nicaragua está dando pasos importantes en la misma dirección.

Es probable que al término del presente siglo, el panorama global de América Latina sea muy diferente al actual, pues la proporción de países que avanzan al socialismo seguirá aumentando. La revolución cubana, la reciente victoria de la revolución popular en Nicaragua y la agudización de la lucha de liberación en El Salvador, demuestran que se trata de un proceso objetivo en marcha. Tales eventos son coherentes con lo que ha venido ocurriendo durante las últimas dos décadas en Asia y África, y ratifican la corrección de los postulados del materialismo histórico.

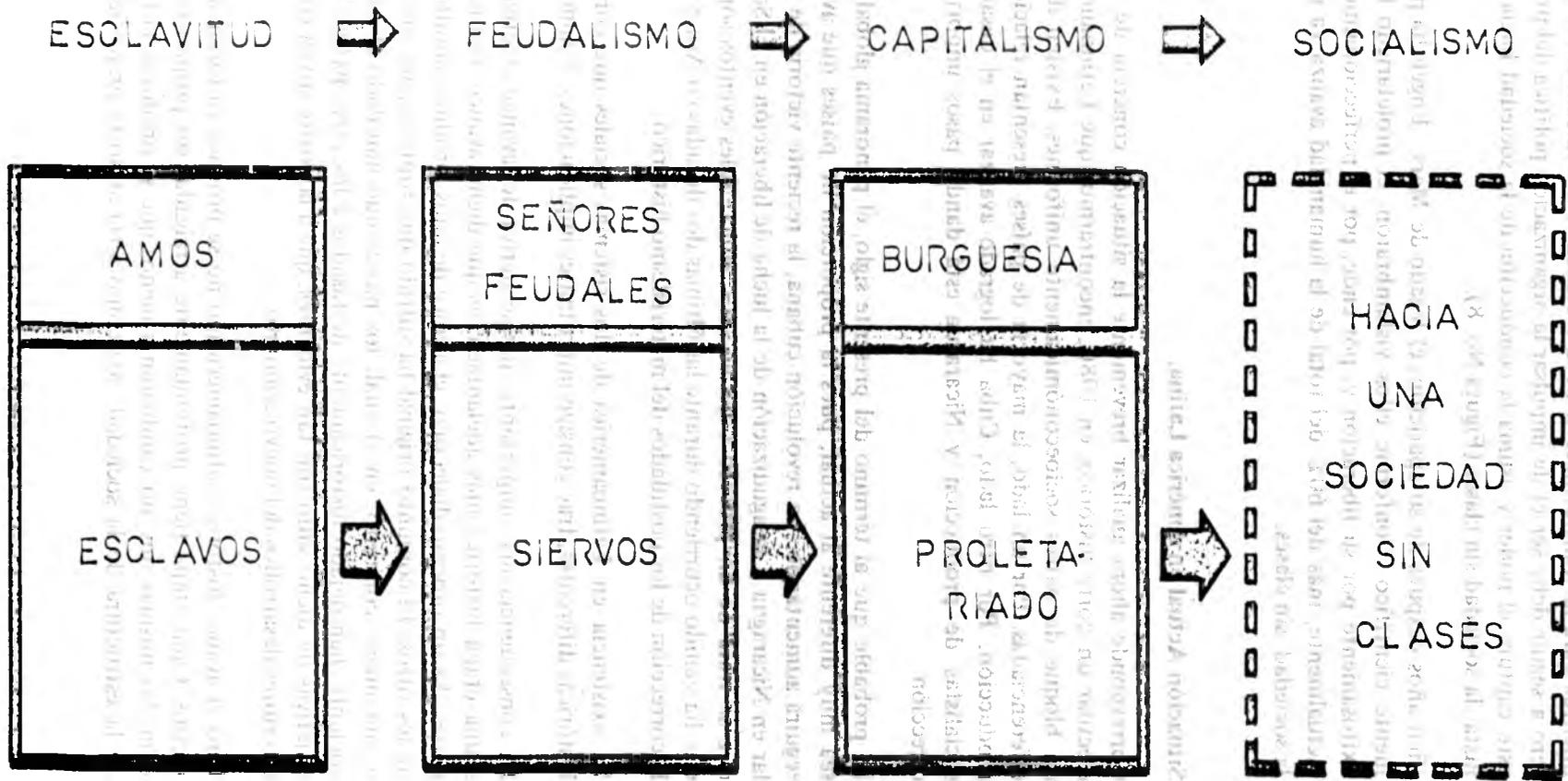
La existencia en Latinoamérica de dos sistemas sociales que corresponden a etapas históricas diferentes, trae consigo importantes implicaciones. Veamos.

La consecuencia más importante que se deriva del avance efectuado por unos países a una etapa histórica más adelantada, es que dicho avance deja rezagados a los otros países. Es un proceso dialéctico: el avance de unos, produce simultáneamente el rezago de los otros. El conjunto original ha sufrido una ruptura para dar lugar a la formación de un nuevo conjunto, en el cual, los países que han dado el salto cualitativo hacia adelante, han dejado históricamente desfasados a los otros países. Las manifestaciones objetivas de dicho salto son tan evidentes, que a la postre sirven como catalizadores de ulteriores desarrollos del nuevo conjunto.

Pero el avance histórico latinoamericano no se produce en forma automática, ni mecánica. Cada etapa tiene profundamente arraigadas sus propias relaciones de producción, las mismas que no cambiarán a menos que se produzca la transformación total de la estructura de la sociedad. Así como sería absurdo pretender que la etapa de la

Fig. No. 8

La propuesta fundamental derivada del Marxismo es la lucha por la construcción de la sociedad sin clases.



esclavitud se hubiera caracterizado por presentar relaciones feudales de producción, es igualmente absurdo pretender que los gobiernos de los países capitalistas quieran realmente, o puedan, desarrollar programas tendientes a la distribución equitativa de la riqueza que corresponden a relaciones socialistas de producción. Es importante no perder de vista que entre una etapa y la otra, media todo el proceso complejo y violento de transformación social.

En tal contexto, es evidente que mientras en la mayoría de países latinoamericanos persista la estructura social capitalista, será utópico intentar la aplicación de programas integrales de bienestar colectivo, pues la propia estructura del sistema se lo impide. Cuando surgen proposiciones de ese tipo en nuestros países —ej. sistema único de atención para la salud; reforma de la educación para hacerla igualitaria y democrática; etc.— en la mayoría de los casos no se trata de ingenuos o confundidos que han caído en la utopía, sino de hábiles manipuladores, que valiéndose de ofrecimientos demagógicos, logran desorientar temporalmente a los sectores populares, a pesar que saben muy bien, desde un inicio, que los ofrecimientos de “*justicia social*” dentro del sistema jamás podrán llevarse a cabo. En última instancia, el verdadero alcance de las manipulaciones demagógicas, al igual que de las proposiciones utópicas, es contribuir a mantener el orden socioeconómico vigente.

Otro aspecto sujeto a frecuentes manipulaciones es el que se refiere a la información. Organismos interesados difunden datos que a pesar de ser válidos en sí mismos, han sido sutilmente organizados y presentados en forma que generan percepciones distorsionadas en el lector. Dicha información generalmente es elaborada con rigurosidad técnica, por lo cual tiende a ser reproducida sin vacilación ni crítica por organismos nacionales y medios de difusión. A manera de ejemplo señalaremos un cuadro extraído de un artículo aparecido recientemente en el periódico dominicano “*Listín Diario*” (Cuadro No. 1) (9).

En el citado cuadro se presenta la tasa de mortandad infantil entre 1 y 4 años en América Latina. Conforme se puede apreciar, la información aparece como un simple listado de países latinoamericanos; se omite cualquier alusión a los sistemas socioeconómicos correspondientes. Los datos así presentados tienden a dar una imagen distorsionada, pues, Cuba aparece como un país más del grupo, como si fuera puramente casual que tiene la menor mortalidad infantil del continente. Lo esencial, la estructura socioeconómica que explica el por qué de tal situación, ha sido soslayado. Esta es una maniobra típica de los organismos transnacionales que actúan bajo la dirección de los países dominantes.

### III LA PRODUCCION DE CONOCIMIENTOS EN EL CAMPO DE LA SALUD EN AMERICA LATINA.

Como es de suponer, la investigación científica en nuestros países no escapa a la determinación histórica. Por el contrario, esta se desenvuelve en fiel concordancia con las

CUADRO No. 1

TASA DE MORTANDAD INFANTIL ENTRE 1 y 4 AÑOS – 1978–

P A I S E S	POR CADA MIL NIÑOS
Haití	23
Bolivia	22
Nicaragua	17
Perú	16
Guatemala	15
Honduras	14
Ecuador	10
R. Dominicana	10
Colombia	9
Brasil	9
Paraguay	8
El Salvador	8
México	6
Chile	5
Venezuela	5
Panamá	3
Jamaica	3
Trinidad y Tobago	3
Costa Rica	3
Uruguay	3
Argentina	3
Cuba	1

leyes objetivas que rigen los procesos sociales del continente. Así, el modelo de sociedad que actualmente predomina en Latinoamérica, capitalista–subdesarrollado–dependiente–con clases sociales antagónicas, fomenta una investigación orientada a comprender y resolver los problemas de la clase dominante; al mismo tiempo, soslaya, desalienta y desvirtúa el desarrollo de una investigación liberadora, comprometida con el bienestar de los inmensos sectores explotados de la sociedad.

El campo de la investigación biomédica sirve como excelente ejemplo para demostrar la validez de las consideraciones previamente mencionadas. Esta investigación es evidentemente escasa, dispersa y en su mayor parte dependiente. Lo poco que se hace responde principalmente a la influencia de los países desarrollados, aludiendo sólo periféricamente a la problemática de los ámbitos nacionales y latinoamericano.

Sobre el particular, J. D. Bernal señala que:

*"En 1960, el número de investigadores existentes en América Latina y en Africa, en conjunto, no alcanzaba el número existente en Holanda. El 90% de trabajadores científicos formales estaba concentrado en escasos kilómetros alrededor de los centros metalúrgicos, industriales y portuarios"* (1).

En lo referente al campo específico de la salud bucal en América Latina, la producción de conocimientos es realmente exigua. Una muestra reveladora de ello es el estudio de Finkelman y Valdospino acerca de la investigación médica en México (16). En el citado estudio, los proyectos de investigación odontológica no llegaban al 1% del total de proyectos en el campo de la salud (Cuadro No. 2). Ante tal evidencia no hacen falta comentarios; las cifras hablan por sí solas.

CUADRO No. 2

PROYECTOS DE INVESTIGACION EN EL CAMPO DE LA SALUD  
MEXICO (1974)

A R E A S	NUMERO DE PROYECTOS	%
Ciencias Básicas	657	13.15
Clínico-Quirúrgicas	3502	70.11
Microbiológico-parasitológicas	183	3.66
Odontología	44	0.88
Medicina Veterinaria	67	1.34
Salud Pública y Medicina del trabajo	304	6.09
Educación Médica	6	0.12
<b>TOTAL</b>	<b>4995</b>	<b>100.00</b>

Elaborado en base a datos de:

-FINKELMAN, J. y VALDOSPIÑO, J.: *"La Investigación Médica en México"*; Departamento de Investigación en Salud Pública del I.M.S.S.

Retornando al análisis cualitativo de las investigaciones biomédicas en América Latina, es conveniente revisar la información relacionada con la malnutrición, por tratarse de un problema que permite identificar fácilmente las repercusiones que la sociedad de clases tiene en la producción y distribución de la salud-enfermedad en los grupos poblacionales. La malnutrición, cuando es considerada en forma general, afecta tanto a los países desarrollados como a los subdesarrollados. Por consiguiente, si el asunto es

planteado globalmente, podría concluirse que no existe correlación entre la malnutrición y el grado de desarrollo económico de los países. Sin embargo, basta un somero análisis de lo que sucede al interior del continente para comprobar que tal conclusión es errónea. Veamos.

Como es bien sabido, la mayoría de problemas relacionados con malnutrición, se deben a desbalances en la ingesta, ya sea por exceso o por deficiencia. En los países capitalistas desarrollados (ej. Estados Unidos de Norteamérica), uno de los principales problemas de salud es el de las enfermedades cardiovasculares, generalmente relacionadas con sobrealimentación. En marcado contraste, los países latinoamericanos de la esfera capitalista tienen entre sus grandes problemas de salud la desnutrición y sus complicaciones, debidas fundamentalmente a la subalimentación, derivada de las paupérrimas condiciones de vida de los grandes sectores explotados. Son dos caras muy diferentes de la malnutrición.

Este acentuado contraste entre países, según el poderío económico y político que tienen en el ámbito internacional, es cualitativamente similar al que se produce al interior de casi todos los países Latinoamericanos. Las familias pertenecientes a las clases dominantes, por un lado, y las de los sectores oprimidos (obreros, campesinos, desempleados, etc.), por otro lado, presentan patologías bastantes diferenciadas, reflejando en su estado de salud los efectos de la injusta distribución de la riqueza.

En su libro *"La Miseria en Venezuela"*, M. Chossudovsky ofrece un documentado alegato sobre esta situación (2). Solo como ejemplo reproducimos algunos resultados extraídos de un estudio en el que se investigó el déficit o excedente en el consumo de calorías y proteínas en función de la escala de ingresos (Cuadro No. 3).

Conforme los datos señalan, es evidente que existe una relación inversa entre la escala de ingresos y el consumo de calorías y proteínas. El detalle dramático de tales datos es la indicación que en Venezuela más del 70% de la población no alcanza los requerimientos mínimos de calorías y aproximadamente 44% sufre el déficit proteínico.

Los estudios de Chossudovsky adquieren especial significación por haber sido realizados precisamente en un país cuya riqueza petrolera le confiere cierta holgura económica (al menos en comparación con otros países latinoamericanos). Por ello, no es extraño que al sintetizar varios aspectos de su diversificado trabajo sobre las miserables condiciones de vida en Venezuela, el investigador exprese:

*"Más del 70% de los venezolanos y la casi totalidad de la población agrícola vive en condiciones de sub-alimentación. La hipo-alimentación afecta a casi la mitad de la población venezolana y más de la mitad de los niños del país presentan algún grado de desnutrición. Un venezolano de cada tres en edad de trabajar está, o desempleado o sub-empleado. Dos de cada tres venezolanos ocupados en actividades no agrícolas y la casi totalidad de los ocupados en actividades agrícolas, perciben ingresos mensuales inferiores al salario mínimo de subsistencia. Casi un cuarta parte de los venezolanos son analfa-*

CUADRO No. 3

DEFICIT (-) O EXCEDENTE (+) PORCENTUAL EN EL CONSUMO DE CALORIAS Y PROTEINAS  
CON RELACION A LOS REQUERIMIENTOS NUTRITIVOS MINIMOS

ESCALA DE INGRESOS (BOLIVARES)	PORCENTAJE TOTAL DE FAMILIAS (VENEZUELA )	CARACAS (1966)		MARACAIBO (1968)	
		DEFICIT O EXCEDENTE PORCENTUAL Calorías	DEFICIT O EXCEDENTE PORCENTUAL Proteínas	DEFICIT O EXCEDENTE PORCENTUAL Calorías	DEFICIT O EXCEDENTE PORCENTUAL Proteínas
0-500	44.29	-28.53	-41.54	-22.86	-23.08
501-1000	29.35	-16.82	+ 1.54	-14.49	- 4.62
1001-1500	12.52	-10.45	+ 7.69	+ 2.61	+49.23
1501-2000	5.14	- 2.82	+24.62	+ 7.06	+27.69
2001-3000	5.00	+20.90	+55.38	+24.08	+80.00
3001-4000	1.66	+30.57	+63.08	+ 2.78	+44.62
4001-5000	0.79	+44.41	+83.08	+13.63	+56.92
5001- y más	1.25	+60.41	+107.69	+26.53	+70.77

Elaborado en base a datos de:

—MICHE CHOSSUDOVSKY: *“La Miseria en Venezuela”*; Ed. Vadell Hnos., 3a Ed.,  
Valencia, Venezuela, 1979; pp. 62-63.

*betos y más de un niño de cada cinco está marginado del sistema de educación primaria, mientras que, en el medio rural más de la mitad de los niños no se inscriben en el primer grado. La mitad de la población del país vive o en un rancho o no dispone en el interior de la vivienda de agua y de la estructura sanitaria adecuada. Casi una de cada cuatro familias no dispone de electricidad en su vivienda.*

*“¡¡¡ESTA ES LA VENEZUELA MILLONARIA!!!” (2).*

En las condiciones señaladas, el investigar y atender los problemas propios de los países y clases sociales dominantes no es una casualidad. Por el contrario, se trata de una posición ideológica y política bien definida y conocida, cuya tendencia es la de mantener los privilegios de unos cuantos, sacrificando el bienestar de las mayorías, así tenga que hacerse por medios coercitivos.

En relación a este último punto, J. D. Bernal, en su libro *“La Ciencia de Nuestro Tiempo”*, menciona:

*“En los últimos años, las investigaciones microbiológicas que se han desarrollado con mayor intensidad y con un gran apoyo económico son las que conducen a la preparación de la guerra. El objeto consiste en desarrollar —en vez de destruir— organismos con la mayor capacidad tóxica y encontrar medios líquidos, insectos y otros vectores para asegurar la propagación más amplia y rápida del agente” (1).*

La actitud hegemónica en el campo de la investigación científica se preserva mediante un mecanismo en el que los papeles más importantes son asignados a los investigadores y a las agencias financiadoras. Los primeros, como ejecutores del trabajo, son los participantes visibles del proceso; los segundos, como reguladores y vigilantes del rumbo de la investigación, actúa en forma mucho menos visible.

En relación al primer factor, se puede señalar que un elevado porcentaje de la investigación biomédica latinoamericana está a cargo de profesionales que han recibido entrenamiento directo en los países desarrollados, o la influencia indirecta de estos. Por lo general, tales personas tienden a continuar las mismas líneas de investigación iniciadas en esos países, sin preocuparse mayormente por el grado de prioridad y trascendencia que las mismas tienen en sus países de origen. Se trata de un fenómeno de alienación y dependencia intelectual. En gran medida, esto se debe a que, conciente o inconcientemente, el investigador adopta durante su práctica formativa un acentuado individualismo, propio del espíritu competitivo que identifica al sistema capitalista, característica opuesta a la sensibilidad y solidaridad requeridas para una práctica socialmente orientada. Además, el investigador formado en los países dominantes, al retornar a su país de origen, por lo general, se encuentra sin una alternativa accesible en la que pueda desarrollarse; atrapado así en un *"callejón sin salida"*, se ve forzado a reproducir el sistema aprendido.

En torno a este aspecto de la investigación en Salud, M. I. Rodríguez cita un estudio realizado en México por Echevarría y colaboradores, publicado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, en el que, en base a investigaciones realizadas en ese país durante 10 años, los autores señalan que:

*"Es mínima la investigación verdaderamente útil al país".*

*"Hay un bajo porcentaje de investigación original tanto clínica como básica: la gran mayoría (63.8%) duplica estudios de otros países".*

*"La investigación clínica cuya finalidad es comprobar la acción de un producto de eficacia establecida y la que se encamina a la revisión retrospectiva de los casos atendidos en una institución de servicio, no tiene valor como investigación" (13).*

Para continuar la discusión acerca del investigador latinoamericano, necesitamos hacer un breve paréntesis para retomar el concepto de la pequeña burguesía que habíamos dejado sin desarrollar.

Incrustada entre las clases dominante y dominada se encuentra la pequeña burguesía (Figura No. 3), compuesta fundamentalmente de pequeños productores y comerciantes, empleados, maestros, estudiantes y profesionales. Como clase social es un híbrido: disfruta de algunos privilegios de la burguesía, muy restringidos, y al mismo tiempo la mayor parte está obligada a vender su fuerza de trabajo, al igual que el proletariado.

Los profesionales constituyen un caso especial dentro de la pequeña burguesía. por

disponer de un título académico que les facilita la venta de su fuerza de trabajo, algunos caen en el espejismo de que pueden mantenerse ajenos a la confrontación entre las dos clases fundamentales. Una conducta frecuente en ellos es la de escudarse bajo un tecnologismo apolítico. Sin embargo, tan pronto las crisis económicas o intentos de reforma social afectan sus intereses personales, se convierten en ardientes defensores de *"luchas reivindicativas"*. Debido a su propia dependencia económica, son proclives a apoyarse en la clase dominante, por lo cual, generalmente, su actuación profesional es reforzadora del orden vigente.

Pues bien, la caracterización presentada en los dos párrafos anteriores nos sirve para precisar que, en su gran mayoría, los investigadores científicos latinoamericanos pertenecen a la pequeña burguesía. La extracción de clase es la que explica mucho de su comportamiento. Golpeados por las crisis económicas, sus condiciones materiales de vida, se han ido deteriorando hasta bordear la proletarización. Mientras un alto porcentaje termina emigrando a los países desarrollados, los auténticos *"sobrevivientes"* constituyen una especie rara, casi en extinción. Estos últimos, con frecuencia, se ven obligados a realizar actividades complementarias para subsistir, muchas de ellas ajenas a la investigación. Su individualismo fuertemente arraigado agrava la situación, pues tanto en el trabajo como en la búsqueda de soluciones a sus problemas económicos, tienden a actuar aisladamente. Debido al escaso apoyo, que dan los gobiernos de los países subdesarrollados a la investigación científica, se desenvuelven en un medio demasiado inestable, que impide una producción científica seria y continua, generándose una atmósfera tensa, cargada de frustraciones.

En cuanto al segundo factor limitante de la investigación, podemos señalar que los recursos financieros disponibles para la investigación son exiguos. Además, un alto porcentaje de esos fondos provienen de los países desarrollados y como tal traen consigo su inevitable sello de dominación. Casi sin excepción, los fondos son accesibles a los investigadores sólo cuando estos presentan proyectos que en fondo y forma reproducen lo que los auspiciadores desean. Este mecanismo sirve para reforzar la dominación, pues permite a los países desarrollados intervenir directamente en el rumbo de la investigación de los países subdesarrollados. Dicha situación es lógica para los intereses de los países hegemónicos, pero es totalmente incompatible con el surgimiento de una ciencia latinoamericana autónoma, cuya producción de conocimientos responda a los intereses propios de nuestros pueblos.

En síntesis, lo esencial del estado actual de la investigación científica en América Latina está representado por el comportamiento alienado e individualista de un importante porcentaje de investigadores, sumado a la intervención directa de las agencias financieras, induciendo y reforzando la dependencia científica y tecnológica. Por lo tanto se puede afirmar que el camino por el que se va transitando en la actualidad no constituye una alternativa para el avance de la ciencia latinoamericana.

#### IV LINEAMIENTOS PARA EL DESARROLLO DE UNA ALTERNATIVA DE PRODUCCION CIENTIFICA EN EL CAMPO ODONTOLOGICO LATINOAMERICANO.

Frente a la situación descrita en los párrafos anteriores, diversos esfuerzos se vienen efectuando en América Latina para desarrollar una alternativa de producción científica de alcance social. Para impulsar esta alternativa se vienen aglutinando numerosos sectores intelectuales y no intelectuales, pertenecientes a los más variados campos de la actividad productiva y de servicios. Unidos por la concepción de que la sociedad latinoamericana es un ente en desarrollo, estos grupos militan en la posición que demanda y busca la transformación social, siendo, por lo tanto, antagónicos a las actuales relaciones de producción.

Por todo lo expuesto, según su contenido ideológico, la producción científica de las instituciones e individuos en América Latina queda delimitada en dos posiciones fundamentales:

1. La ciencia en beneficio de los países, clases y grupos dominantes, consolidando el subdesarrollo y fortaleciendo la dependencia; o
2. La ciencia como instrumento para la desalienación y el progreso social, capaz de servir a todos los miembros de la sociedad, rechazando las injustas discriminaciones propias de una sociedad de clases. (6)

Los lineamientos que se proponen a continuación para el desarrollo de una alternativa de producción científica en el campo odontológico latinoamericano se inscriben en la segunda posición, orientando esfuerzos al servicio de la sociedad total.

La propuesta tiene dos partes: la primera de contenido ideológico; la segunda de contenido técnico-operacional.

En relación al primer punto, es urgente generar una alternativa de producción de conocimientos científicos en América Latina. Para ello, es indispensable redefinir el papel del investigador, rescatándolo de su aislamiento e incorporándolo en la lucha organizada por el mejoramiento de la humanidad; asignándole la responsabilidad de analizar y documentar objetivamente la realidad en que vivimos, para que el conocimiento por él generado pueda servir como instrumento de denuncia de las atrocidades que se cometen en el sistema vigente. La alternativa consistirá en: —desarrollar una auténtica teoría latinoamericana sobre la salud, basada en el análisis riguroso de la práctica; —difundir el planteamiento científico más riguroso: que si la ciencia no se utiliza para el mejoramiento de la humanidad, se convierte en un entretenimiento o, peor aún, en un instrumento para la explotación; —penetrar a los últimos rincones para rescatar del saber popular aquello que constituye nuestro auténtico acervo cultural; —defender abiertamente, en cualquier tribuna, la verdad científica, y esta señala que el verdadero progreso social es generado por los sectores oprimidos en su lucha por la liberación y es hacia ese derrotero que deben canalizarse los esfuerzos de mayor producción de conocimientos.

En fin, incorporándose a la lucha de clases desde una posición proletaria, el investigador podrá liberarse. Sólo así podrá encontrar que su esfuerzo no es vano; que el conocimiento por él producido no va a enriquecer las arcas de las transnacionales, sino a salvar vidas y garantizar mejores condiciones de vida para sus hijos y para los de sus compañeros. Con ello podrá estar seguro que su trabajo fue científico, porque además de analítico y sistematizado, sirvió para la transformación objetiva del universo.

La segunda parte de esta propuesta consiste en una serie de sugerencias técnico-operacionales para desarrollar, coordinar y perfeccionar la producción científica en el campo odontológico latinoamericano. Debe entenderse que tales lineamientos no van en lugar de, sino además de, la redefinición ideológica recién mencionada.

1. Es urgente promover la formulación de políticas y planes nacionales e institucionales de investigación odontológica. Como parte de la tarea de promoción deben realizarse seminarios para la identificación de necesidades y problemas específicos, a partir de los cuales deben definirse y priorizarse los lineamientos de investigación. (10, 11, 12).
2. Es recomendable adoptar un esquema operacional, que permita planificar y ejecutar los distintos tipos de investigación comprendidos en el campo odontológico, en forma ordenada y articulada. Se propone un esquema operacional que comprende tres niveles bien diferenciados, complementarios entre sí:
  - a) Investigación socio-epidemiológica;
  - b) Investigación clínico-patológica;
  - c) Investigación biopatológica.
  - a) La investigación socio-epidemiológica comprende la caracterización cualitativa y cuantitativa de los problemas de salud bucal y su correlación con las determinantes socioeconómicas, desde la doble perspectiva de su génesis y posibilidad de respuesta (Figura No. 9).
  - b) La investigación clínico-patológica comprende la observación e interpretación de las distintas manifestaciones de las enfermedades que afectan a la cavidad bucal. La planificación de este tipo de investigación debe respetar el orden de prioridades que surja de la investigación socio-epidemiológica (Figura No. 10).
  - c) La investigación biopatológica comprende el estudio experimental de los mecanismos de las enfermedades. Por ser este tipo de investigación el más costoso, debe efectuarse una rigurosa selección de los problemas a investigar, tomando como criterios de selección, tanto el orden de prioridades derivados de la investigación socioepidemiología, como la cantidad y calidad de información obtenida en los estudios clínico-patológicos (Figura 11).

El esquema operacional propuesto garantiza una adecuada articulación entre los tres

niveles de investigación y el respecto a las prioridades que se derivan de las necesidades reales de la población. (Fig. No. 12).

3. Es apremiante planificar e impulsar el desarrollo de tecnología propia, en respuesta a las necesidades y problemas identificados, tendiendo a la simplificación, auto-abastecimiento y reducción de costos en la práctica odontológica.
4. Es necesario capacitar recursos humanos para la investigación odontológica, propiciando el intercambio entre los países e instituciones latinoamericanos. El proceso de capacitación debe realizarse de preferencia en los propios países latinoamericanos, mediante cursos y programas tutoriales, visitas, participación en proyectos en desarrollo, etc. Una preocupación central del proceso formativo debe ser la conformación de verdaderos cuadros de trabajo, capaces de ejercer el principio de cooperación recíproca, para solidariamente asumir la responsabilidad de la producción de conocimientos en sus respectivos países.
5. Es conveniente reproducir, difundir y catalogar la producción científica latinoamericana, fomentando el intercambio de experiencias y rescatando los aportes que configuran nuestro acervo cultural autónomo, incluyendo el conocimiento popular.
6. Deben aplicarse estrategias de cooperación recíproca entre países en desarrollo, propiciando y utilizando convenios y programas subregionales, multinacionales y multiinstitucionales. En el mismo sentido, debe ofrecerse asesorías para la organización de unidades de investigación odontológica en los países e instituciones donde aún no existan. Los convenios, programas y/o asesorías podrán incluir los diferentes aspectos relacionados con la investigación, tales como la formulación de políticas, capacitación en aspectos teóricos y principios metodológicos, entrenamiento en técnicas específicas de investigación, elaboración y ejecución de proyectos, etc., etc. (4, 8, 12).

## V. COMENTARIO FINAL.

La producción de conocimientos en los países subdesarrollados es una tarea compleja. Las personas que asumen esta tarea están fuertemente condicionadas por las determinantes socioeconómicas, las mismas que restringen y deforman su creatividad e iniciativa. A pesar de las dificultades existentes, un sector importante de los trabajadores latinoamericanos lucha por rescatar y desarrollar una alternativa científica autóctona, buscando aunar esfuerzos para ello. Se está plenamente consciente que sólo el cambio de las estructuras socioeconómicas conducirá democrática y popular. En concordancia con ello, se busca que la producción y aplicación de conocimientos para la práctica odontológica en América Latina, vaya íntimamente ligada a un proceso permanente de esclarecimiento de las raíces ideológicas, económicas y políticas del subdesarrollo y dependencia científico-tecnológica actuales. El enfoque analítico y la propuesta aquí presentados constituyen un esfuerzo en esa dirección.

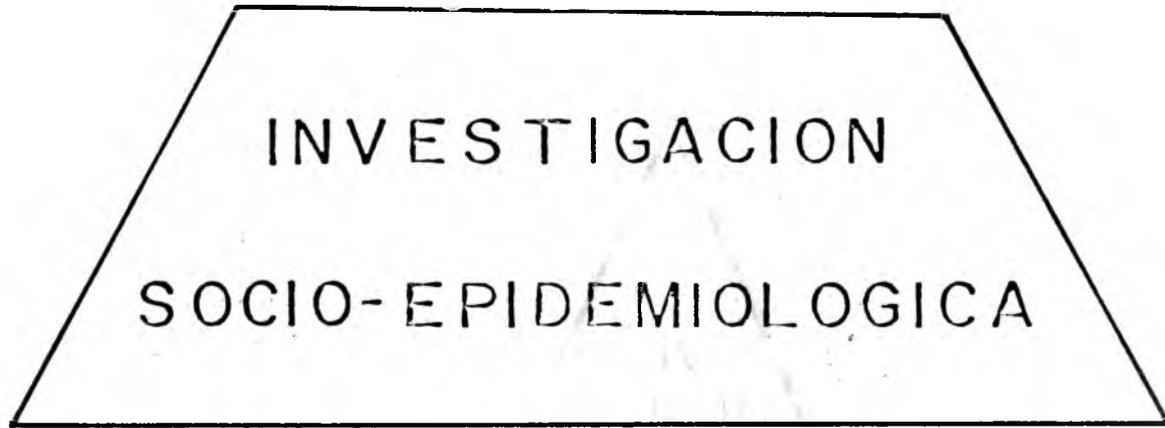


Fig. No. 9

Investigación socioepidemiológica: busca la caracterización cualitativa y cuantitativa de los problemas de salud y su correlación con las determinantes socioeconómicas.



Fig. No. 10

Investigación clínico-patológica: planificada en base a las prioridades que surgen de la investigación socioepidemiológica; comprende la observación e interpretación de las distintas manifestaciones de las enfermedades.

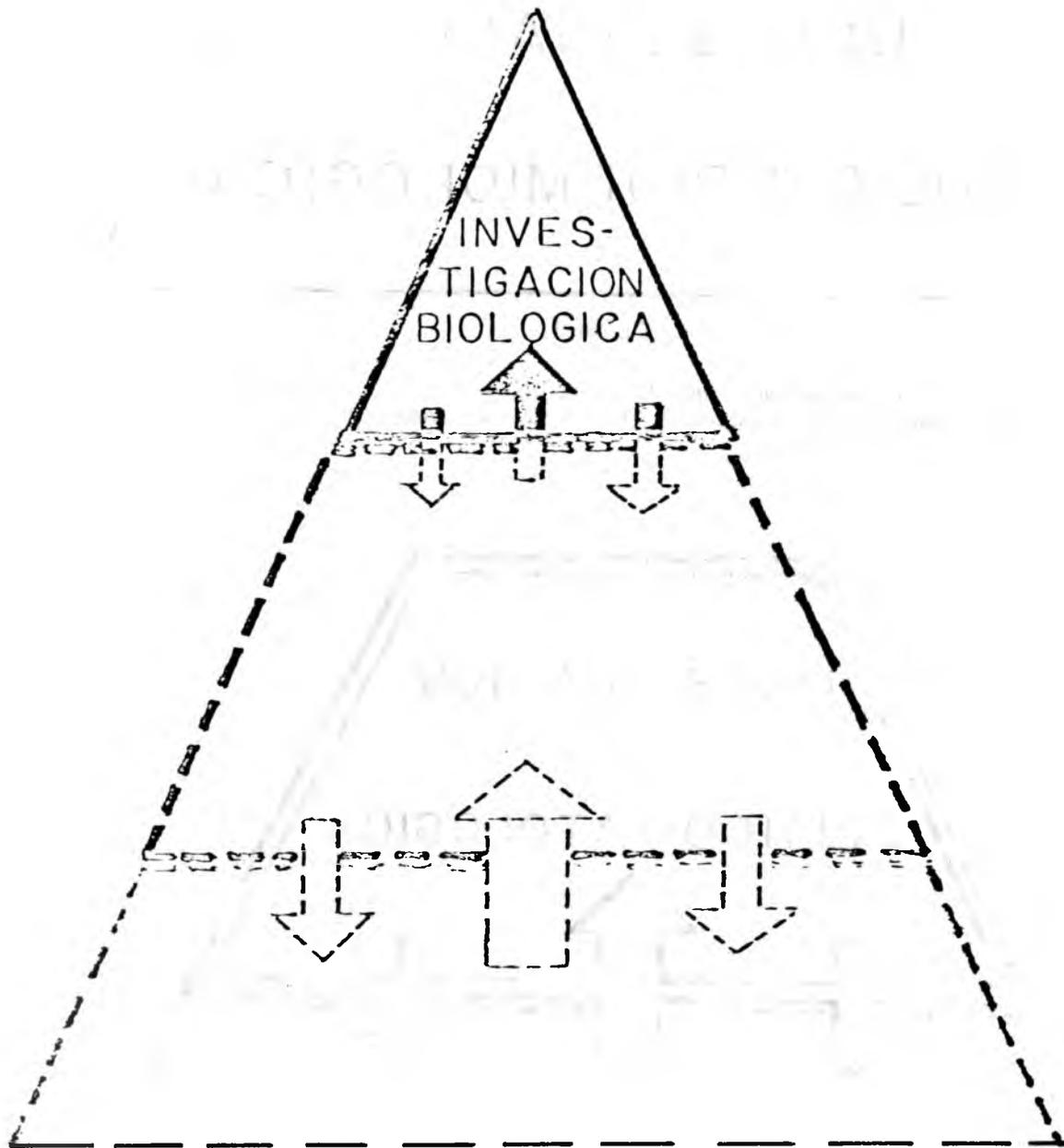


Fig. No. 11

Investigación biopatológica: comprende el estudio experimental de los mecanismos de las enfermedades; es el tipo de investigación más costosa, por lo cual debe exigirse una rigurosa selección de los problemas a investigar.



Fig. No. 12

Los tres niveles de la investigación deben estar planificados como un todo, garantizando la articulación entre los mismos para evitar dispersión y subutilización en la producción de conocimientos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BERNAL, J. D.: *La Ciencia de Nuestro Tiempo*. México, Ed. Grijalbo, S. A. 1969.
2. CHOSSUDOVSKY, M.: *La Miseria en Venezuela*. Ed. Vadell Hnos. 3ra. Ed. Venezuela, 1979.
3. Editorial Informativo del Seminario sobre Política y Desarrollo de la Investigación en Ciencias de la Salud. Unidad de investigaciones, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador; Quito, 1979.
4. GARCIA, J. C.: "*Indicadores científicos en el campo de la Salud*". Dirección de Recursos Humanos, OPS, para Reunión sobre Política de Investigación de los Países del Area Andina, Sucre, Bolivia, 25-27 abril, 1978.
5. GRANDA, E.: "*La Difusión Científica: Características actuales y Ambitos de Influencia*". Mimeo. Curso de Especialización en Salud Pública, Investigación y Administración, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador; Quito, Junio 1980.
6. IZQUIERDO, J.: "*Profesiones Biomédicas y Evolución Histórica en América Latina*". Revista de ALAFO, XII: 83-84, 1977.
7. IZQUIERDO, J.: "*Acerca de la Producción de Conocimientos en Ciencias de la Salud*". Mimeografiado. Presentado en el Seminario de la Sección de Odontología Comunitaria, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 1978.
8. JIMENEZ, RAUL: *El Protocolo: Agenda de Procedimientos para Estudios de Epidemiológicos en Estomatología*. Mimeografiado. Fac. Odontología, Universidad Antioquía; Medellín, Colombia, 1979.
9. LISTIN DIARIO: 4 de octubre de 1980, Santo Domingo, Rep. Dominicana.
10. OPS/OMS: "*Informe de la II Reunión sobre Políticas Nacionales de Investigación en Salud en los Países del Area Andina*". Doc. HRR 17/2, Mayo, 1978.
11. OPS/OMS: Informe de la Reunión sobre Política de Investigación en Salud en el Area II, Doc. HRR 16/2, nov., 1977.
12. PEREZ-MIRAVETTE, A.: "*Papel de la OPS/OMS en relación a las Políticas Nacionales de Investigación en los Países del Area Andina*", Sucre, Bolivia, 25-27 abril, 1978.
13. RODRIGUEZ, M. I.: "*El Trabajo Científico en la Formación de Profesionales de Salud*". Ed. Médica y salud 13:212-219, 1979. (Cita: Echevarría, E. B.; Ordoñez, B. y Álvarez, R.: "*Investigación para la Salud en México*". México, D. F.; Serie Estudios Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología; 1974).
14. SEMPETEGUI, F. y BRESAN, J.: "*La Trascendencia Histórica del Saber Popular*". Salud Problema; Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México, D. F., 1979.
15. YEPEZ, R.: "*El Trabajo y el Producto de la Ciencia*". Mimeografiado. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador, 1978.
16. FINKELMAN, J. y VALDOSPINO, J.: "*La Investigación Médica en México*"; Departamento de Investigación en Salud Pública del I.M.S.S.

**TEMA III**

**LA PRODUCCION DE CONOCIMIENTOS PARA LA  
PRACTICA ODONTOLOGICA DE AMERICA LATINA**



## LA PRODUCCION DE CONOCIMIENTOS PARA LA PRACTICA ODONTOLOGICA DE AMERICA LATINA

*Eugenio Vilaca Méndes*

### I. LA ORGANICIDAD DE LA PRODUCCION DE CONOCIMIENTOS ODONTOLOGICOS COMO PARADIGMA HEGEMONICO DE LA PRACTICA.

Al analizar la producción de conocimientos para la práctica odontológica en la América Latina, no puede hacerse como si esa producción se hiciera de forma independiente de la estructura social que la conforma.

Al contrario, esa producción guarda una relación orgánica con el paradigma hegemónico de la práctica médica.

El término paradigma es utilizado por nosotros en el sentido que le da Kuhn:<sup>1</sup> Como realizaciones científicas universalmente reconocidas por la comunidad de practicantes de una ciencia.

Se pretende, utilizar los paradigmas como valor únicamente instrumental por reconocer que ellos presentan peligros potenciales de interpretación restrictiva de la realidad, induciendo a errores de conocimientos.

Por otra parte, los paradigmas de la medicina son productos de una multiplicidad de procesos que se expresan, de una parte, en la autonomía relativa de la práctica médica, y, de otra al nivel de los conjuntos sociales en que esta práctica se constituye y se procesa.

Eso significa, que los paradigmas constituyen construcciones sociales que resultan, históricamente, de la intervención del personal de salud, de la sociedad hegemónica, así como de los diferentes sectores sociales que constituyen una dada formación social, estructurándose como resultado de la relación dialéctica entre las condiciones materiales de la sociedad y de la ideología de sus grupos.

Así, los modelos de la práctica médica, y, por tanto, de la práctica odontológica —aunque presente relativa autonomía— se modifican en el sentido de que se ajustan a la

evolución de las sociedades capitalistas.

Por consecuencia, la producción de conocimientos es marcada socialmente, no por las determinaciones inmediatas enmanadas de la estructura social, sino a través de su vinculación con los componentes políticos, ideológicos y económicos que se institucionalizan en torno a la práctica médica, dando lugar a la organización social de la medicina.

## II. EL CARACTER DEPENDIENTE DE LA PRODUCCION DE CONOCIMIENTOS ODONTOLOGICOS EN LA AMERICA LATINA.

La Producción de conocimientos odontológicos en la América Latina, además de ser congruente con el paradigma hegemónico de la práctica, presenta un carácter de dependencia en relación a las económicas dentrales.

Se manifiesta, pues, en el campo odontológico, el fenómeno más general, explicado por la teoría de la dependencia, de la articulación de intereses entre grupos sociales de dentro y de afuera de la América Latina, según la división internacional del trabajo<sup>2</sup>.

Eso significa que, en la realidad, existe mucho más consumo de conocimientos producidos en los países centrales que una producción autónoma relevante.

La forma como se construye una “cultura del silencio”<sup>3</sup> en el campo de la salud, en la América Latina, está ligada a una excesiva e inapropiada transferencia científica y tecnológica que, según el Director General de la Organización Mundial de la Salud, es responsable del Sub-desarrollo de la salud.<sup>4</sup>

El proceso de difusión científica y tecnológica, en vez de significar, como proponen las teorías rostowianas: “Ser un elemento fundamental para el desarrollo, realmente contribuyen para la manutención de la dependencia sanitaria.”<sup>5</sup>

La transferencia científica y tecnológica, en el campo de la salud, se da como resultado de la interacción de un conjunto de agentes como la educación médica, las corporaciones multinacionales y la asistencia técnica internacional.<sup>6</sup>

Trabajos de investigación realizados en varios países subdesarrollados, incluyendo algunos de América Latina, muestran que la tecnología de salud se difunde con una velocidad superior a otras tecnologías como es el caso de la televisión y de las computadoras.<sup>7</sup>

Además, la transferencia tecnológica se hace, generalmente, bajo la forma de producción de tecnología, creando un proceso de invasión que castra la capacidad de innovación y desarrollo de los países receptores.<sup>8</sup>

## III. EL PARADIGMA DE LA MEDICINA CIENTIFICA.

Hasta el final del siglo XIX la medicina se estructuró bajo el paradigma de la política

médica, entendida ésta “como concepto referencial de las teorías, políticas y prácticas originadas de las bases políticas y sociales del Estado alemán absolutista y mercantilista para actuar en el campo de la salud, reforzando su carácter normatizador e higienizador”.

Foucault<sup>10</sup> al estudiar la historia de la medicalización, reconstruye las tres etapas de la medicina social las cuales constituyeron los antecedentes de la medicina científica: la política médica o medicina del Estado, la medicina urbana y el sanitarismo.

La emergencia de la Revolución Industrial pasó a exigir un nuevo modelo de la medicina, coherente con el capitalismo monopolista.

Los modelos sanitarios anteriores no se adecuaban a las nuevas demandas de la sociedad y se agotaban, de ahí surgió un nuevo paradigma: el de la medicina científica.

Era preciso que las funciones “ocultas” de la medicina—reproducción de la fuerza de trabajo y control social, incluida en la política sanitaria, se tornaron más presentes.

La evolución del sistema capitalista, —forzados por las fuerzas de las luchas sociales, impuso límites, como es por ejemplo la duración de la jornada de trabajo.

Por eso, se tornaba imperativo producir en el menor tiempo posible, siendo la medicina llamada a desempeñar un papel más importante en este proceso, estudiando el rendimiento del cuerpo humano, protegiéndolo y restaurándolo, de modo que pueda maximizar la producción.

De esta forma, la medicina se encontró con las propuestas del taylorismo o de la administración científica, es decir, la nueva ideología aplicada al desarrollo de las fuerzas productivas, basada en el aprovechamiento óptimo de las capacidades y resistencias físicas y psicológicas de las personas.

La medicina no puede centralizarse más, prioritariamente, como lo hacía el sanitarismo, en los factores del medio ambiente, su preocupación principal pasó a ser con el cuerpo, reconocida política y socialmente como fuera de trabajo. En consecuencia, el objeto hegemónico de la práctica médica se trasladó de lo colectivo para lo individual.

Además de esa preocupación con la reproducción de la fuerza de trabajo, el nuevo paradigma debería desempeñar, con mayor eficacia, el control social.

La medicina pasó a ejercitar, a través de los mecanismos de inclusión y exclusión de pacientes del sistema de salud, los controles de tipo cortativo y disciplinario.<sup>11</sup>

En el primer caso, medicaliza a los pacientes de manera tal que estos quedan dependientes de una gerencia profesional que pasa a invadir, crecientemente, todos los espacios de la existencia humana,<sup>12</sup> y en el segundo, lleva a las personas a asumir el papel de dolientes, o sea, de seres improductivos.

Además de eso, el sistema médico pasa a vivenciar, dentro de sí mismo, y a difundir, las relaciones sociales presentes en el nivel del sistema económico y social global, contribuyendo

para su propia reproducción ideológica.<sup>13</sup>

Por fin, el paradigma expresa la nueva realidad de la medicina que no solamente ejerce el control social y reproduce la fuerza de trabajo sino que se transforma, ella misma, en una mercancía, en “un deseo para unos y un lucro para otros”.<sup>14</sup>

El paradigma de la medicina científica comienza a institucionalizarse con la creación, en 1893, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Johns Hopkins.

Con todo, la consolidación de ese proceso es a través de las recomendaciones del famoso Relatorio Flexner,<sup>15</sup> publicado en 1910, por la Fundación Cornegia.

Ese relatorio no surge aleatoriamente, como un simple documento de los reformistas de la Era Progresista, sino como el producto de la iniciativa de una fundación que escogió, como objeto de su trabajo, estudios, en el campo de la educación profesional en derecho, teología y medicina.

Las principales recomendaciones del relatorio Flexner fueron:

- a) Definición de los patrones de entrada y aplicación para cuatro años, en la duración de los cursos.
- b) Introducción de la enseñanza laboratorial.
- c) Estímulo a la docencia para el tiempo integral.
- d) Expansión de la enseñanza clínica, especialmente en los hospitales.
- e) Vinculación de las Escuelas Médicas a las Universidades.
- f) Énfasis en la Investigación biológica como forma de superar la era empírica de la enseñanza médica.
- g) Vinculación de la investigación a la enseñanza.
- h) Estímulo a la especialización médica.
- i) Control del ejercicio profesional por la profesión organizada.

El relatorio Flexner pudo haber tenido el mismo destino de centenares de documentos preparados en la Era progresista y que no fueron llevados a la práctica. El mismo fue diferente, porque varias fundaciones privadas americanas aplicaron, en su implementación más de 150 millones de dólares en 20 años.

Además de ese interés de las grandes industrias, hay que resaltar la participación, en el origen y en la consecuencia del Relatorio Flexner, de la profesión organizada a través de la Asociación Médica Americana (AMA).

De esta manera, podemos concluir que la medicina científica se institucionalizó a través de la ligación orgánica entre el gran capital, la asociación médica y las universidades.

La medicina científica determinó cambios substantivos en la conceptualización del

objeto de la práctica médica.

En ese sentido, el nuevo paradigma expresa un conjunto de elementos estructurales, que coexisten, que se complementan y que potencializan a fin de direccionar la práctica médica.

Los elementos estructurales de la medicina flexneriana son:

**a) Mecanismo**

El mecanismo se introduce en la medicina científica por la analogía del cuerpo humano con la máquina, elemento esencial del modo de producción dominante.

Esa tendencia ya es clara en el propio Relatorio Flexner donde se define al cuerpo humano como una máquina que puede ser dividida en pedazos para su mejor comprensión.<sup>16</sup>

Se rompe, de ese modo, la imagen de la totalidad corporal permitiéndose entonces que hombres—máquinas, los médicos, a través de instrumentos, máquinas, por tanto, actúen sobre máquinas—hombres los pacientes, reparando sus defectos.

**b) Biologismo**

El biologismo de la medicina flexneriana presume el reconocimiento exclusivo y creciente, de la naturaleza biológica de las enfermedades de sus causas y consecuencias.

De esa manera, el nuevo paradigma procura absorber los factores determinantes de la naturaleza económica y social en la causación de las enfermedades.

Ese biologismo lleva a una concepción de la historia “natural” de la enfermedad que excluye a su historia social.

**Individualismo**

La medicina científica es doblemente individualista:

Primero, al elegir como su objeto, al individuo y segundo, al alienarlo, excluyendo de su vida, los aspectos sociales.

De ahí, se puede entonces imputar al individuo la responsabilidad por su propia enfermedad.

**d) Especialización**

Del cambio entre la globalidad del objeto de la práctica médica y la profundidad del conocimiento de sus dimensiones específicas, resultó la especialización.

Sin negar que el crecimiento exponencial del conocimiento médico influencia a la espe-

cialización, debemos entender también que ese proceso ocurrió por otras razones.

Primero, es una perspectiva ideológica en función del mecanismo que impuso la parcialización abstracta del objeto global, según un esquema contradictorio que profundiza el conocimiento específico y que atenúa el conocimiento general o universal.<sup>17</sup>

Segundo, es una dimensión económica, ya que la especialización fue resultado de las necesidades de la acumulación del capital que exigió la fragmentación del proceso de producción y el productor a través de la división técnica del trabajo.

**d) Exclusión de prácticas alternativas.**

La viabilización del paradigma de la medicina científica se hace con base en su supremacía sobre las otras prácticas médicas alternativas, populares o académicas.

Esa eficacia, basada en las consecuencias de las acciones de la medicina, se fue conformando a medida que se fundamentó la superioridad de la medicina científica.

De esa forma, se procuró anular o restringir, por ineficaces las formas populares de la medicina mágica o religiosa, así como otras formas alternativas como la homeopatía.

**e) Tecnificación del Acto Médico**

Los nuevos sacerdotes pasaron a utilizar los nuevos ritos.

La medicina flexneriana estructuró, entonces la ingeniería biomédica—calcada en la tecnificación del acto médico como nueva forma de medicalización entre el hombre y las enfermedades.

El desarrollo de la tecnología médica produjo una elevación fantástica en las expectativas del público, en relación con las posibilidades de la medicina, lo cual reflejaba, en el campo de la misma, un valor más general en el sentido de que el progreso implica, siempre, la mejoría de la calidad de la vida.

Los “milagros” de la medicina tecnológica promovieron la idea de que cualquier problema de salud puede ser resuelto, ayudando a legitimar así el nuevo paradigma.<sup>17</sup>

La medicina científica surgió entonces, por razones ideológicas y económicas, como parámetro de calidad, el grado de densidad tecnológica de la práctica médica, en detrimento de la capacidad de promover o restaurar la salud y prevenir las enfermedades.

**f) Énfasis en la medicina curativa**

El nuevo paradigma concretó su actuación en la medicina curativa.

Lo realizó, de un lado, porque ese es el sector de la medicina más susceptible de incorporar tecnología.

Y de otro, porque “prestigiar diagnóstico y terapéutica es, en el plano del conocimien-

to, prestigiar el proceso fisiopatológico en detrimento de la causa y, en la medida en que éste conocimiento fuese el preponderante; el impregna la práctica en todos sus niveles, provocando aún en los niveles de promoción y de protección de la salud de determinación y, al revés, de fisiopatologización.<sup>18</sup>

#### g) Concentración de Recursos

Las exigencias de la sociedad industrial y de la tecnificación del acto médico, determinaron una concentración de recursos de salud.

Esa concentración se manifiesta más concretamente, en el plano especial e institucional y, en consecuencia, la medicina científica se tomó urbana—céntrica y hospital—céntrica.

La medicina científica, a partir principalmente de la década del 60, entra en crisis.

La crisis de la medicina científica, se materializó con el apareamiento de problemas prevalentes relativos a la ineficacia y la desigualdad, como los componentes más tangibles de ese proceso.

La ineficacia de la medicina científica es vista por las crecientes inversiones en el sector salud, con retornos decrecientes en relación a los resultados.

En otras palabras, no hay correlación entre los investimentos en salud y los niveles de salud. Se estima, que en cuanto aquellos aumentan en 100%, las tasas de mortalidad y morbilidad, en países en desarrollo, disminuyeron en apenas un 5%.<sup>19</sup>

Un segundo componente de la crisis de la medicina científica es la ineficacia.

Existe una creencia difundida de que el patrón de salud de las poblaciones de los países desarrollados se debe a la medicina científica.

Con todo una serie de estudios han demostrado que la fuerza mística de la medicina flexneriana no pasa de ser una elaboración un poco fantasiosa y que ese modelo de medicina es ineficaz, produciendo más confort que salud.<sup>20 21 23 23 24 25</sup>

No sólo la medicina científica ha sido capaz de solucionar los problemas de las enfermedades, sino que contradictoriamente, los actos médicos se convierten en fuentes de nuestras enfermedades, las iatrogenias que están extensamente documentadas por Illich.<sup>26</sup>

Un tercer componente de la crisis de la medicina científica es la desigualdad.

Esa desigualdad expresa diferencia de las clases sociales en lo que se refiere a necesidades de salud, al riesgo de enfermarse, morir o incapacitarse y la accesibilidad a los servicios médicos.<sup>27</sup>

Es, también, en el acceso a los servicios de salud, muy bien expresado por la ley de la Atención Inversa de Hart: “la disponibilidad de la buena atención médica tiende a variar en razón inversa de las necesidades de la población.”<sup>28</sup>

La ineficacia, y la desigualdad, constituyen un modelo de la medicina elitizada que no consigue una cobertura significativa de la población y, por eso es, crecientemente, cuestionando hasta agotarse, en sus formas más puras, para dar lugar a un nuevo paradigma, el de la medicina comunitaria.

#### IV. LA ODONTOLIGIA CIENTIFICA Y SUS CRISIS.

La práctica odontológica hegemónica se hace bajo la determinación de los elementos estructurales de la medicina científica.

Entonces, la odontología que se practica es la odontología científica que se caracteriza por la concepción mecanicista del hombre, por la reducción de las enfermedades bucales a su reducción biológica, por la individualización del objeto de la Odontología, por la creciente corporificación del conocimiento en tecnología de alta densidad de capital ejercida por especialistas, por el énfasis en los aspectos curativos, por su carácter urbano—céntrico y por la exclusión de formas alternativas de práctica odontológica.

En consecuencia, la práctica odontológica es de alto costo y de baja cobertura, lo que significa la manifestación en el campo odontológico, de la crisis de la medicina científica.

Todo indica que está habiendo un aumento de las necesidades, tal como ocurre con las caries dentales en varios países y que el aumento de cirujanos y dentistas por habitantes no guarda relación con los índices de caries.<sup>29</sup>

En la Gran Bretaña se demostró que la pérdida de dientes medio por persona, varía muy poco, se tenga o no, atención odontológica.<sup>30</sup>

En el Brasil, considerándose a la población del país en 1970, se estima que para atender a las necesidades acumuladas de las personas entre 7 y 60 años, serán necesarios 243,000 dentistas, trabajando estos en horario integral durante un año, lo cual tendría un costo astronómico.<sup>31</sup>

En ese mismo país, las necesidades de prótesis total alcanzan aproximadamente a un 35% de la población entre 40 y 50 años y un 75% entre 60 y 65 años.<sup>32</sup>

La ineficacia de la odontología científica puede ser analizada también en su dimensión iatrogénica. La Odontología es una de las especialidades médicas en que la iatrogénesis clínica, es más significativa.<sup>33 34</sup>

Una investigación realizada en la América Latina, mostró que gran parte de las prótesis fijas, después de un período medio de 5 años, pasaron a desempeñar un papel de cuerpos extraños en la boca.<sup>35</sup>

Esos elementos, sucintamente referidos, caracterizan a la crisis del modelo de la odontología científica que se muestra ineficaz, ineficiente y desigualdad en su acceso.

## V. LA ODONTOLOGIA CIENTIFICA Y LA PRODUCCION DE CONOCIMIENTOS.

La ideología de la odontología científica se reproduce en el conocimiento científico y tecnológico, generado y, tal reproducción, se da a través de la selección de los temas de investigación, de los métodos de las investigaciones y de la posición del investigador.

La producción científica y tecnológica en el paradigma de la odontología flexneriana ocurre en congruencia con sus elementos estructurales.

Así, la producción de conocimientos es predominantemente biológica y su foco de interés muda de la salud para la enfermedad y, hasta para la lesión.

No es sin razón, que la medicina científica, en sus inicios coincida con la Era Bacteriológica, cuya actividad de investigación procuraba a los agentes etiológicos específicos para cada enfermedad.

La teoría de los gérmenes, además de determinar los cambios en la propia concepción de epidemiología, reforzó el biologismo de la medicina científica, excluyendo a la causación social de las dolencias.

Esa teoría, además, dio soporte a la idea de que las enfermedades, podrían ser tratadas con terapias específicas.

Ese tipo de dominio ideológico de la investigación médica y odontológica puede ser mejor entendido, cuando se examina la investigación del cáncer que tienen concentrado sus esfuerzos en los aspectos biológicos de la enfermedad y en el comportamiento individual de los pacientes y se da atención insuficiente a los efectos cancerígenos del ambiente, de los aditivos alimentarios y de los propios medicamentos.

La investigación odontológica tendió, por su parte, a focalizarse en el individuo y, especialmente, en partes del individuo, citamos: órganos, células o partes de célula.

No está de más recordar que, al inicio de siglo, se estableció un fuerte vínculo orgánico entre los investigadores, las universidades y el gran capital.

Surgieron, entonces, los institutos de investigación, como el Instituto Rockefeller, con un alto grado de especialización y de financiamiento, directa o indirectamente, por las grandes industrias y organizados según los principios de la administración científica.

De otra forma, los grandes recursos de las fundaciones filantrópicas fueron, en gran parte y como consecuencia de las recomendaciones del Relatorio Flexner, destinados al montaje de los laboratorios de investigación y a la formación de investigadores en las universidades.

La investigación médica pasó, pues, a hacerse, concentradamente, en los hospitales universitarios y en los institutos, con el objetivo, cada vez más claro, de generar tecnologías de alta densidad de capital que puedan ser incorporadas a los servicios de salud.

El trabajo de investigación necesitó ser dividido según la lógica de la división del trabajo de la medicina, o sea, de acuerdo con las especialidades médicas.

Lo mismo pasa en el campo de investigación odontológica que fue cimentada de acuerdo con las especialidades y que busca el desarrollo de tecnología sofisticada. Por eso, la investigación odontológica, cada vez más, tiende a ser realizada por las industrias productoras de equipamientos y de materiales de consumo, de forma directa, o indirectamente, financiando universidades.

En consecuencia, la investigación odontológica asume un papel que la liga más a los intereses de la industria que a las mejorías de las condiciones de salud de la población.

Ejemplo de eso es el retardo voluntario de la industrialización y comercialización de las resinas compuestas que, si obedeciera a los intereses de los consumidores, podrían haber sido lanzadas varios años antes al mercado.<sup>35</sup>

Además de eso, como la odontología científica separa y anula las formas alternativas de la práctica, la investigación odontológica excluye todo el conocimiento producido fuera de las instituciones que ella legitima y/o por individuos que no sean reconocidos como científicos.

Concluyendo, se puede afirmar que la producción científica se hace en consonancia con la ideología de la Odontología de la odontología científica, reforzando sus elementos estructurales, el biologismo, el mecanicismo, el individualismo, la especialización, la tecnificación del acto odontológico, la odontología curativa y su carácter concentracionista, pero en interés de la industria odontológica y de la propia profesión organizada y no de la población.

El examen de un ejemplar, de una revista de la Facultad de Odontología de Aratuba, Sao Paulo, Brasil, es bastante sugestivo en el campo de la producción de conocimientos científicos y tecnológicos.<sup>36</sup> De los 13 artículos publicados, 8 estaban escritos en inglés, todos eran referentes a problemas biológicos y, casi todos, reproducían trabajos anteriormente realizados en países desarrollados.

Ese análisis de casos sugiere el carácter histórico que asume la producción de conocimientos en la odontología científica al revestirse de una universidad biológica. Además denuncia la dependencia de esa producción de conocimientos de los países latinoamericanos en relación a las economías centrales.

## **VI. EL PARADIGMA DE LA MEDICINA COMUNITARIA Y SU REPERCUSION EN EL CAMPO ODONTOLOGICO: LA ODONTOLOGIA SIMPLIFICADA.**

La medicina científica, por sus propias características estructurales, se torna altamente selectiva, y, por lo tanto, inalcanzable por las mayorías de las poblaciones.

Por eso, ese paradigma necesita ser modificado, para ajustarse así a las nuevas demandas de la sociedad capitalista.

Tal como se declaró en la Conferencia de Alma-Ata:

“Dada la magnitud de los problemas de salud y la distribución inadecuada, son inícuos los recursos de salud entre los países y en la creencia de que la salud es un derecho humano fundamental es una meta social mundial, la Conferencia instó por un nuevo enfoque de la salud y un nuevo criterio de servicios, a fin de reducir la distancia que separa a los “privilegiados” y los “carentes”, de obtener una distribución más equitativa de los recursos de salud y de alcanzar un nivel de salud que permita a todos los ciudadanos del mundo disfrutar de una vida social y económicamente productiva”.

Ese nuevo enfoque de la salud y ese nuevo criterio de servicios implicarán la emergencia de un nuevo paradigma, el de la medicina comunitaria que se presenta, también, bajo el eufemismo de cuidados primarios de salud, atención primaria, medicina simplificada, programas de extensión de cobertura, medicina rural y otros.

Ese modelo de medicina es definido, por la misma Conferencia, como “cuidados esenciales basados en métodos prácticos, científicamente bien fundamentados y socialmente aceptables, en tecnología de acceso universal para los individuos y sus familiares en la comunidad, y en un costo que la propia comunidad y el país pueden financiar en cada etapa del desarrollo, dentro de un espíritu de auto-confianza y auto-determinación”.<sup>37</sup>

La medicina comunitaria presenta un conjunto de elementos estructurales que, en la dinámica de su interacción, determinan la configuración teórica y operacional de ese paradigma.

Las denominaciones alternativas que la medicina comunitaria recibe, corresponden, casi siempre, al énfasis que se dá a uno u otro de esos elementos.

Los elementos de la medicina comunitaria son: Colectivismo.

Como vimos anteriormente, el objetivo de la medicina que originalmente era colectivo en los paradigmas anteriores a la medicina científica, en ésta, se individualizó.

La medicina comunitaria rescata la característica colectiva del objeto de la práctica médica.

En la reunión de Belagio, en Italia, se definía el carácter colectivo del objetivo de la medicina comunitaria: “Ese involucramiento se expresa en una ampliación de interés tradicional y casi exclusivo en el paciente individual, enfermo y hospitalizado, para incluir una preocupación con la salud de grandes unidades sociales o grupos poblaciones, sea comunidad o nación, cuyas necesidades colectivas de salud pasan a ser fijadas y evaluadas y, en relación a los sistemas apropiados de la atención a la salud, pasan a ser diseñados y promovidos”.<sup>38</sup>

Integración de actividades promocionales, preventivas y curativas.

La medicina comunitaria, al reconocer los problemas que se derivan del corte entre las conductas promocionales, preventivas y curativas bajo la hegemonía de lo curativo, procura

recomponer la integralidad del acto médico.

“La recomposición del sentido totalizador de la práctica implica, por tanto, antes que nada, la descentralización del enfoque biológico y la correspondiente orientación de cada acto médico en el sentido de aprender e interferir en la complejidad del paciente, dada por su inclusión en un campo de relaciones donde la familia aparecerá como unidad fundamental; la consideración del conjunto de la enfermedad y de momentos precoces del proceso salud–enfermedad anticipándose, siempre que es posible, a los recursos y acciones curativas.”<sup>39</sup>

#### **Descentralización de recursos:**

Esa descentralización pretende viabilizar la universalización de los cuidados primarios que “representan el primer nivel de contacto de los individuos, de la familia y de la comunidad con el sistema nacional de salud por el cual las unidades de salud son llevadas lo más aproximadamente posible a los lugares donde personas viven y trabajan, y constituyen el primer elemento de un continuado proceso de asistencia a la salud”<sup>40</sup>

La descentralización de los recursos descansa en dos conceptos básicos, la regionalización y la jerarquización de los servicios de salud.

La jerarquización definida como organización de costos crecientes y de cobertura decrecientes, es un pre–requisito para la viabilidad de la medicina comunitaria, eso coloca la necesidad de una puerta de entrada única, constituída por el nivel de cuidados primarios.

#### **Utilización de tecnología apropiada.**

Uno de los componentes críticos de la inflación médica producida por la medicina científica es la sofisticación tecnológica.

La medicina comunitaria, como práctica que objetiviza la extensión de cobertura, precisa para tomarse viable, revertir ese proceso y hacerlo a través de la propuesta de utilización de la tecnología apropiada.

El discurso oficial es bastante claro: “Para todos los niveles del sistema de salud y llegada la hora de proceder a un análisis crítico de sus métodos, técnicas, equipamientos y drogas virando a la exclusiva utilización de las tecnologías comprobadamente útiles y financieramente accesibles. Esta revisión es fundamental para los cuidados primarios de la salud, dada la tendencia histórica de concentración en torno de tecnologías médicas más apropiadas al uso hospitalario que a los servicios de vanguardia. El ámbito y el propósito de los cuidados primarios de salud y la capacidad técnica de los responsables por sus prestaciones tornen la de disponibilidad de tecnologías apropiadas más importantes”.<sup>41</sup>

#### **Inclusión de las prácticas médicas alternativas**

Al contrario de la medicina científica, la medicina comunitaria procura incorporar las

formas alternativas, académicas y populares, de medicina, a fin de que se pueda tornar más eficaz y eficientemente.

Al reconocer la extrema riqueza de la medicina popular y su gran aceptación, la medicina comunitaria procura incluirla en su práctica.

Esa política está bien definida en la conferencia de Alma-Ata:<sup>42</sup> “En la mayoría de las sociedades, existen médicos y parteras tradicionales. Siendo muchas veces parte integrante de la comunidad, de la cultura y de las tradiciones locales, en muchas localidades continúan manteniendo una alta posición social, ejerciendo considerable influencia sobre las prácticas sanitarias locales. Con el apoyo del sistema formal de salud, esos practicantes autóctonos pueden transformarse en importantes aliados en la organización de medidas para ayudar a la salud de la comunidad. Ciertas comunidades podrán escoger como agentes de salud las comunidades. Luego, vale la pena explorar las posibilidades de hacerlos participar de los cuidados primarios de salud y de proporcionar entrenamiento apropiado.

### **Utilización del equipo de salud**

La medicina comunitaria exige una nueva composición instrumental de recursos humanos, coherente con el nuevo modelo y capaz de reducir los costos de personal a través de redistribuciones del trabajo médico por diversos tipos de profesiones de salud.

El nuevo paradigma exige, además, cambios en la formación y capacitación de recursos humanos que permitan superar las distorsiones y las inadecuaciones del proceso educacional de la medicina científica para eso, se promete la integración docente-asistencial que es una unión de esfuerzos en un proceso de creciente articulación entre las 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 la práctica de servicios de salud y de enseñanza.

### **Participación comunitaria**

Uno de los elementos estructurales de mayor peso relativo en la medicina comunitaria es el de la participación comunitaria, mereciendo ésta una recomendación especial de la Conferencia de Alma-Ata;<sup>43</sup> “Recomendamos que los gobiernos incentiven y aseguren la plena participación de la comunidad por medio de una efectiva divulgación pertinente, de creciente alfabetización y del desarrollo de los necesarios instrumentos institucionales que posibiliten a los individuos, a las familias y a las comunidades asumir la responsabilidad para su salud y bienestar.

Es evidente que la propuesta de la medicina comunitaria admite reinterpretaciones distintas en la práctica social, de modo que ella pueda constituir una tentativa manipuladora de contenido meramente eficientista, configurando una moderna versión de la política médica,<sup>44</sup> o una real medicina comunitaria que se coloque al servicio de la población.

Eso ocurre, también, en el campo de la Odontología donde la simplificación no está

excenta de ser aprovechada por el sistema que critica, ya sea fortaleciendo el carácter monopolista de la Odontología o ya sea ampliando las posibilidades de mercantilización profesional.<sup>45</sup>

Tal posibilidad no elimina el hecho de que ese nuevo paradigma constituye un campo de trabajo valioso, porque, en la dinámica de su operacionalización y en el desarrollo real de sus contradicciones, representa un espacio abierto donde se pueden mover los actores sociales interesados en un cambio de la práctica odontológica.

Los elementos estructurales de la medicina comunitaria, al manifestarse en el campo odontológico, generan un nuevo modelo de práctica, la odontología comunitaria u odontología simplificada.

Ese nuevo paradigma, –la odontología simplificada– puede ser definido, a base de sus elementos estructurales, como la práctica odontológica caracterizada por la naturaleza colectiva de su objeto, por la utilización del equipo odontológico con amplia redistribución de funciones envolviendo personal técnico y auxiliar, por la destecnificación del acto odontológico a través del uso de la tecnología apropiada, por la integración de las actividades preventivas, promocionales y curativas, por la jerarquización de los servicios con universalización de los cuidados primarios, por la inclusión de prácticas odontológicas alternativas y por la participación comunitaria.

Hay que resaltar que la odontología simplificada coloca dos conceptos claves: la simplificación y la desmonopolización.

La simplificación de la Odontología implica la eliminación de lo sofisticado, de lo superfluo, de lo innecesario, de la disminución de elementos y de pasos, sin que se afecte la calidad del acto odontológico, juntamente con la reflexión crítica de toda práctica odontológica.

La simplificación contiene algunos elementos esenciales que son:<sup>46</sup>

- a) Énfasis en la prevención.
- b) Disminución de pasos sin disminuir la calidad.
- c) Eficacia a través de la eficacia.
- d) Padronización.
- e) Desarrollo tecnológico.

La simplificación debe notar una recomendación odonto–práctica de la Odontología en sus realaciones con las actividades de docencia, investigación y servicios.<sup>47</sup>

El otro concepto ligado a la odontología simplificada, el de desmonopolización, pretende la supresión del monopolio profesional representado por la profesión organizada y por la industria odontológica, a través de la redistribución de los conocimientos científicos y tecnológicos y de atención odontológica.<sup>48</sup>

Con todo la desmonopolización de la Odontología no debe ser entendida como la

imposición o transferencia, linear e unidireccional, del conocimiento odontológico a la población sino como el nuevo conocimiento que surge dialécticamente de la confrontación de los discursos odontológicos, oficial y popular, o sea, como los discursos orgánicos de la Odontología.

Hay varias evidencias de que el discurso odontológico popular es bastante rico<sup>49 50</sup> y que las representaciones de la salud oral de las poblaciones de baja renta son bastante avanzadas.<sup>51</sup>

## VII. LA PRODUCCION DE CONOCIMIENTOS PARA LA PRACTICA ODONTOLOGICA EN LA AMERICA LATINA.

La base de lo que analizó hasta ahora nos muestra, que el tema sustantivo es la producción de conocimientos para la práctica odontológica en la América Latina.

Esa producción debe ser reorientada en varios sentidos, a fin de que pueda conducir a una nueva práctica odontológica que sea eficaz, eficiente y que supere el problema de las desigualdades.

La primera vertiente de la reorientación es constituída por la congruencia de la investigación con el nuevo paradigma de la odontología simplificada. Así, la producción de conocimientos debe llevar al refuerzo de los elementos estructurales de la odontología comunitaria en una perspectiva crítica que trascienda una visión meramente eficientista de la práctica odontológica. Para eso es preciso revertir toda la ideología de la producción de conocimientos de la odontología científica que prevalece hasta el momento y viabilicen programas de cuidados primarios de Odontología.

Ese tipo de investigación merece una recomendación especial en la Conferencia de Alma-Ata.<sup>52</sup> “Recomienda que cada programa nacional reserve un porcentaje de sus recursos para la investigación continuada de servicios de salud y áreas que operen paralelamente el proceso general último de ejecución; estimulen la evaluación y la retroinformación para la pronta identificación de problemas, atribuyan responsabilidades a las instituciones de enseñanza y de investigación, para que de esa manera colaboren estrechamente con el sistema de salud; estimulen la participación de agentes de campo y miembros de la comunidad y emprendan un esfuerzo continuado para entrenar investigadores a fin de promover la autoconfianza nacional”.

Una segunda vertiente de producción de conocimientos para la práctica odontológica consiste en la ruptura de la dependencia científica que se produzcan, realmente, conocimientos científicos y tecnológicos en la América Latina y que se transformen los centros de producción y difusión de una odontología simplificada, históricamente situada y registrada.

Una tercera vertiente de reorientación exige un cambio de vinculación de la producción de conocimientos que no debe hacerse más con la industria odontológica, sino con las clases sociales marginadas en la América Latina. En la odontología científica, la industria odontológica monopoliza la ciencia y a la tecnología en el interés de acumulación de capital y no

para la satisfacción de las necesidades de la población.

Potencialmente, esto podrá ocurrir en la medida en que la odontología simplificada fuera reinterpretada, en la práctica social, como un mero proyecto medicalizador que viabilice un consumo incremental de equipamientos y materiales simplificados producidos por la industria odontológica. Para que eso ocurra, es preciso que el proceso de producción de conocimientos odontológicos sea orientado, exclusivamente, por las necesidades de las mayorías latinoamericanas.

Una cuarta vertiente de reorientación implica la reformulación de la concepción del investigador y del “centro” de la investigación. La investigación, en la odontología científica, es monopolizada por el “experto” de altísimo nivel de conocimientos únicos elementos capaces de mover en el cerrado mundo de la ciencia trabajado en institutos, universidades, con la ayuda de equipamientos de alta densidad de capital.

Sin negar la importancia de los centros de investigación de excelencia, hay que ampliar los límites del espacio de producción de conocimientos, de modo a que la investigación se pueda hacer, también, a nivel de los servicios, en un proceso de reflexión constante de la práctica odontológica que desmifique el trabajo científico, trayéndolo para el ámbito de las actividades rutinarias y prestándole el carácter de mecanismo continuo de acumulación de conocimientos.

Además, el trabajo científico, debe de ser desarrollado por trabajadores científicos de cualquier nivel y, no solamente, por un pequeño grupo de científicos legitimados por una determinada visión ideológica de hacer ciencia positiva. Para alcanzar ese objetivo, todo el equipo odontológico debe tener una preparación básica en investigación científica.

Más que eso, la producción de conocimientos odontológicos debe ser reorientada para poder captar a la ciencia odontológica popular, confrontando, constantemente, con la ciencia odontológica oficial. Así, la investigación odontológica debe ser realizada con la población, reconociendo que la práctica diaria confiere a ella un rico conocimiento, disperso en el discurso odontológico popular.

Por fin, y como quinta vertiente de reorientación de la producción de conocimientos odontológicos en la América Latina, se debe buscar la destecnificación del acto odontológico a través de la investigación de tecnologías apropiadas.

El discurso oficial es bastante directo: “Para todos los niveles del sistema de salud ha llegado la hora de proceder a un análisis crítico de sus métodos, técnicas, equipamiento y drogas, virando a la exclusiva utilización de tecnologías comprobadamente útiles y financieramente viables. Esa revisión es fundamental para los cuidados primarios de la salud, dada la tendencia histórica de concentración en torno de las tecnologías médicas más apropiadas y al uso hospitalario de los servicios de vanguardia. El ámbito y los propósitos de los cuidados primarios de salud y la capacidad técnica de los responsables por su prestación, tornan la disponibilidad de la tecnología apropiada más importante que nunca”<sup>52</sup>

La tecnología sanitaria y por tanto, la tecnología odontológica, puede ser dividida en

tres grandes categorías en función de sus resultados.<sup>54</sup> La tecnología fundamental que tiene impacto real en la salud; la tecnología placebo que no afecta substancialmente la salud y a la tecnología paliativa, la cual es intermediaria entre las dos anteriores.

Gran parte de la tecnología sofisticada ofrecida por la odontología científica es de dos tipos, placebo y paliativa, por eso mismo, un primer criterio para definir una tecnología apropiada es que ella es fundamental.

Además de su fundamentalidad, la tecnología odontológica apropiada debe ser científicamente bien estructurada, aceptable para los que la utilizan y para sus beneficiarios, adecuada a la cultura local, simple y de bajo costo.<sup>55</sup>

De ese modo, la tecnología apropiada no significa, solamente tecnología simplificada y barata. Es mucho más que eso, al incorporar las siguientes características:<sup>56</sup>

- Adaptación de las condiciones sociales y culturales de la población.
- Reconocimiento de la existencia de caminos opcionales para lograr la satisfacción de las necesidades de salud.
- Favorecimiento de auto-suficiencia y de la auto-confianza de las poblaciones.
- Incorporación de los criterios de costo-eficacia desde el punto de vista social.

La tecnología odontológica apropiada debe ser investigada en los campos de las técnicas de salud, de las técnicas administrativas y de las técnicas de capacitación que constituyen las tecnologías sanitarias básicas,<sup>57</sup> y deben idealmente, en su aplicabilidad, obedecer a los siguientes criterios:<sup>58</sup>

- Que pueda ser adaptada, fabricada y controlada por la comunidad.
- Que sea económica.
- Que tenga base científica.
- Que tenga concordancia con la cultura local.
- Que propicie la participación organizada de la comunidad en la selección de alternativas.
- Que use, al máximo, los recursos disponibles locales.
- Que sea generadora de empleo, utilizando mano de obra local.
- Que sea pequeña en escala.
- Que sea entendida, controlada y mantenida por el personal local.
- Que se estimule la utilización de fuentes de energías locales.

La investigación de una tecnología apropiada debe envolver todos los elementos significativos de la práctica odontológica, a saber: los recursos humanos, los equipos, los sistemas de ejercicios, el instrumental, los materiales, las drogas, las técnicas y los espacios físicos.

(Traducción del portugués: Dagoberto Tejeda Ortíz).

## NOTAS Y BIBLIOGRAFIA

- 1) Kuhn, J. C., "*A estrutura das revoluções científicas*", Sao Paulo, Ed. Perspectivas, 1975, p. 13.
- 2) Cardoso, F. H. & Faletto, E., "*Dependencia e Desenvolvimento na América Latina*", Río de Janeiro, Zahar, Ed., 1970.
- 3) Freire, P., "*Conscientização. Teoria y práctica da libertação, una introdução do pensamento de paulo Freire*", Sao Paulo, Cortez e Moraes, 1980, pp. 61–63.
- 4) Mahler, H. "*Official records of the World Health Organization*", 28th WHO Assembly, Sixth Pleanary Meeting, Geneva, WHO, 1975, p. 105.
- 5) Navarro, V. "*The political and economic origins of the underdevelopment of health in Latin America*", In: Navarro, V. *Medicine under capitalism*, New York, Prodist, 1976, pp. 3–53.
- 6) Bader, M. B. "*The International transfer of medical technology, an analysis and a proposal for effective monitoring*", *Int. J. Health Serv.* 7:443–458, 1977.
- 7) Piacharud, D. "*The difusion of medical techniques to less developed countries*", *Int. J. Health Serv.*, 9:629–643, 1979.
- 8) Grupo de trabajo sub-regional sobre tecnología apropiada. "*La importancia y el papel de la tecnología apropiada en la extensión de cobertura para alcanzar la meta salud para todos en el año 2000*", San José, mimeografiado, 1980, p. 6.
- 9) Rosen, G. "*Da policia medica a medicina social*", Río de Janeiro, Gaal, 1980, pp. 143–189.
- 10) Foucault, M. "*Historia de la medicalización*", Ed. Med. Sal; 11:2–25, 1977.
- 11) Ehrenreich, B. "*health care and social control, Social policy*", 5:26–40.1974.
- 12) Zola, I. K. "*Medicine as institution of social control*", *Soc. Rev.* 20:487–504, 1972.
- 13) Luz, M. T. "*As institucoes medicas no Brasil*", Río de Janeiro, Raal, 1979, pp. 23–47.
- 14) Foucault, M. "*La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*", Ed. Med. Salud, 10:152–170, 1976.
- 15) Flexner, A. "*Medical education in the United States and Canada*", Carnegie Foundatin for the advancement of Teacheing, 1910, 346 p.
- 16) Flexner, A. Op. cit. No. 15, pág. 58.
- 17) Gandra, D. S. "*Consideracoes sobre anatureza e a dinamica da pratica medica*", Ed. med. Sal. 9: 355–364, 1975.
- 18) Arouca, A.S.S. "*Introducao a critica do setor saude*", Departamento de Odontología Social e Preventiva da UFMG, s/data, p. 3.
- 19) McNemey, W. J. "*Reforms in the health care*", *Am. J. Publ. Health*, 62: 18–35, 1971.
- 20) McKeown, T. "*A historial appraisal of the medical task*", In: McKeown, T. McLachaiang, G. *Medical History and medical care; a symposium of perspectives*, New York, Oxford, Oxford Univ. Press., 1971, p. 29.
- 21) Renaud, M. "*On the structural constraints to state intervention in health*", *ins J. Health serv*, 5: 559–571, 1976.
- 22) Navarro, V. "*The crisis of the westen syten of medicine in contemporary capitalism*", *inst. J. Healt Serv.* 8:179–211, 1978.
- 23) Powles, J. "*On the limitations of modern medicine*", *Scl. Med. Man* 1:1–30, 1973.

- 24) Dubos, R. "*Mirage of health, utopias, progress and biological change*". New York, Perennial Lib. 1972, pp. 1970–219.
- 25) Cochrane, A. L. "*Effectiveness and efficiency, random reflections on health services*", London, The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972, p. 8.
- 26) Illich, LL. "*A expropiacao da saude, nemesis da medicina*". Río de Janeiro, Nova Fronteira, 3, ed. 1977.
- 27) Kadt, E. "*Las desigualdades en el campo de la salud*", In: Libingstone, M. Raczinski, D. Salud Pública y bienestar social, Santiago, Ceplan, 1976, pp. 27–63.
- 28) Hart, J. T. "*The inverse care law*", Lancet, 1:405–412, 1971.
- 29) Organización Panamericana de la Salud, "*Fluoración de la sal*", in: Washington, OPS/OMS, Pub. Cient. No. 335, 1978.
- 30) Lennon, M. A. "*Dental care delivery in the United Kingdom*", In: Ingle, J/i. Blair, P., International dental care delivery systems, Michigan, Ballinger Pub., 1978, pp. 97–109.
- 31) Governo do Distrito Federal "*Programa integrado de Saude escolar*", Brasilia, mimeografiado, 1977, p. 11.
- 32) Pinto, V. G. "*Odontología institucional brasileira*", Rev. Alfaro 13: 15–42, 1978.
- 33) Bjorn, A. et alii. "*Marginal fit of restorations and its relation to periodontal bone level*", part. I., Odontologisk Rev. 20; 311–322, 1969.
- 34) Bjorn, A. et alii. "*Margina fit of restorations and its relation to periodontal bone level*", Part. II. Odontologisk Rev. 21: 337–346, 1970.
- 35) Silva H. O. "*Curso de protese simplificada*". Belo Horizonte, 1980.
- 36) Revista de Facultad de Odontología de Aracatuba. 7(2): 133–232, 1978.
- 37) OMS/UNICEF. "*Cuidados primarios de saude*", Relatorio da Conferencia Internacional sobre cuidados Primarios de Saude, Ama–Ata, URSS, 6–12, Setembro de 1978, I. Brasilea, UNICEF, 1979, pág. 4.
- 38) Lathem, W. "*Introduction. In: Lathem*", W & Newberry, A. *Community medicine. New York, Appleton Century*, 1970, p. 2.
- 39) Doninangelo, M. C. F. Pereira, L. "*Saud e Sociedad*". São, Duas Cidades, 1976.
- 40) OMS/UNICEF, op. cit. No. 37, p. 3.
- 41) OMS/UNICEF, op. cit., No. 37, 32–33.
- 42) OMS/UNICEF, op. cit., No. 37, p. 51.
- 43) OMS/UNICEF, op. cit., No. 37, p. 19.
- 44) Breilth., J. "*Community medicine under imperialism: a new medical police*". Int. J. Health Serv., 9:5–25, 1979.
- 45) Menéndez, O. R. "*Simplificación y desmonopolización en Odontología, su significado social*", Rev. CERON, 4:9–19, 1979.
- 46) Silva H. Q. Cordon, J. A. "*Notas sobre simplificación y desmonopolización en la Odontología*". Mimeografiado, s/fecha.
- 47) Silva H. Q. Cordon, J. A. "*Discusión sobre simplificación de la práctica estomatológica*". Caracas, CERON, mimeografiado, 1978.
- 48) Cordon, J. A. "*Consideraciones sobre desmonopolización en la Odontología*" Brasilea, I Congreso Internacional de Salud Bucal, 1977.

- 49) Fumagalli, E. A. W. "Plantas, su uso en Odontología", *Odontólogo moderno*, 6:14–31, 1978.
- 50) Bannerman, R. H. "Acupuntura: ¿Qué piensa la OMS?", *Salud Mundial*, diciembre 24–29, 1979.
- 51) Departamento de Odontología da UCMG. "Representação de saúde oral da população do Bairro São Geraldo". Pesquisa em andamento.
- 52) OMS/UNICEF, op. cit., No. 37, p. 24.
- 53) Mahler, H. "Perspectivas sociais em materia de saude", *Rev. Par. Saude*, 1:225–235, 1976.
- 54) OMS/UNICEF, op. cit., No. 37, p. 49.
- 55) Vidal, C. A. "Aproximaciones a Tecnología y salud", *Bal. Ofic. San, Pan*, 83:198–209, 1977.
- 56) Organización Panamericana de la Salud, "Tecnología en función de extensión de la cobertura de servicios de salud, atención primaria y participación de la comunidad". San José, Relatorio del Segundo Grupo de Estudios, 1977, pp. 4–5.
- 57) Grupo de Trabajo Sub-Regional sobre Tecnología Apropriada. "La tecnología y la tecnología apropiada: orígenes, criterios, condiciones, características y componentes", San José, 1980, p. 5.

**CUARTA SESION PLENARIA**  
**JUEVES 16 DE OCTUBRE, 1**



- RELATO GENERAL**
- RESOLUCIONES**
- ELECCION DE LA DIRECTIVA DE LA OFEDO–UDUAL**



## RELATO GENERAL

*Licdo. Dagoberto Tejeda Ortiz*  
**Relator General**

Del 12 al 16 de octubre del 1980 fue convocada por la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), la "*I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina*", la cual fue realizada en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, República Dominicana.

Tal como se consigna en las Actas de esta Reunión en la Sesión Preliminar, fue electo el Dr. Leonardo Erickson de la Universidad Autónoma de Santo Domingo para la Presidencia, el Dr. Víctor Rodríguez de la Universidad Central de Venezuela, el Dr. Alfonso Fuentes de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y el Dr. Jorge Fernández, Presidente de la Asociación Peruana de Programas Académicos de Odontología, para las Vice—Presidencias. El Dr. Ignacio Rodríguez Chiappini fue electo Secretario General y el Licdo. Dagoberto Tejeda Ortiz como Relator General.



## TEMA I

### “LOS RECURSOS HUMANOS ODONTOLÓGICOS NECESARIOS PARA LA AMÉRICA LATINA”

En las exposiciones y discusiones sobre este tema, se realizó un profundo análisis del contexto socio-económico latinoamericano, del papel científico-académico-ideológico-político que han jugado y que juegan las Universidades; la función y las características del sector salud, así como los modos y las modalidades en relación a la formación de los recursos humanos odontológicos en el continente.

En este sentido se precisó la estrecha relación entre la formación social de América Latina y la producción de recursos humanos odontológicos. Por eso, se afirmó, que “la educación superior en América Latina debe, por su comprensión y estudio, ser analizada como componente de una totalidad social, en un tiempo y espacio concreto; por lo cual le es posible en una reproducción en el tiempo, a través de sus funciones de docencia, investigación y servicio, la formación de recursos humanos acordes a un modo de producción determinado”.

De ahí entonces, que el análisis de la formación de recursos humanos odontológicos y el papel general de las Universidades en América Latina, debe de hacerse desde una perspectiva histórica-estructural. Acorde con esto, las características y la articulación de las universidades y la sociedad en América Latina, con excepción de Cuba, deben ser analizadas y comprendidas partiendo de la existencia de un modo de producción capitalista, sub-desarrollado y dependiente. Por eso, puede afirmarse “que la Universidad Latinoamericana tiene como función principal la promoción de la fuerza de trabajo y la inculcación de la ideología dominante de acuerdo a la división social del trabajo”. De ahí, podemos entonces ver en ellas, una “parcialización del conocimiento, subordinación del alumno, horarios rígidos y completos, estructura organizativa lineal, competencia en calificación, objetivos definidos, aceptación de las leyes de oferta y demanda, alienación a través de asociaciones y recompensas y el manejo de un conocimiento teórico sobre la realidad.

Esta situación no es lineal ni mecánica, sino dialéctica, ya que ha dado el espacio social que ha permitido la lucha de clases y los esfuerzos nacionales de independencia en nuestros

países. Muchas de las Universidades Latinoamericanas se han convertido en centros críticos, productores de conocimientos y de conciencia, identificándose con el pueblo e insertándose en los proceso de cambios sociales.

La formación de recursos humanos odontológicos, contemplados en su relación con la práctica profesional y el saber científico dentro de cada formación social, genera en América Latina contradicciones importantes, un Estado liberal donde el sector salud se articula como mantenedor de la salud de la clase hegemónica, el mantenimiento de la mano de obra productiva y la reproducción ideológico-política del modo de producción dominante.

En un contexto socio-económico, donde la odontología se define como una profesión de clase, donde ésta se convierte en una mercancía en cuanto a la oferta y la demanda, y se articula como una industria para el lucro, en relación al capital y al trabajo, podemos entonces encontrar contradicciones fundamentales:

- a) El enunciado de "salud para todos" en base a un aumento de cobertura y participación de la comunidad, entra en contradicción con la articulación estructural y la naturaleza de una sociedad de clases, de una sociedad de opresión de las mayorías en beneficio de las minorías.
- b) La redefinición estratégica de Estado en cuanto a sus discursos y sus programas de salud, entran en contradicción con los recursos humanos odontológicos que el pueblo necesita.

Esto plantea un problema medular en el sentido de que, si las Universidades deben formar los recursos humanos odontológicos que defina el Estado, o formar aquellos recursos humanos que necesita el pueblo, aquellos que realmente demanda la población oprimida y marginada, es decir claramente, definir, formar recursos humanos odontológicos, para qué y para quienes.

Por otro lado, este análisis plantea también otra opción fundamental en cuanto a la relación entre el Gobierno y la Universidad, en el sentido del aislamiento, la integración o la relación "negociada" entre ambos, en el sentido de coordinar actividades y programas de salud.

Así pues, "las Universidades Latinoamericanas deben definir el modelo de formación de recursos humanos coherentes con la realidad y el espacio que posibilite esta formación en función de las necesidades de la comunidad, coadyuvando en la transformación económica, social y cultural que necesitan nuestros pueblos, incorporándose plenamente a través de la docencia, la investigación y los servicios, y en integración con los organismos sanitarios de la nación".

Estas afirmaciones entre otras cosas, plantean el análisis de los recursos humanos odontológicos que estamos formando en este momento y los que deseamos formar en nuestras universidades. En el primer caso, se estableció que, la Licenciatura no es el nivel suficiente para atender las necesidades de salud bucal de la población y que se redefina la producción de los especialistas, los que estamos necesitando para atender a las necesidades del pueblo.

En el segundo caso, fue unánime la necesidad en cuanto a la definición de formación de personal auxiliar y en la delegación de funciones, en base a los diferentes niveles de atención.

Toda esta redefinición en la formación de recursos humanos odontológicos en América Latina en cuanto a niveles y funciones, deben ser realizados a través del proceso docencia–investigación–servicio; teniendo en cuenta:

1. La desmonopolización y transferencia del conocimiento científico.
2. La participación del pueblo en todo el proceso de salud–enfermedad.
3. El trabajo en equipos interdisciplinarios.
4. La coordinación inter–institucional, Universidades, instituciones estatales, empleadoras de salud, organizaciones populares y gremios.
5. Un proceso de educación continuada en los profesores, enfatizando los aspectos pedagógicos y los teóricos metodológicos, así como los relacionados con la promoción histórico–social de la sociedad Latinoamericana.



## TEMA II

### “EL CAMBIO EN LA PRODUCCION DE SERVICIOS ODONTOLOGICOS EN LA AMERICA LATINA”

La práctica profesional odontológica ha sido definida y determinada por la estructura social en cada formación social. De ahí entonces que su comprensión debe ser histórica, es decir, que la práctica profesional odontológica no ha sido ni es la misma en cada sociedad, ni es igual en todos ellos. Por el contrario, ha ido transformándose en la medida en que se ha ido modificando la sociedad.

En América Latina, con excepción de Cuba, la práctica profesional odontológica está determinada por el modo de producción capitalista. El predominio en la práctica privada, caracteriza a una odontología de clases que se explicita en afán desmedido de comercialización y de lucro, en donde se acentúa claramente por alcance en su cobertura un predominio exagerado de lo curativo mutilante.

Esta realidad ha traído por consecuencia que los servicios odontológicos sean un lujo para beneficio de la clase dominante, entendiéndose así entonces, el porque más de las tres cuartas partes de la población no reciben atención odontológica y que incluso las que la reciben “sólo una mínima parte es integral”.

La formación capitalista, subdesarrollada y dependiente de casi la totalidad de los países de América Latina, tienen una “práctica desorientada ecológicamente, de gran complejidad tecnológica, de equipamiento e instrumental de alto costo, poco eficiente, lenta, mala, mínimamente eficaz, que margina de sus beneficios a la mayoría de la población y sin ningún reparo social”.

Por esas razones, no hay dudas en cuanto la incapacidad real para que la odontología, en este momento, ofrezca salud bucodental para nuestros pueblos. En esa incapacidad, podemos señalar cuatro aspectos causales básicos.

1. “El tipo de práctica profesional dominante, resultante del modo de producción capitalista, práctica mercantil que, representa forma discriminatoria en el acceso

de los distintos sectores sociales a la atención que, repercute además en la distribución geográfica de los profesionales y afecta a la misma atención prestada, puesto que ella no es adecuada para las personas que la reciben.

Los grupos de bajos ingresos tienen una mayor probabilidad de una extracción dentaria que de una obturación, ocurriendo lo contrario con los de mayores ingresos.

2. El modelo prevalente del servicio, que actúa solo frente a la demanda, con abordaje curativo de los problemas, de alto costo, ya sea que lo financie el propio paciente o el Estado.
3. La tecnología en uso, la cual obedece más a las imposiciones de la industria odontológica y a la dependencia de todo tipo, que a las necesidades reales para enfrentar la compleja problemática odontológica, traduciéndose en una elevación de los costos de servicio y convirtiendo a la odontología en un satisfactor de necesidades cada vez más inaccesibles a la gran masa poblacional.

Solo recientemente se hacen esfuerzos, en nuestra América Latina, para desarrollar nuevos sistemas que permitan potencializar la entrega de servicios.

4. El modelo profesional, pues, es la forma en que tradicionalmente se realiza la práctica, que en odontología se caracteriza por una falta de programación y sistematización, con disminución de su real capacidad de ejercicio profesional, con el abordaje de los problemas en base a la unidad diente y otros que lo hacen extremadamente deficiente.

Dadas las razones estructurales antes citadas, se acepta ya el hecho de que la práctica odontológica actual, en esencia, nunca podrá resolver los problemas en dicho campo, cualitativa y cuantitativamente, se impone entonces la superación de esta práctica. La práctica profesional odontológica determinada por la estructura social vigente, en casi todos los países de América Latina se plantea las siguientes alternativas.

- a) No hacer ningún esfuerzo de superación hasta tanto no se realicen las transformaciones estructurales.
- b) Comprender que en última instancia, esta práctica determinada por el cambio social, se plantee la búsqueda de prácticas alternativas y se estructuren espacios de criticidad que poco a poco se vayan articulando como respuestas históricas.

Por esta última razón la Universidad, como centro crítico de la sociedad, debe asumir conciencia de su papel actual en la reproducción de la práctica profesional odontológica dominante, hacer una autocrítica al respecto y decidirse a la búsqueda de alternativas en la formación de los recursos humanos odontológicos acordes a las necesidades del pueblo y decidirse además a la búsqueda de nuevas prácticas profesionales emergentes que realmente sean alternativas que se expliciten más profundamente con un cambio estructural, en base al

modelo de docencia, investigación y servicios, con las características enunciadas en el tema anterior.

En cuanto a los organismos de servicios de salud a la población, se recomienda que las Universidades coordinen actividades de salud con ellos, así mismo, “se estimulará el diseño de modelos de docencia–investigación–servicios que permitan que el estudiante se forme en un régimen de “aprender–haciendo” y “aprender–transformando”, en contacto permanente con las necesidades y demandas de la sociedad, dirigida a una “práctica social”, la cual se inscriba en el quehacer de la clase fundamental del país”.

Así mismo las Universidades deben colaborar para que en los organismos de servicios públicos de salud implementen:

- a) Unidades de Investigación para que la producción de conocimientos permita una redefinición permanente en la organización y funcionamiento de los servicios.
- b) Unidades para la realización de investigación y producción de materiales y equipos en base al desarrollo de tecnología locales, acorde a los recursos y necesidades de nuestros países.



### TEMA III

## LA PRODUCCION DE CONOCIMIENTOS PARA LA PRACTICA ODONTOLOGICA EN AMERICA LATINA

“El conocimiento científico es la resultante abstracta del trabajo creador efectuado por los hombres a lo largo de la historia. Generado a partir del conocimiento popular y empírico se ha elevado por sobre este mediante la indagación racional sistematizada, hasta convertirse en un componente fundamental en el proceso de desarrollo de la humanidad.

Como todo trabajo, la producción de conocimientos está enmarcada y determinada por la estructura socio-económica, cultural predominante en el momento histórico en que el mismo se realiza”.

En ese sentido, “la investigación actual en Latinoamérica no escapa a la determinación histórica. Por el contrario, esta se desenvuelve en fiel concordancia con las leyes objetivas que rigen los procesos sociales del continente. Así el modelo de sociedad que actualmente predomina en Latinoamérica, capitalista subdesarrollada – dependiente, con rezagos semi-feudales, por su propia esencia generadora de clases sociales antagónicas, fomentan una investigación orientada a comprender y resolver los problemas de la clase dominante, al mismo tiempo que soslaya, desalienta y desvirtúa el desarrollo de una investigación comprometida con el bienestar de los inmensos sectores marginados de la sociedad”.

Dentro del campo científico-académico, es en la producción de conocimientos donde se sitúa la definición real de muchas universidades latinoamericanas que sólo son receptáculos para la difusión de conocimientos alienados y alienantes en vez de ser centros productores de conocimientos científicos.

La reproducción del modo de producción dominante, la difusión ideológica de éste, se manifiesta a través de Universidades dependientes, de la acción de investigadores alienados, y de los condicionamientos que se articulan en función de la exigencia de la agencia financiadora.

En ese sentido las exposiciones muestran claramente que “el comportamiento alienado

e individualista de un porcentaje de investigadores, sumado a la intervención directa de las agencias financiadoras induciendo y reforzando la dependencia científica, configuran lo esencial del estado actual de la investigación en Latinoamericano.

Dado que el conocimiento científico es una mediación, un instrumento que incide directamente para la transformación o no de la realidad, la producción científica de las instituciones e individuos en Latinoamérica queda delimitada en dos posiciones fundamentales:

**Primero**, la utilización de la ciencia en beneficio de las clases y países dominantes, consolidando la dependencia y el subdesarrollo, al tiempo que usufructuando beneficios individuales por ello.

**Segundo**, la utilización de la ciencia como instrumento de desalienación y progreso social, capaz de servir a todos los miembros de la sociedad, rechazando las injustas discriminaciones propias de una sociedad de clases”.

Si aceptamos que la Universidad debe ser una institución coayuvante de los cambios sociales, centro crítico productor y reproductor de conocimientos, entonces ha de definirse claramente los pasos para que esto sea una realidad.

La superación de la crisis existente en la producción de conocimientos en el campo de la Odontología, debe partir de una reorientación global y profunda. En este sentido, debe tenerse en cuenta:

1. La investigación debe ser desarrollada en los diferentes niveles de atención, enfatizándose a nivel primario de salud.
2. La producción de conocimientos y de tecnologías locales acordes a las necesidades de la población y los recursos del país.
3. Vincular la investigación con las clases oprimidas.
4. Desmonopolización de la investigación por parte de “los expertos”, ampliándola al mayor espacios posible a nivel de otros recursos humanos odontológicos.
5. La producción de conocimientos odontológicos debe buscarse técnicando el “acto” odontológico a través de la investigación de tecnología apropiadas.

En esa base, las Universidades Latinoamericanas deben contribuir para desarrollar un proceso, cuyo objetivo sea la organización de la ciencia y la técnica en nuestro país. Este proceso implica la definición “de las políticas y los planes nacionales e institucionales de investigación odontológica”.

En ese sentido se recomendó, “un esquema operacional que permita planificar y ejecutar distintos tipos de investigación comprendidos en el campo odontológico, en forma ordenada y articulada”. Se aprobó que el esquema operacional en cuestión debe comprender tres niveles bien diferenciados pero complementarios entre sí:

- a) Investigación socio—epidemiológica.

b) Investigación clínico–patológica.

c) Investigación biopatológica.

Por último, todo este proceso exige, además de lo antes señalado, la capacitación de recursos humanos para la investigación; hacer de la investigación una variable imprescindible de la docencia, investigación y servicios; y desarrollar actividades y programas de cooperación entre países “en desarrollo”.

Aunque las Universidades Latinoamericanas deben ser centros dinámicos, creemos, que la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina, recién creada, y la UDUAL deben ser mecanismos fundamentales en este proceso de producción y reproducción de conocimientos científicos en el campo de la Odontología.

Así pues, la discusión separada de la formación de recursos humanos, de la práctica profesional y del saber científico, nos llevó a contemplar estas tres variables como partes de una totalidad histórica estructural, donde se dá una correlación coherente entre las partes y el todo (y viceversa). En ella, aunque el aspecto socio–económico sea hegemónico y determinante, dada las contradicciones sociales, deja espacios de trabajo científico–académico–político para que las Universidades en función de esa relativa “autonomía” elaboren respuestas que trasciendan en cuanto a la formación de recursos humanos odontológicos, la producción de conocimientos científicos y la participación en los servicios para que de esta manera se dé un proceso pueblo–universidad que sea capaz de poder contribuir a los cambios sociales necesarios de casi la totalidad de los países Latinoamericanos.



**I CONFERENCIA DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS  
DE ODONTOLOGIA DE AMERICA LATINA – (UDUAL)**

**ACTA No. 1980.**

**DE LA SESION PLENARIA CELEBRADA EN FECHA 16 DE OCTUBRE DE 1980**

En la ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, siendo las 9:30 de la mañana del día 16 de octubre del año mil novecientos ochenta (1980), se dió inicio a la sesión plenaria para continuar con la discusión del Anteproyecto de Estatutos de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la UDUAL, así como para la presentación del relator general.

A seguidas la presidencia solicitó al Dr. Edgar Morán procediera a continuar con la lectura de los articulados del anteproyecto citado.

Despues de dar lectura uno por uno, a partir del Art. XIII y acogidas las observaciones pertinentes quedó aprobado de ia forma que consta en el Anexo II de las Memorias.

A solicitud de uno de los participantes la presidencia acogió se procediera a la elección de la sede y subsede para la próxima Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología, así como a la integración de la Organización de Facultades de Odontología (OFO).

A seguidas un representante de Venezuela sugirió para la próxima sede a su país, propuesta que fue aceptada por aclamación.

Para la sub—sede fueron propuestos por sus respectivos representantes los países de México y Ecuador.

Minutos más tarde el representante de México retiró su proposición, quedando solo la del Ecuador que fue aprobada por aclamación.

Para la elección de la sub—sede de la próxima Conferencia de Facultades, Escuelas y

Departamentos de América Latina surgieron dos propuestas: una para que fuera México y la otra en favor de Ecuador.

El Dr. Alfonso Fuentes, Moderador, informó luego que la propuesta de México quedaba retirada y que por lo tanto sólo quedaba la de Ecuador; de esa forma se seleccionó a Ecuador como sub-sede para la celebración del próximo evento.

Dijo que se procedería a la elección del Presidente, los dos Vicepresidentes, el Secretario Ejecutivo, los cuatro vocales titulares y los suplentes, para dejar así integrado el Consejo Directivo de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina.

El Dr. Rodríguez Urdaneta propuso que como la sede seleccionada era Venezuela y la sub-sede Ecuador, la Presidencia, la 1ra. Vicepresidencia y la Secretaría Ejecutiva debían quedar entre Venezuela y Ecuador, Presentó como candidatos a los señores:

Dr. Manlio Sardi, de Venezuela, como Presidente;  
Dr. Salomón Cabezas, de Ecuador, Primer Vicepresidente;  
Dr. Elbano Pieruzzi, de Venezuela, Secretario Ejecutivo;  
y un delegado de México para la 2da. Vicepresidencia.

El Dr. Antonio Mena propuso a los siguientes candidatos:

Dr. Manlio Sardi como Presidente;  
Dr. José Garita de Costa Rica como 1er. Vicepresidente;  
Dr. Juan B. Martínez, dominicano, como 2do. Vicepresidente y  
Dr. Elbano Pieruzzi como Secretario Ejecutivo.

Uno de los participantes, no identificado, planteó que para la elección del Consejo Directivo era conveniente lanzar candidaturas individuales para los puestos. Primero al de Presidente, luego al de Vicepresidente y así sucesivamente.

El señor Moderador se mostró de acuerdo con el procedimiento indicado anteriormente. Consideró que de esta forma la elección sería más rápida. Preguntó a los señores que habían propuesto que la elección se hiciera por plancha de cuatro, si estaban de acuerdo en que la votación fuera puesto por puesto.

El Dr. Antonio Mena consideró que lo más conveniente era someter ambos procedimientos a la sala.

Se sometieron ambos procedimientos a votación y se aprobó:

#### REALIZAR LA VOTACION PUESTO POR PUESTO

A seguidas, fue propuesto para la Presidencia el Dr. Manlio Sardi de Venezuela.

El Dr. Garita de Costa Rica planteó que la votación debía ser escrita. Esta moción fue sometida a la sala y rechazada. Sólo alcanzó un voto. Poco después se sometió a votación la

candidatura del Dr. Manlio Sardi para ocupar la Presidencia del Consejo Directivo de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la UDUAL.

Esto fue aprobado a unanimidad.

Para ocupar la primera Vicepresidencia, fueron nombrados los señores Salomón Cabezas de Ecuador y José R. Garita de Costa Rica.

Se procedió a realizar la votación y resultó electo Primer Vicepresidente el Dr. José R. Garita de Costa Rica.

Para la segunda Vicepresidencia fueron propuestos los doctores: Juan B. Martínez de República Dominicana; Dr. Víctor de la Rosa de México y Dr. Leonardo Erickson de República Dominicana.

El Dr. Antonio Mena aclaró que el Dr. Erickson por haber sido presidente de la Conferencia, quedaba formando parte del Consejo Directivo, según lo establecían los estatutos de la Organización.

El Dr. Erickson manifestó agradecimiento por su nominación. Señaló que apoyaría la candidatura del Dr. Juan B. Martínez.

De esta manera sólo quedaron dos candidatos para la 2da. Vicepresidencia, Dr. Juan B. Martínez de República Dominicana y Víctor de la Rosa de México.

Se procedió a realizar la votación y RESULTO ELECTO EL DR. VICTOR DE LA ROSA DE MEXICO.

Se preguntó a los asistentes si tenían alguna otra propuesta para la Secretaría Ejecutiva aparte de la del Dr. Elbano Pieruzzi de Venezuela.

Al no presentarse ninguna otra propuesta el Dr. Elbano Pieruzzi quedó electo Secretario Ejecutivo.

Acto seguido, al iniciarse el proceso de elección de los vocales titulares, fueron mencionados para ocupar estos puestos, los doctores: Oscar Conte de México, Miguel Rodríguez de Ecuador, Luis Pérez Espaillat de República Dominicana, Saúl Ramírez de El Salvador, Rafael Kasse Acta de República Dominicana, Salomón Cabezas de Ecuador y Eugenio Valaca Mendes de Brasil.

El Dr. Kasse Acta declinó. El Dr. Miguel Rodríguez explicó que había participado en la Conferencia como Ponente Oficial no como delegado. El Dr. Eugenio Vilaca consideró no podía ser nominado para Vocal puesto que la Universidad a la que pertenecía no estaba afiliada a la UDUAL.

De esta forma sólo quedaron cuatro candidatos que fueron los doctores:

Oscar Conte, Luis Pérez Espaillat, Saúl Ramírez y Salomón Cabezas.

Antes de iniciarse la votación definitiva los asistentes entraron en una discusión acerca del procedimiento a seguir para la elección de los vocales.

Luego de escuchadas algunas sugerencias de parte de algunos de los asistentes en torno al procedimiento, se acordó que cada uno de los delegados con derecho al voto escribiera en una hoja en blanco el nombre de su candidato preferido; así tal como lo establecía el reglamento, la persona que obtuviera mayor número de votos sería el Primer Vocal, el que le siguiera en votos el Segundo Vocal y así sucesivamente. En caso de ocurrir alguna coincidencia en el número de votos se procedería realizar una nueva elección.

Se procedió a realizar la votación con el procedimiento acordado y los resultados fueron los siguientes:

- 1er. Vocal: Oscar Conte de México (6 votos).
- 2do. Vocal: Luis Pérez Espailat, República Dominicana (5 votos).
- 3er. Vocal: Saúl Ramírez, el Salvador (3 votos).
- 4to. Vocal: Salomón Cabeza, Ecuador (3 votos).

Para Vocales Suplentes fueron propuestos los señores:

- Dr. Juan B. Martínez de República Dominicana;
- Dr. Luis Alonso Calatraba de Venezuela;
- Dr. René Arroyavie;
- Dra. Norma Puertas;
- Dr. Alfonso Fuentes y
- Dr. Juan Bernal.

El Dr. Ignacio Rodríguez Chiappini planteó que se aprobaran los Vocales Suplentes en el mismo orden en que habían sido propuestos.

Esta moción fue aprobada, quedando los resultados de la siguiente forma:

- 1er. Vocal Suplente: Luis Alonso Calatraba de Venezuela;
- 2do. Vocal suplente: René Arroyavie de México,
- 3er. Vocal suplente: Norma Puertas de Venezuela,
- 4to. Vocal suplente: Juan Bernal del Perú.

Concluída esta elección, el señor Moderador procedió a informar que la ceremonia de clausura estaba fijada para la 1:00 P.M., y que a las 8:00 P.M., de ese día se ofrecería una cena en el área de la piscina, luego de la cual serían entregados los certificados de asistencia a los delegados participantes.

El Dr. Elbano Pieruzzi informó que aún faltaban por definir dos aspectos: la cuota de participación y las Comisiones Técnicas de Organización y Estudio que aparecían en el organigrama de la Organización. Sugirió que los países que pudieran cooperar lo dijeran en ese momento.

Se informó que México había propuesto Tecnología educativa y que Guatemala se había comprometido a realizar un proyecto de investigación. Después surgió otra propuesta de parte de México para realizar una investigación de modelos de servicio.

Al no presentarse ninguna otra propuesta, se preguntó si los miembros de la Sala estaban de acuerdo con las propuestas de los países mencionados. La concurrencia mostró su aprobación, quedando así encargados de las Comisiones Técnicas los países México y Guatemala.

Acto seguido se iniciaron las discusiones para fijar la tarifa de afiliación a la Organización.

El Dr. Kasse Acta propuso que fueran 300 dólares anuales.

El Dr. Erickson preguntó cuál era la cuota establecida por la UDUAL para las escuelas.

Se informó que la cuota establecida en la UDUAL por escuela era de 600 dólares por más de 3,000 alumnos; 400 dólares por menos de 3,000 y 200 dólares por menos de 1,000.

El Dr. Fuentes planteó que debía seguirse el criterio establecido en la UDUAL tomando en cuenta las escuelas y el número de alumnos.

Luego se sometieron a votación ambas propuestas aprobándose que la cuota fuera de 300 dólares por Facultad.

El Dr. Elbano Pieruzzi manifestó que en el Acápite A del Artículo XXXIII se hablaba de cuota de incorporación. Preguntó si la cuota de incorporación era una cosa y la ordinaria otra.

El Dr. Fuentes le aclaró que en este caso sería la misma.

Después de definir estos dos aspectos, se pasó a la presentación del Relato General de la Conferencia.

La lectura de este informe final estuvo a cargo del Lic. Dagoberto Tejeda Ortiz, Relator General de la Conferencia.

(Relato General figura anexo a esta acta).

Tan pronto el Lic. Dagoberto Tejeda Ortiz terminara de leer su Informe, se dio oportunidad para que los asistentes hicieran sus comentarios y observaciones sobre el Relato General.

Al no surgir ningún comentario, se le concedió la palabra al Dr. Ignacio Rodríguez Chiappini, quien procedió a dar lectura a las propuestas protocolares que aparecen anexas a esta acta.

A seguidas el Dr. Rafael Kasse Acta, presentó a nombre de la Comisión Organizadora los dos proyectos de resoluciones que aparecen anexos que versan sobre la situación de la

Universidad Nacional de El Salvador y sobre los inconvenientes presentados por el Gobierno Dominicano para la entrada al país de los delegados cubanos.

A seguidas el Dr. Silié Gatón expresó que la Conferencia había marcado un hito con caracteres imborrables para beneficio de nuestros hombres y de la Ciencia Odontológica. Consideró que los organizadores del evento, por la atinada planificación y supervisión de cada actividad programada que sirvieron de base a la exitosa realización de la Conferencia, merecían el otorgamiento de un reconocimiento público. Depositó en la Mesa Directiva el proyecto de resolución que figura anexa.

Por último consideró, y esta fue su segunda moción, que dada las carencias económicas de la UASD, la Conferencia podía hacer suyos los reclamos de la Institución ante el señor Presidente de la República y el Congreso Nacional para que mejore el presupuesto de la misma.

Con esta última intervención del Dr. Silié Gatón se concluyó la sesión Plenaria fijada para ese día y se pasó de inmediato a la Ceremonia de Clausura de la Conferencia.

El Dr. Leonardo Erickson solicitó al Dr. Manlio Sardi, de la Facultad de Odontología de la Universidad de Caracas, y quien además resultara electo Presidente de la Organización de Facultades y Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina, que agotara el primer turno.

Consideró que al Dr. Sardi le correspondía el alto honor de pronunciar el discurso en nombre de los representantes extranjeros.

El Dr. Sardi accedió gustosamente a esta petición y pronunció las palabras que aparecen en documento anexo a esta acta.

Acto seguido, el Dr. Erickson concedió la palabra al Dr. Ignacio Rodríguez Chiappini, Secretario General de la Conferencia, quien pronunció el discurso que aparece anexo a esta acta.

Luego que el Dr. Rodríguez Chiappini terminara su discurso, el Dr. Leonardo Erickson, Presidente de la Conferencia, concedió la palabra a la Dra. Maritza La Paix de Domenech, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, quien pronunció las palabras que aparecen en documento anexo.

Después el señor Presidente dio algunas informaciones a los asistentes sobre la cena fijada para las 8:00 P.M., de ese día y sobre la invitación hecha por la Universidad Central del Este de visitar las instalaciones de esa Institución y un agasajo para los delegados participantes en la Conferencia.

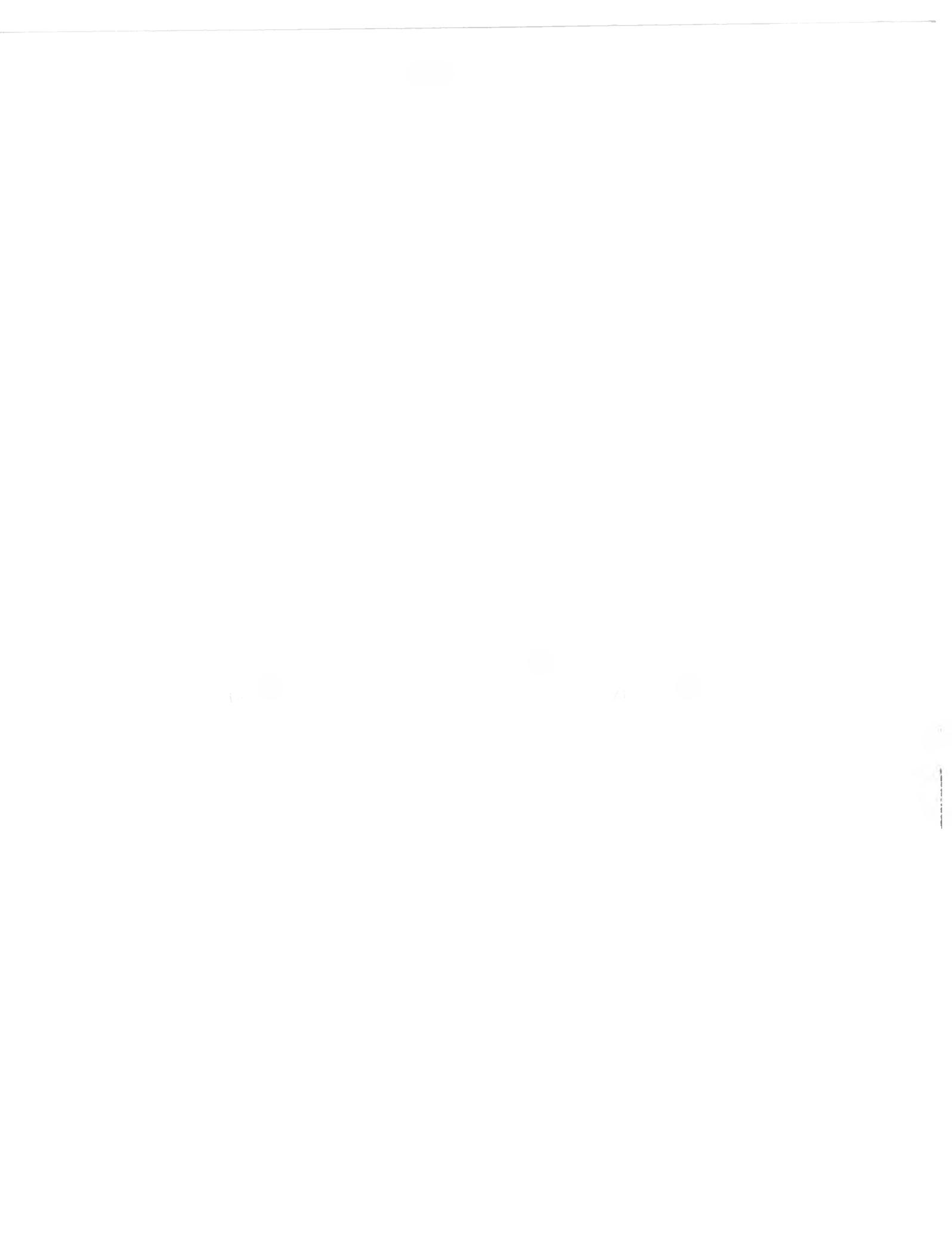
A continuación el Coro de la Universidad Autónoma de Santo Domingo procedió a entonar las notas del Glorioso Himno Nacional.

Siendo las 1:30 horas de la tarde del día 16 de octubre del año mil novecientos ochenta

(1980), el señor Dr. Leonardo Erickson, Presidente de la Conferencia, declaró concluída la Ceremonia de Clausura de la I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina.



**RESOLUCIONES DE LA I CONFERENCIA DE FACULTADES, ESCUELAS  
Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA DE AMERICA LATINA  
16 de Octubre de 1980**



## **RESOLUCION No. 1**

La Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), reunida en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana, en el mes de octubre de 1980, en ocasión de la *"I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina"*; en vista de:

1. Que en distintas instituciones latinoamericanas han emergido en los últimos años tendencias innovadoras y de cambio en la investigación científica, la formación de recursos humanos y prestación de servicios odontológicos a la colectividad.
2. Que a nivel latinoamericano existe en el presente un vacío en la definición, organización, intercambio y coordinación de las acciones que generan e impulsan las mejores posibilidades de obtener la verdadera significación social que compete a la profesión odontológica; no obstante que se han realizado algunas acciones aisladas en este sentido.
3. Que en base a lo antes señalado y a lo discutido ampliamente durante el presente evento, UDUAL considera necesaria la existencia de un organismo interno que se encargue de la atención de todos los aspectos que tiendan a promover permanentemente la odontología a nivel latinoamericano.

### **ACUERDA:**

1. En base a lo estipulado en los Artículos 32 y 34, de sus Estatutos, crear la "Organización de Facultades de Odontología de UDUAL" (*OFEDO-UDUAL*).
2. Que los objetivos que se persiguen son los siguientes:
  - a) Colaborar en el desarrollo y progreso de las instituciones afiliadas, así como estimular el mutuo conocimiento e interacción.
  - b) Servir de órgano coordinador del intercambio y relaciones de las instituciones asociadas, tanto entre sí como con otros organismos similares.

- c) Servir de centro de consulta y asesoramiento.
  - d) Proponer las medidas que tengan por objeto coordinar la organización docente, académica, administrativa y de investigación.
  - e) Fomentar el intercambio de profesores, alumnos, investigadores y graduados, así como el de publicaciones, estudios y materiales de investigación y enseñanza.
  - f) Promover el reconocimiento y respeto de la autonomía universitaria, mediante la vigencia efectiva de las libertades de cátedra y de investigación y del régimen de auto-gobierno.
  - g) Promover el respeto de los derechos humanos y la justicia social.
  - h) Coadyuvar a la transformación de la sociedad en beneficio de las mayorías que permanecen al margen de la odontología.
3. Que dicho organismo debe organizar y por consiguiente regular su funcionamiento de acuerdo a un reglamento específico cuyo anteproyecto se adjunta a la presente, el que debe ser conocido por la junta directiva de UDUAL y finalmente discutido y aprobado en la Asamblea General reunida al final del presente evento.

Dado en Santo Domingo, República Dominicana a los 16 días del mes de octubre de 1980.

## RESOLUCION No. 2

### CONSIDERANDO:

PRIMERO: Que el estado de la “*Salud Bucal*” en el latinoamericano se agrava constantemente y que la atención preventivo–curativa sigue siendo escasa y no orientada a las necesidades particulares de esta población;

SEGUNDO: Que las condiciones de “*Salud Bucal*” de la población de América Latina contribuyen negativamente a los niveles de salud general y condiciones socio–económico–culturales de esta población;

TERCERO: Que es necesario otorgarle cada vez mayor atención a los programas de “*Salud Bucal*” en las Américas –formación de recursos humanos, investigación y servicios a fin de corregir los desajustes que se comprueben al presente;

CUARTO: Que es necesario llamar la atención tanto de los organismos nacionales como internacionales involucrados en los programas de “*Salud Bucal*”, sobre lo inconveniente de descuidar las actividades odontológicas o minimizarlas;

QUINTO: Que los organismos con responsabilidad en la “*Salud Bucal*” de la población, deben conocer de la preocupación de los representantes de la odontología de este continente y de la responsabilidad que se les adscribe para velar por mejorar constantemente los niveles de “*Salud Bucal*” de la población latinoamericana.

### POR TANTO, RESUELVE:

PRIMERO: Hacer un llamado a todas las instituciones nacionales de América Latina, e internacionales, con responsabilidades en la “*Salud Bucal*”, para que dediquen más esfuerzos a su fomento, estableciendo programas de gran alcance y efectividad y fortalezcan considerablemente los que ya existen;

SEGUNDO: Solicitar a los organismos especializados de Naciones Unidas, en especial la Organización Mundial de la Salud y su Organismo Regional, la Organización Panamericana de la Salud, el fortalecimiento de divisiones o secciones de Odontología, recomendando que no sólo dediquen esfuerzos al área de otorgamiento de servicios, si no también promuevan las innovaciones positivas de carácter social en las áreas de formación de recursos odontológicos y de investigación;

—TERCERO: A los gobiernos de los países de este continente, plantear la preocupación de los representantes latinoamericanos de la Odontología, acerca de la poca atención que han venido otorgando a los programas de odontología, los cuales, además, requieren de considerables innovaciones a la luz de los resultados de las investigaciones llevadas a cabo tanto en América Latina como en otros sitios, señalando como prioridad, la impostergable necesidad de: incrementar los programas de prevención primaria y como parte de ellos los de fluoruración de los sistemas de agua y de la sal de consumo humano;

Introducir en los programas de atención odontológica, los sistemas de otorgamiento de servicios, el empleo de equipo, instrumentos y técnicas simplificadas e implementar la desmonopolización de la odontología;;

La necesidad de garantizar la ampliación de la cobertura odontológica, especialmente para incorporar a los beneficios de la "*Salud Bucal*" a los grandes sectores marginados de la población rural, de bajos niveles de educación, de economía reducida y otros; prestar su decidido apoyo para el mejoramiento de los programas de formación de recursos humanos odontológicos, especialmente a través de las facultades de odontología de los países de América Latina.

Asignar recursos e impulsar la investigación científica especialmente destinada al conocimiento concreto de los problemas de "*Salud Bucal*" que afligen al latinoamericano, y establecer con objetividad la causalidad biológica y social implicada y derivar de ello los procedimientos más adecuados para hacerles frente satisfactoriamente.

### RESOLUCION No. 3

#### RESOLUCION SOBRE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE EL SALVADOR

Conscientes de la dramática, dolorosa e infamante situación en que se encuentra actualmente la Universidad Nacional de El Salvador, cuyo recinto ha sido intervenido militarmente por las fuerzas represivas de la Junta Cívico–Militar que gobierna desde hace un año ese hermano país.

Conocedores de que la Junta Cívico–Militar, apoyada por el imperialismo norteamericano y sus aliados, vienen asesinando a mansalva en El Salvador, a miles de sus hijos y violando cotidianamente los más elementales derechos humanos.

Convencidos de la imperiosa necesidad que tenemos los universitarios de América Latina de que la autonomía universitaria sea preservada en nuestros respectivos países, a fin de que la universidad, como comunidad que une a profesores y estudiantes en la búsqueda de la verdad pueda cumplir su función rectora de la cultura y de la ciencia, ser útil al desarrollo y progreso de su pueblo, proyectándose con toda libertad a la sociedad en la cual está inserta y que cubre sus necesidades presupuestarias. La 1ra. Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina celebrada bajo los auspicios de la Unión de Universidades de América Latina, UDUAL y la Universidad Autónoma de Santo Domingo, ha resuelto, en su última sesión plenaria, aprobar los siguientes puntos:

1. Condenar la actuación de la Junta Cívico–Militar que gobierna a El Salvador, que con apoyo del imperialismo norteamericano y sus aliados pretenden impedir, con una violenta y permanente agresión; el triunfo de las fuerzas populares.
2. Exigir el abandono inmediato de las fuerzas de ocupación militar del recinto de la Universidad Nacional de El Salvador y el pleno respeto a su autonomía.
3. Pedir a todas las universidades latinoamericanas, miembros o no de UDUAL, un respaldo solidario a estos puntos y a la heroica lucha del pueblo salvadoreño en su empeño patriótico de lograr su anheladas metas de libertad y democracia.

Dado en Santo Domingo, Capital de la República Dominicana, a los 16 días del mes de octubre de 1980.

#### RESOLUCION No. 4

La 1ra. Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina, que bajo los auspicios de la Unión de Universidades de América Latina, UDUAL, y de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, se está celebrando del 12 al 16 de octubre de 1980 en la capital dominicana, ha resuelto en sesión plenaria dejar constancia de su enérgica protesta por la actitud del gobierno de la República Dominicana, por negar categóricamente el visado al doctor Rigoberto Otaño Lugo, decano de la Escuela de Estomatología de La Habana, Cuba.

El negado de visado impidió que el doctor Otaño interviniera como ponente en el segundo tema de la agenda, privando a esta 1era. Conferencia de Odontología de las ricas experiencias que en materia de servicio y docencia ha tenido la República Socialista de Cuba.

Así mismo, se ha resuelto pedir al gobierno que aún cuando no hay relaciones diplomáticas con el hermano país cubano, se mantenga la política de pasados gobiernos de mantener abiertos los canales referentes a la ciencia, el arte, la cultura y el deporte.

De esa manera, también se respetan los convenios que la Universidad Autónoma de Santo Domingo, que es estatal, ha firmado en un pasado reciente con su homóloga de la Habana, Cuba.

## **I CONFERENCIA DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA DE AMERICA LATINA**

**CONSIDERANDO:** que la realización de la I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina, ha sido posible, en gran parte, por el arduo y delicado trabajo realizado durante meses, por la Comisión Organizadora designada por la Universidad Autónoma de Santo Domingo, a fin de que tomara sobre sí la responsabilidad de programar y ejecutar todas las labores previas, así como los servicios administrativos indispensables para el normal desarrollo de las actividades intrínsecas de la Conferencia;

**CONSIDERANDO:** que el cabal cumplimiento por dicha Comisión de las funciones que se le asignaron y que le correspondían, han contribuído de manera decisiva a que los Delegados, Observadores, Invitados Especiales, Ponentes y demás participantes en este evento, lo hayan podido realizar disponiendo de cuantas facilidades son necesarias para tales reuniones internacionales;

**POR TANTO:** la I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamento de Odontología de América Latina;

### **R E S U E L V E :**

1. Otorgar público reconocimiento a la Comisión Organizadora de la Conferencia, por el eficiente trabajo y por la atinada planificación y supervisión de todas y cada una de las actividades programadas que sirvieron de base a la exitosa realización de este evento.
2. Dadas las carencias económicas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, la Conferencia hace suyos los reclamos de la institución ante el Señor Presidente de la República y el Congreso Nacional, para que mejore el presupuesto.

**I CONFERENCIA DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS  
DE ODONTOLOGIA DE AMERICA LATINA.**

**CONSIDERANDO:** que en razón de la precaria situación económica que confronta la Universidad Autónoma de Santo Domingo, parte de los recursos indispensables para cubrir los gastos que generó la celebración de la I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina, los obtuvo mediante la colaboración del Estado dominicano y de varias entidades públicas y privadas;

**POR TANTO:** La I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina

**R E S U E L V E :**

1ro.— Agradecer a las institución públicas y privadas, al Estado Dominicano, y a cuantos colaboraron con la Comisión Organizadora y con la UASD para hacer posible la realización de este evento, su util aporte;

2do.— Encomendar a la Comisión Organizadora para que trasmita esta Resolución directamente a cada uno de los colaboradores.

En Santo Domingo, República Dominicana, a los 16 días del mes de octubre del año 1980.

**I CONFERENCIA DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS  
DE ODONTOLOGIA DE AMERICA LATINA**

CONSIDERANDO: que para la realización de todas las actividades de la Conferencia, el personal técnico y administrativo que ha estado al frente de las labores de apoyo al evento, ha ejecutado en forma eficiente y consagradas, los distintos asuntos puestos a su cargo, todo lo cual ha contribuído al mejor desenvolvimiento del evento;

POR TANTO: La I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina,

**R E S U E L V E :**

1ero.— Emitir un voto de reconocimiento a todos y cada uno de los servidores de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, Profesores, técnicos y servidores administrativos por la manera eficiente y responsable con que cumplieron el encargo delicado que se les designara;

2do.— Solicitar de la institución sede, la UASD, asiente en el record personal de cada uno de estos servidores, su trabajo laborioso y eficaz.

En Santo Domingo, República Dominicana, a los 16 días del mes de octubre del año 1980.



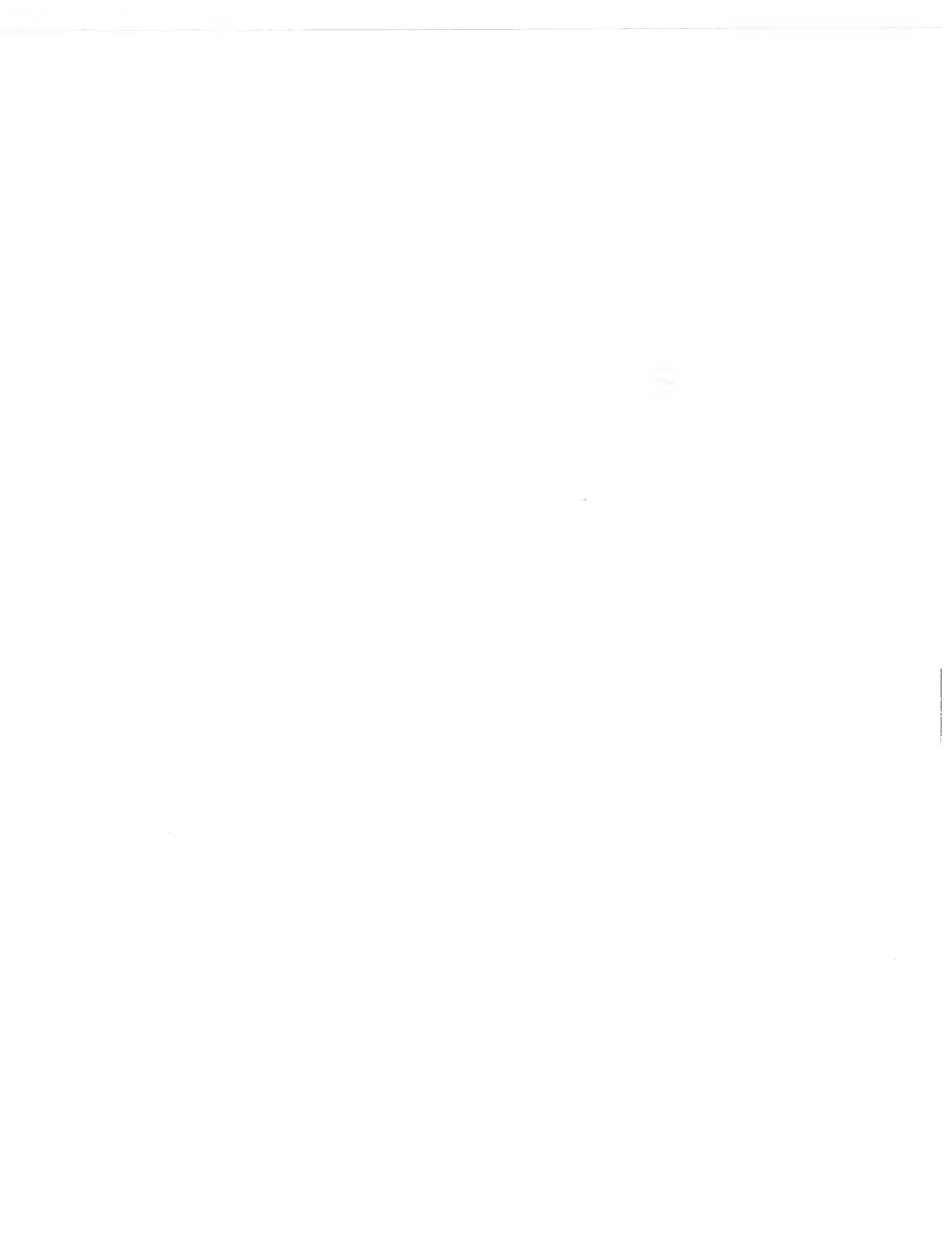
**ELECCION DE LA SEDE PARA LA  
II CONFERENCIA DE FACULTADES, ESCUELAS  
Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA  
DE AMERICA LATINA**

**LA I CONFERENCIA DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMEN-  
TOS DE ODONTOLOGIA DE LA AMERICA LATINA, EN SESION  
CELEBRADA EL DIA JUEVES 16 DE OCTUBRE DE 1980, RESOLVIO  
POR UNANIMIDAD, DESIGNAR SEDE DE LA II CONFERENCIA A  
VENEZUELA Y, SUB-SEDE A ECUADOR.**



## DIRECTIVA DE OFEDO–UDUAL

PRESIDENTE	:	Dr. Manlio Sardi Universidad Central de Venezuela.
VICEPRESIDENTE	:	Dr. José Garita Universidad de Costa Rica.
VICEPRESIDENTE	:	Dr. Víctor de la Rosa Universidad Tecnológica de México.
SECRETARIO EJECUTIVO	:	Dr. Elbano Pieruzzi Universidad Central de Venezuela
VOCALES	:	Dr. Saúl Ramírez – El Salvador Dr. Salomón Cabezas – Ecuador Dr. Luis Pérez Espailat – República Dominicana Dr. Miguel Conte – México



## **CEREMONIA DE CLAUSURA**

### **DISCURSOS:**

**–PRESIDENTE DE OFEDO–UDUAL**

**–SECRETARIO DE LA I CONFERENCIA**

**–VICE–DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UASD**



**DISCURSO PRONUNCIADO POR EL DR. MANLIO SARDI, PRESIDENTE DE LA ORGANIZACION DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA DE AMERICA LATINA EN LA SESION DE CLAUSURA DE LA IRA. CONFERENCIA DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA DE AMERICA LATINA**

**Fecha: 16 de octubre, 1980.**

Interpretamos nuestra elección como la oportunidad que se nos brinda para incorporar a la Organización a todas las Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina, basándonos en los sentimientos de solidaridad y confraternidad que nos unen.

Evitaremos como formas de relación entre nuestros miembros toda componenda y discriminación. Estas condenables desviaciones dieron al traste con hermosos esfuerzos de integración en un pasado muy reciente.

Lucharemos por la propagación de la nueva Odontología. La Organización estará enmarcada dentro de la lucha por la liberación de nuestros pueblos y esta posición orientará nuestras acciones.

Defenderemos los conceptos centrales que conforman la idea de universidad en Latinoamérica, entre ellos destacamos la autonomía y la libre expresión de las ideas.

Saludamos la iniciativa del Departamento de Odontología de Facultad de Ciencias Médicas de la UASD. Gracias a ella reiniciamos el camino en el cual nunca debimos detenernos.

En lo personal siento que las obligaciones que acepto sobrepasan mis capacidades por lo cual sólo podré cumplirlas con el apoyo de mis compañeros de directiva y con el de todos los miembros. La acepto únicamente por creer que es mi deber marchar brazo a brazo con quienes persiguen un mundo justo y humano para Latinoamérica.



## DISCURSO IGNACIO RODRIGUEZ CHIAPPINI

Sr. Doctor Leonardo Erickson,  
Presidente de la Primera Conferencia de Facultades,  
Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina;

Sra. Doctora Maritza Lapaix de Domenech, Decano de la  
Facultad de Ciencias Médicas;

Distinguidos Miembros de la Mesa Directiva;

Distinguidos Delegados, Invitados Especiales, Observadores,  
Profesores y Estudiantes;

Compañeras y Compañeros:

Los importantes trabajos que en esta Conferencia, 1ra. de su género en el Continente, han sido presentados por los Ponentes Oficiales de la misma, así como las valiosas intervenciones de cuantos han participado en los debates, no dejan lugar a dudas sobre el acierto que tuvo la Universidad Autónoma de Santo Domingo, Primada de América, al plantear ante el Consejo Ejecutivo de la Unión de Universidades de América Latina, la conveniencia de que la Odontología comenzara a ocupar, de una vez por todas, el puesto que realmente le corresponde en el campo de la Ciencia que procura la salud, el bienestar físico del hombre.

Otro factor se ha puesto de manifiesto una vez más, y ahora han servido de ejemplo distinguidos amigos, colegas y compañeros llegados de los países hermanos del Continente. Ese factor lo constituye la libertad absoluta con que pueden debatirse las ideas en las reuniones que patrocina la UASD, en donde nunca, por más antagónicas que fueren sus concepciones, se persigue al hombre por el matiz de su ideología y en donde cada quien puede plantear, sin temor a represión, su pensamiento, sus criterios. Esa es la filosofía de nuestra Universidad, luego de su Movimiento Renovador, fruto directo del glorioso Movimiento Revolucionario Constitucionalista del 24 de Abril de 1965, cuyo triunfo absoluto se vió frustrado por la grosera y odiosa intervención de las tropas del imperialismo norteamericano, hecho ominoso ocurrido por segunda vez en menos de 50 años en nuestra Patria.

Esa es la realidad de nuestra Universidad y por esa realidad se sacrificó tanto para este significativo evento, encaminado a romper, de una vez por todas, con el desconocimiento, con el silencio y cuando no con el menosprecio con que tradicionalmente ha sido tratada y vista la Profesión del Odontólogo en nuestros países.

Lograda esta meta, Distinguidos Visitantes, queridos compañeros, nos queda ahora a todos nosotros, los que en cualquier forma estemos ligados a la actividad odontológica, corresponder al esfuerzo que ha realizado una institución pobre pero digna; transfiriendo los resultados de este evento; convirtiendo sus principios teóricos en práctica que vaya en beneficio de los sectores marginados de nuestros pueblos ya que, el primer deber del profesional, tal y como lo concibe el Estatuto de la UASD, es proyectar su ejercicio profesional, con un alto sentido social.

Pero para cumplir ese propósito, tenemos que estar plenamente conscientes de que se debe romper con la actual estructura económica, política y social que sólo tiene como meta mantener, desarrollar y defender los intereses IMPERIALISTAS.

Con esa orientación y para ese propósito, es mi entender, los profesionales de la Odontología, como parte de nuestros pueblos, deben estar prestos a sacudirse, a liberarse de los moldes tradicionales que casi siempre nos convierten en seres egoístas, sólo preocupados por nuestro bien personal y que nos mantiene aislados de las masas, como entes individuales.

No se requiere demasiado esfuerzo para comprobar el desesperado y agobiante estado de miseria, desnudez, enfermedad y opresión en que, durante siglos, se mantienen las grandes masas desposeídas de todos nuestros países. Millones de seres humanos, iguales biológicamente a nosotros, claman desesperadamente, día tras día, porque se les libere definitivamente de ese estado de neo-esclavitud en que viven, o mejor dicho aún, se mueven, víctimas de una explotación inmisericorde necesaria y programada tan sólo para satisfacer la insaciable ambición de los señores oligarcas, estrenando ahora su nuevo ropaje y sonoro calificativo de transnacional o multinacional, pero que, no es más que explotación del hombre, saqueo de las riquezas naturales de nuestros países, del patrimonio de nuestros hijos, de nuestros nietos.

Ningún cónclave científico, y mucho menos profesional, y mucho menos aún de profesionales de la América morena, puede sólo circunscribirse a la lectura y debate de temas netamente científicos. Para ser científico hay que tener el sujeto a quién deba aplicarse la ciencia y, por el camino que vamos, sólo a nosotros nos la aplicaremos, cuando permitamos, silenciosos, que se exterminen por la miseria y el abandono, a nuestros compatriotas, a nuestros trabajadores, a nuestros campesinos.

Y el momento que vive el mundo es más que propicio para que nosotros, los Odontólogos de América Latina, demos desde aquí un grito de alerta ante quienes, movidos por su ambición, no perciben que llevan a la humanidad hacia su holocausto. Sí, holocausto para todos será, al fin, la loca carrera armentista; la violenta corriente inflacionaria; la sorda pugna de intereses que actualmente sacude a nuestros países como consecuencia del alto grado de dependencia en que nos mantiene sumidos el poder extranjero.

En efecto, no nos dejemos engañar o no querramos engañarnos: no es el petróleo; no es el oro; no es la falta de alimentos; ni aislados ni juntos, los factores que tienen a la humanidad al borde de la inmolación. Nó. Son los intereses, los negocios, la enfermiza acumulación de riquezas, que, para unos pocos, permite el capitalismo.

Por ello, al felicitar a la Universidad Autónoma de Santo Domingo por su demostrado interés en hacer justicia y destacar los valores de los profesionales de la Odontología, pido a ustedes, como reciprocidad a esa cuatricentaria y prestigiosa Academia de estudios Superiores de nuestro Continente, que luchemos todos, unidos; aquí o allá; públicamente, para ofrecerle en compensación, lo que constituye su máspreciado sueño: LA LIBERACION NACIONAL DE TODOS NUESTROS PUEBLOS.

Queremos pedirles, finalmente, que perdonen nuestros errores porque han sido fruto de nuestra inexperiencia en el manejo de eventos tan importantes y hermosos como éstos.

Pedirle también, a nuestros hermanos de latinoamérica que no nos olviden, que nos lleven en sus corazones, que le digan a sus pueblos que nuestro pueblo está permanentemente pensando en el bienestar y la felicidad de todos los pueblos de la tierra; díganle que somos un pueblo laborioso, hospitalario y solidario como el que más, que somos amantes de la paz y estamos preñadosde amor para toda la humanidad. Díganle además, que conocemos de sus nobles atributos como pueblos de este continente, que sabemos de sus necesidades y aspiraciones, y que nosotros igual que ellos sufrimos inconsecuencias extrañas que demandan de todos nosotros una unión cada vez mayor.

Señores, lo positivo de esta 1ra. Conferencia es obra única y exclusiva de ustedes; sin su creadora participación y colaboración no hubiese sido posible nada.

¡ ¡ ¡Ustedes son los héroes y nadie más!!!  
¡ ¡ ¡Quí vivan nuestros pueblos!!!

Muchas gracias.

**Discurso pronunciado por el Dr. Ignacio Rodríguez Chiapini, Secretario General de la I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina, auspiciada por UDUAL—UASD, en la sesión de clausura, el día 16 de octubre de 1980.**

**Universidad Autónoma de Santo Domingo,  
República Dominicana.**



**DISCURSO PRONUNCIADO POR LA DRA. MARITZA LA PAIX DE DOMENECH VICEDECANO EN FUNCIONES AL FINALIZAR LA I CONFERENCIA DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA DE AMERICA LATINA.**

Ha llegado el momento en que termina una jornada de trabajo que será histórica. La Unión de Universidades de América Latina siempre quiso celebrar conferencias que pudieran estudiar la problemática específica de las instituciones latinoamericanas que imparten la enseñanza de la Odontología, realizan investigación y se preocupan por la proyección social de sus profesionales. Ha sido ahora, sin embargo, que el viejo anhelo se vea traducido a realidad. La acogida entusiasta y convincente del Depto. de Odontología de esta alta casa de estudios, la Universidad Primada de América ha hecho posible la organización y celebración de la I Conferencia.

Hemos sido testigo y partícipe del empeño puesto en juego por la comunidad universitaria, de los maestros, del estudiantado, de los trabajadores administrativos, de las autoridades Universitarias, del pueblo mismo, por levantar esta Conferencia y abrir así el camino de las subsecuentes.

El temario preparado para convocar a la reunión fue cuidadosamente discutido y preparado para abarcar los puntos críticos más importantes en la actualidad. Nos limitamos racionalmente a tres temas que recordaremos. El primero "Los recursos humanos odontológicos para América Latina"; el segundo "El cambio en la producción de servicios odontológicos en América Latina"; el tercero "La producción de conocimientos para la práctica odontológica en América Latina", temas esos tres que fueron considerados abordarían lo más importante dentro de la amplia gama de nuestras preocupaciones. Para elaborar las ponencias que servirían de base a las discusiones y reflexiones, de común acuerdo la Comisión Organizadora y el secretario de la UDUAL, invitaron a destacados profesores de nuestra área, que fueron el doctor Leonardo Erickson, en representación del Departamento de Odontología de la Facultad de Ciencias de la Salud de nuestra Universidad Autónoma de Santo Domingo; el doctor Alfredo Gómez Castellanos, de México; el doctor Elbano Pieruzzi, de Venezuela; el doctor Rigoberto Otaño, en representación de la Universidad de La Habana; el doctor Héctor Silva, de Chile; el doctor José Rafael Garita, de Costa Rica; el doctor Miguel Rodríguez, del Ecuador; el doctor Jorge Izquierdo, del Perú y el doctor Eugenio Vilaca, del Brasil.

Nos congratulamos de llegar al fin de estos trabajos, conscientes del valor de iniciación que tienen el estudio y la fraternización de quienes afrontan la necesaria tarea de la atención médica odontológica.

Señalamos una vez más que la Unión de Universidades de América Latina es el frente común de las Casas de Estudio representativas de nuestra América Latina y que toda su actividad y todas sus proyecciones emanan de la voluntad y el esfuerzo libres, independientes, y celosamente latinoamericanistas que forman la base de su vida. Que con notoria limitación de recursos, los eventos como el que hoy terminará tiene el altísimo mérito de ser genuinos y de origen popular, como lo son nuestras Universidades, nuestras orientaciones, nuestros ideales, nuestras luchas.

Nos resta agradecer infinitamente a todos los señores delegados, a los profesionales que presentaron ponencias, a los organizadores, a las autoridades Universitarias, en fin, a todas las personas que hicieron posible la celebración de este evento.

Gracias mil y un hasta pronto de la actividad que hoy, tan satisfactoria y emocionadamente termina.

Sembremos en el fértil suelo de nuestra América Latina, la semilla que hemos preparado y sigamos su proceso de desarrollo, infatigablemente, para verlo fructificar en aras de nuestros ideales de vida y justicia sociales.

*Dra. Maritza La Píax de Domenech*  
Vicedecano en funciones

**ANEXOS**

- I – ESTATUTOS DE LA UDUAL**
- II – ESTATUTOS DE LA OFEDO–UDUAL**
- III – REGLAMENTO DE LA I CONFERENCIA**
- IV – NOMINA DE PARTICIPANTES**
- V – FACULTADES Y ESCUELAS DE ODONTOLOGIA  
DE AMERICA LATINA**



**ESTATUTOS DE LA UNION DE UNIVERSIDADES  
DE AMERICA LATINA (UDUAL)**

**CARTA DE LAS UNIVERSIDADES LATINOAMERICANAS**

**SECRETARIA GENERAL  
Ciudad Universitaria  
México 20, D. F.**

Dirección cablegráfica: UDUAL MEXICO  
Apartado Postal No. 70232  
Teléfonos 5-48-97-86 5-48-02-69 y  
5-48-65-00 (extensiones 409 y 607)



## **ESTATUTOS DE LA UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA**

**ARTICULO PRIMERO.**— La Unión de Universidades de América Latina es una asociación internacional constituida para cumplir los fines que se enuncian en el artículo siguiente.

### **DE LOS FINES**

**ARTICULO SEGUNDO.**— La Unión de Universidades de América Latina tendrá los siguientes fines:

- a) Colaborar en el desarrollo y progreso de las universidades afiliadas, así como estimular su mutuo conocimiento.
- b) Servir de órgano coordinador del intercambio y relaciones de las universidades asociadas, tanto entre sí como con otros organismos similares.
- c) Servir de centro de consulta y asesoramiento.
- d) Proponer las medidas que tengan por objeto coordinar la organización docente, académica y administrativa.
- e) Fomentar el intercambio de profesores, alumnos, investigadores y graduados, así como el de publicaciones, estudios y materiales de investigación y enseñanza.
- f) Promover el reconocimiento y respeto de la autonomía universitaria, mediante la vigencia efectiva de las libertades de cátedra y de investigación y del régimen de autogobierno.
- g) Auspiciar la adopción de sistemas eficientes para el nombramiento y ascenso de profesores e investigadores, a la vez que de sólidas garantías que los protejan contra destitución o persecución arbitraria.
- h) Colaborar para que resulten garantizadas la dignidad humana y la justicia social.

i) Promover la integración cultural y espiritual de la América Latina a través del esfuerzo coordinado de las universidades de la región.

## DE LOS MIEMBROS

ARTICULO TERCERO.— Habrá dos clases de miembros: los titulares y los asociados. Tanto unos como otros deberán llenar los requisitos señalados en el artículo CUARTO, con excepción del relativo al número mínimo de tres facultades o escuelas que se señala en el inciso b) de dicho artículo.

ARTICULO CUARTO.— Podrán ingresar como miembro titulares de la Unión, las universidades que reúnan las siguientes condiciones:

- a) Que se ajusten en su organización y funcionamiento a las disposiciones contenidas en estos Estatutos y a los principios establecidos en la Carta de las Universidades de América Latina.
- b) Que estén integradas por facultades o escuelas de enseñanza superior en número y extensión suficiente para otorgar grado, certificado o título en tres escuelas o facultades de diversas ramas del conocimiento; y que al solicitar su ingreso a la Unión, cuenten con una promoción de egresados en un mínimo de tres carreras.
- c) Que acrediten su personalidad jurídica y exhiban el ordenamiento jurídico que las rija.
- d) Que sus profesores gocen la libertad de enseñanza y de investigación y participen activamente en el gobierno y administración de la universidad.

ARTICULO QUINTO.— El procedimiento de admisión será el siguiente:

El Consejo Ejecutivo examinará la solicitud de admisión a efecto de comprobar si la universidad peticionaria reúne las condiciones indicadas precedentemente; en caso afirmativo lo comunicará a las universidades afiliadas, las que podrán impugnar su ingreso dentro de los tres meses de recibida la notificación. Transcurrido este tiempo sin haberse recibido observación en la Secretaría General, se considerará a esa universidad debidamente incorporada. Si hubiere oposición resolverá el caso el Consejo Ejecutivo de la Unión.

ARTICULO SEXTO.— Además de las universidades afiliadas con carácter de Miembros Titulares, podrán ser aceptadas instituciones de educación superior de América Latina que llenen todos los requisitos señalados en el artículo CUARTO, excepto el correspondiente al inciso b) por tratarse de escuelas o facultades especializadas en reducido número de profesiones. Estas instituciones serán incorporadas como Miembros Asociados.

ARTICULO SEPTIMO.— Las instituciones asociadas sólo participarán en las asambleas y

actividades de las especialidades que cultiven.

**ARTICULO OCTAVO.**— Los miembros titulares tendrán derecho a recibir copias de los estudios y publicaciones que sean editadas por la Unión.

- a) Sus representantes podrán concurrir con voz y voto a las Asambleas Generales y podrán formar parte del Consejo Ejecutivo.
- b) Estarán obligados a cubrir la cuota de incorporación y las anuales que señale la Asamblea General.
- c) Deberán facilitar las informaciones que les sean solicitadas por la Secretaría General.
- d) Deberán nombrar un representante corresponsal para atender las relaciones con la Unión de Universidades.

**ARTICULO NOVENO.**— Los miembros asociados tendrán los mismos derechos y deberes de los miembros titulares y podrán formar parte de los organismos de cooperación y estudios, pero no del Consejo Ejecutivo. Tampoco tendrán voto en las Asambleas Generales.

## **ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO**

**ARTICULO DECIMO.**— Los Organos de la Unión serán los siguientes:

- a) La Asamblea General
- b) El Consejo Ejecutivo.
- c) La Secretaría General
- d) Organismos de cooperación y estudio.

### **DE LA ASAMBLEA GENERAL**

**ARTICULO DECIMO PRIMERO.**— La Asamblea General es el órgano supremo de la Unión y se integrará con los representantes designados por los miembros titulares. La representación será directa y podrá incluir a cualquiera de sus miembros siempre que sea designado por la universidad correspondiente. Ningún delegado podrá asumir más de una representación ni llevar otro voto que el de la universidad a la que pertenece.

**ARTICULO DECIMO SEGUNDO.**— Son funciones de la Asamblea General de la Unión:

- a) Dictar orientaciones generales para las actividades de la Unión.
- b) Elegir a los integrantes del Consejo Ejecutivo en su reunión plenaria final antes de la clausura de cada período de sesiones.
- c) Elegir a los cinco miembros y tres suplentes de la Comisión de Defensa de la Auto-

nomía Universitaria.

- d) Examinar los informes de las labores efectuadas.
- e) Fijar las cuotas de incorporación y anuales.
- f) Aprobar las reformas a los Estatutos.
- g) Fijar la sede para las Asambleas Generales y para la Secretaría General.
- h) Todas aquellas que son inherentes a este tipo de cuerpo, dentro de los fines de la Institución.

**ARTICULO DECIMO TERCERO.**— Los acuerdos de la Asamblea General serán adoptados por mayoría de votos de las universidades miembros titulares asistentes. El quórum de la Asamblea se formará con el 40% de los miembros titulares.

**ARTICULO DECIMO CUARTO.**— La Asamblea General de la Unión deberá reunirse cada tres años en país distinto.

**ARTICULO DECIMO QUINTO.**— Para la finalidad a que se refiere el inciso f) del artículo SEGUNDO, la Asamblea designará una comisión de cinco personas que deberán encargarse de informar al Consejo Ejecutivo de los casos de violación a la autonomía de la universidad o de ataque a la libertad de cátedra o de investigación que se presenten en algunas de las universidades que integran la Unión.

### **DEL CONSEJO EJECUTIVO**

**ARTICULO DECIMO SEXTO.**— El Consejo Ejecutivo es el órgano delegado por la Asamblea General para el gobierno ordinario de la Unión.

**ARTICULO DECIMO SEPTIMO.**— El Consejo Ejecutivo estará integrado por un presidente, tres vicepresidentes, cuatro vocales titulares, ocho suplentes y un secretario general. La duración en estos cargos será de tres años con excepción del secretario general que durará en su cargo seis años y podrá ser reelecto.

**ARTICULO DECIMO OCTAVO.**— En caso de que por razones de fuerza mayor el período entre dos asambleas generales sea mayor de tres años, el Consejo Ejecutivo seguirá en funciones hasta la nueva elección de consejeros.

**ARTICULO DECIMO NOVENO.**— Cuando condiciones excepcionales lo ameriten, el Consejo Ejecutivo podrá cambiar la sede fijada por la Asamblea General para las diversas asambleas y reuniones. Igualmente podrá cambiar transitoriamente la sede de la Secretaría General por causas de fuerza mayor, quedando sujeto este acuerdo a ratificación por la siguiente Asamblea General.

**ARTICULO VIGESIMO.**— Para poder desempeñar los cargos de presidente, vice—presiden-

te y vocal, se requiere ser rector o presidente titular en activo, y ser el representante legal de su universidad de acuerdo con el ordenamiento jurídico que la rija.

**ARTICULO VIGESIMO PRIMERO.**— El orden de sucesión en caso de vacancia temporal o permanente de algún cargo del Consejo Ejecutivo, será el siguiente:

Vice—presidente primero  
Vice—presidente segundo  
Vice—presidente tercero

y vocales según un orden de prelación que resulte del número de votos obtenidos en su elección.

**ARTICULO VIGESIMO SEGUNDO.**— En todos los casos los consejeros titulares estarán obligados a comunicar oportunamente al secretario general, la confirmación de su asistencia a la reunión del Consejo a que se les convoque o bien su imposibilidad de asistir. En el caso de falta de un consejero, se seguirá el mecanismo de suplencia a que se refiere el artículo VIGESIMO PRIMERO.

**ARTICULO VIGESIMO TERCERO.**— El Consejo Ejecutivo tendrá las siguientes funciones:

- a) Cuidar de que se cumplan los acuerdos de la asamblea.
- b) Promover estudios y proyectos sobre organización y desarrollo de la educación superior y aquellos que expediten la integración cultural.
- c) Presentar iniciativas y proyectos sobre organización de la Unión así como de reformas a sus Estatutos.
- d) Revisar el estado financiero de la Unión y aprobar anualmente los presupuestos de ingresos y egresos, así como las cuentas anuales, previo el examen de auditoría.
- e) Tomar resoluciones acerca de las incorporaciones, de acuerdo con los presentes Estatutos.
- f) Resolver los problemas no previstos en estos Estatutos, particularmente con respecto a la integración del propio Consejo y de las comisiones de cooperación y estudio.
- g) Designar representantes de la Unión para asistir a conferencias especializadas.

**ARTICULO VIGESIMO CUARTO.**— El Consejo Ejecutivo deberá reunirse cuando menos una vez al año. Dictará su propio reglamento y el de la Secretaría General.

#### **DEL PRESIDENTE DE LA UNION**

**ARTICULO VIGESIMO QUINTO.**— El Presidente de la Unión presidirá el Consejo Ejecutivo, convocará las reuniones del Consejo y vigilará las labores de la Secretaría General.

## DE LA SECRETARIA GENERAL

ARTICULO VIGESIMO SEXTO.— La Secretaría General es el órgano permanente a cuyo cargo estará la ejecución de las resoluciones del Consejo y la administración central de la Unión. Tendrá su sede en la ciudad de México. El cambio de la sede sólo podrá ser resuelto por la Asamblea General mediante el voto aprobatorio de dos tercios de sus miembros presentes.

ARTICULO VIGESIMO SEPTIMO.— La Secretaría General estará a cargo del Secretario General designado por la Asamblea.

ARTICULO VIGESIMO OCTAVO.— Para ser Secretario General se requiere ser o haber sido profesor o investigador de las universidades afiliadas durante un mínimo de cinco años.

ARTICULO VIGESIMO NOVENO.— El Secretario General cuidará de las actividades permanentes del Secretariado, del archivo, correspondencia y coordinación de las actividades de la Unión. Asegurará la coordinación con los organismos regionales y subregionales de la integración latinoamericana. Presentará un informe al Consejo Ejecutivo en cada una de sus reuniones ordinarias o extraordinarias y un informe general de las actividades a la Asamblea General. Será el representante legal de la Institución y el Consejo Ejecutivo en cada una de sus reuniones o extraordinarias y un informe general de las actividades a la Asamblea General. Será el representante legal de la Institución y el Consejo Ejecutivo precisará el ámbito de dicha representación, otorgándole poder suficiente para todos aquellos actos concernientes al ejercicio de sus funciones.

ARTICULO TRIGESIMO.— El Secretario General tendrá la responsabilidad de manejar los fondos de la Unión. Deberá presentar al Consejo Ejecutivo un informe de sus ingresos y egresos. Este informe deberá ser previamente revisado por un Bufete de Contadores aprobado por el propio Consejo.

ARTICULO TRIGESIMO PRIMERO.— En caso de que el puesto de Secretario General llegara a quedar vacante, el Consejo Ejecutivo designará la persona que desempeñe interinamente dicho puesto, hasta la nueva elección ordinaria en Asamblea General.

## DE LOS ORGANISMOS DE COOPERACION DE ESTUDIOS

ARTICULO TRIGESIMO SEGUNDO.— El Consejo Ejecutivo promoverá la creación de comisiones de coordinación y estudio o secretaría para desarrollar trabajos permanentes sobre problemas de enseñanza y organización universitaria en la América Latina.

ARTICULO TRIGESIMO TERCERO.— La Comisión de Defensa de la Autonomía Universitaria, designada por la Asamblea General, constituye uno de los organismos de cooperación y estudio. Se encargará de examinar los casos de violación de la autonomía o de

ataque a las libertades académicas que se presenten en las universidades que integran la Unión e informará al Consejo Ejecutivo para que éste tome las medidas que el caso amerite.

**ARTICULO TRIGESIMO CUARTO.**— Las asambleas de facultades, escuelas e instituciones universitarias latinoamericanas y sus asociaciones, deberán organizarse de acuerdo con el Consejo Ejecutivo de la Unión, a fin de conservar los nexos universitarios de las diversas profesiones y mantener la coordinación y continuidad de actividades.

**ARTICULO TRIGESIMO QUINTO.**— Las universidades afiliadas notificarán a la Secretaría General de la Unión de las iniciativas para organizar congresos, jornadas o reuniones de carácter internacional sobre organización, docencia e investigación universitarias. Asimismo, enviarán copia de los acuerdos y convenios interuniversitarios para el efecto de su registro, y en su caso publicación de los mismos.

### **DEL PATRIMONIO DE LA UNION**

**ARTICULO TRIGESIMO SEXTO.**— El patrimonio de la Unión estará constituido por:

- a) La cuota de incorporación de las universidades. Su monto será fijado por la Asamblea General.
- b) La cuota anual ordinaria que aportará cada una de las universidades afiliadas.
- c) Las cuotas aportes o subvenciones y extraordinarios que acuerden las universidades afiliadas y otros organismos e instituciones.
- d) Los bienes que adquiera por cualquier título.

**ARTICULO TRIGESIMO SEPTIMO.**— El Secretario General notificará hasta por tres veces consecutivas a la universidad que deje de pagar su cuota anual. Si transcurridos seis meses desde la última notificación el pago no se efectuara, el Consejo Ejecutivo la suspenderá en sus derechos.

### **DE LA REFORMA DE LOS ESTATUTOS**

**ARTICULO TRIGESIMO OCTAVO.**— Para la reforma de estos Estatutos se seguirá el siguiente procedimiento:

A solicitud de cualquier universidad afiliada o de un miembro del Consejo, éste dictaminará acerca de la conveniencia de un proyecto de reforma.

Si se acuerda favorablemente, no incluirá el punto en el orden del día de la siguiente Asamblea General, debiendo comunicarse previamente y con anticipación no menor de tres meses a la fecha de su celebración el proyecto de reforma y el dictamen del

Consejo a todas las universidades afiliadas para su conocimiento.

Si el proyecto de reforma no fuese acetado por el Consejo Ejecutivo, éste lo remitirá junto con su dictamen a todas las universidades miembros y si más de diez de ellas estimaren conveniente su consideración, deberá incluirse en la Agenda de la próxima Asamblea.

Para aprobar la reforma de los Estatutos se requerirá el voto favorable de dos tercios de los miembros presentes.

—O—

(El presente Estatuto fue aprobado por la V Asamblea General de la UDUAL, celebrada en Lima, Perú, en octubre de 1967).

## CARTA DE LAS UNIVERSIDADES LATINOAMERICANAS

### I.— OBJETIVOS Y FINALIDADES.

Artículo 1o.— Se declaran objetivos y finalidades de las universidades latinoamericanas:

- a) Orientar la educación universitaria al pleno desarrollo de la personalidad humana;
- b) Contribuir a la elevación del nivel espiritual y mejoramiento material de todos los miembros de la comunidad mediante la creación y la difusión de la ciencia y la cultura;
- c) Inspirar su labor en las realidades de su núcleo nacional y en el conocimiento de los problemas latinoamericanos y universales, a fin de estimular el sentido de integración en la humanidad;
- d) Formar el espíritu cívico y la conciencia social de conformidad con los ideales de paz y de respeto a los derechos humanos, consagrados por las Naciones Unidas;
- e) Afianzar los principios de independencia política y liberación económica de las naciones latinoamericanas;
- f) Contribuir al fortalecimiento de las libertades fundamentales, de la democracia y de la justicia social;
- g) Propiciar la integración cultural y económica de los pueblos de América Latina;
- h) Fomentar la investigación científica pura y encauzar las investigaciones aplicadas y tecnológicas para obtener el aprovechamiento de los recursos de cada país en beneficio del hombre;
- i) Armonizar la técnica con la formación humanística, poniendo la técnica al servicio de los más altos intereses del hombre;
- j) Contribuir al planeamiento integral de los diferentes niveles de la educación;

- k) Conferir grados académicos y títulos profesionales, según las disposiciones vigentes en cada país;
- l) Asesorar al Estado en todas las iniciativas científicas, técnicas y culturales que tiendan al progreso de la nación.

### **LA EDUCACION UNIVERSITARIA**

Artículo 2o.— Las universidades latinoamericanas deben lograr el reconocimiento de su autonomía y defenderla como medio de garantizar su función espiritual, su libertad científica, administrativa y financiera.

Artículo 3o.— La educación universitaria debe realizarse de manera que suministre preparación teórico—práctica para atender las necesidades de la comunidad.

Artículo 4o.— La educación universitaria debe ser activa y creadora, orientada a despertar el espíritu de iniciativa, el análisis crítico y la autonomía intelectual. Se impedirá así la utilización del hombre como instrumento por cualquier forma de opresión. El enaltecimiento de la dignidad del trabajo debe ser parte sustancial del proceso educativo.

Artículo 5o.— La comprobación de estudios debe realizarse por medios racionales, eficientes y pedagógicos, adecuados al tipo de enseñanza de que se trate.

Artículo 6o.— Las universidades deben estar abiertas a la investigación y al estudio, y no limitar la superación científica y cultural de sus miembros. En esta labor tratarán de incorporar a los ya graduados.

Artículo 7o.— Las universidades deben establecer servicios de selección y de orientación vocacional como medios para garantizar el resultado de la labor universitaria.

### **III.— PROFESORES Y ESTUDIANTES.**

Artículo 8o.— Son deberes fundamentales del profesor universitario:

- a) Mantener y acrecentar la dignidad, la ética y el prestigio de la Universidad;
- b) Contribuir a la orientación, formación y preparación de los universitarios;
- c) Colaborar en la labor cultural, específica y extensiva de la Universidad;
- d) Mejorar constantemente sus conocimientos para mantenerlos al nivel del progreso científico y cultural;
- e) Preparar periódicamente trabajos de investigación y obras de carácter didáctico o de divulgación;
- f) Cumplir fielmente las obligaciones de su cargo y ser ejemplo para los estudiantes.

Artículo 9o.— Son derechos fundamentales del profesor universitario:

- a) El respeto a su condición y el estímulo adecuado para el desempeño de su misión;
- b) La estabilidad en su cátedra, de acuerdo con lo que al respecto disponga la ley orgánica o estatuto de cada universidad;
- c) Disfrutar de remuneración que le permita mantener un nivel de vida compatible con su condición universitaria;
- d) Ser protegido con adecuadas medidas de seguridad social;
- e) La libertad de asociación;
- f) El derecho a la publicación de sus obras siempre que reúnan méritos suficientes;
- g) Participar en el gobierno de la Universidad;
- h) Libertad de cátedra y de investigación.

Artículo 10o.— El ingreso al profesorado se hará por concurso de antecedentes, pruebas de oposición u otros sistemas que aseguren la idoneidad y la igualdad de oportunidades.

Artículo 11o.— Las universidades establecerán la docencia libre como medio de superación y complementación científica y educativa.

Artículo 12o.— Son deberes fundamentales del estudiante universitario:

- a) Mantener y acrecentar la dignidad, la ética y el prestigio de la Universidad;
- b) Colaborar en la manera más amplia en la labor cultural, específica y extensiva de la Universidad;
- c) Dedicar el máximo esfuerzo a su misión universitaria;

Artículo 13o.— Son derechos fundamentales del estudiante universitario:

- a) Recibir enseñanza sin más limitaciones que las derivadas de su capacidad;
- b) Libertad de opinión y de ideología;
- c) Facultad de formar asociaciones estudiantiles libremente;
- d) El derecho a servicios de bienestar estudiantil;
- e) Participación efectiva en el gobierno universitario.

Artículo 14o.— Los graduados y profesionales deberán:

- a) Mantenerse vinculados a la Universidad y colaborar en todas sus actividades culturales,

científicas y sociales, pudiendo participar en su gobierno;

- b) Acreditar la ética y prestigio universitarios.
- c) Estudiar problemas concretos de interés general, sea por propia iniciativa, o a solicitud de entidades públicas.

Artículo 15o.— Para contribuir al mayor conocimiento y a la mejor vinculación entre los países latinoamericanos, deberá procederse a la elaboración de un plan armónico de intercambio de profesores, estudiantes y graduados.

#### IV.— GOBIERNO, ADMINISTRACION Y PATRIMONIO

Artículo 16o.— En las elecciones de los miembros dirigentes de la Universidad y de sus facultades, como también de su cuerpo docente, deberá respetarse el principio de la autonomía universitaria.

Artículo 17o.— Las universidades deben estar dotadas de recursos que las capaciten ampliamente para el desempeño de sus funciones.

Artículo 18o.— Las universidades deben tener plena capacidad para administrar sus recursos, poniéndolos al servicio directo de sus finales.

—O—

La presente Carta de las Universidades Latinoamericanas fue aprobada por la III Asamblea General de la UDUAL, celebrada en Buenos Aires, Argentina, del 20 al 27 de septiembre de 1959).

## **ANTEPROYECTO DE ESTATUTOS DE LA ORGANIZACION DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA DE LA UDUAL**

**ARTICULO PRIMERO.-** La OFEDO--UDUAL es una Organización Internacional de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología constituída bajo los auspicios de la Unión de Universidades de América Latina para cumplir los fines que se enuncian en el artículo siguiente.

### **DE LOS FINES**

**ARTICULO SEGUNDO.-** LA OFEDO--UDUAL tendrá los siguientes fines:

- a) Colaborar en el desarrollo y progreso de las instituciones afiliadas, así como estimular el mutuo conocimiento de interacción.
- b) Servir de órgano coordinador del intercambio y relaciones de las instituciones asociadas, tanto, entre sí como con otros organismos similares.
- c) Servir de centro de asesoramiento y consulta.
- d) Proponer las medidas que tengan por objeto coordinar la organización docente, académica, administrativa y de investigación.
- e) Fomentar el intercambio de profesores, alumnos, investigadores y graduados, así como el de publicaciones, estudios y materiales de investigación y enseñanza.
- f) Promover el reconocimiento y respeto de la autonomía universitaria, mediante la vigencia efectiva de las libertades de cátedra y de investigación y del régimen de autogobierno.
- g) Promover el respeto a los derechos humanos y la justicia social.
- h) Coadyuvar a la transformación de la sociedad en beneficio de las mayorías que permanecen al margen de la Odontología.

## DE LOS MIEMBROS

ARTICULO TERCERO.— Son miembros titulares de la OFEDO—UDUAL las Facultades, Escuelas, Departamentos e Institutos de Odontología cumplan los requisitos señalados en el artículo cuarto.

ARTICULO CUARTO.— Podrán ingresar como miembros titulares de la OFEDO—DUAL las instituciones de docencia o investigación que reúnan las siguientes condiciones:

- a) Que se ajusten en su organización y funcionamiento a las disposiciones contenidas en estos Estatutos y a los principios establecidos en la Carta de UDUAL.
- b) Que estén integradas como Facultades, Escuelas o Departamentos de Enseñanza Superior o de Postgrado con nivel académico y población suficiente para otorgar grado, certificado o título en una área o profesión de la ciencia odontológica.
- c) Que estén integrados como institutos de investigación de la ciencia odontológica, en actividad académica y con publicaciones u obras publicadas de sus investigadores.
- d) Que acrediten su personalidad jurídica y exhiben el ordenamiento jurídico que la rija.
- e) Que sus profesores gocen la libertad de enseñanza y de investigación y participen activamente en el gobierno y administración de la Facultad, Escuela, Departamento o instituto.

ARTICULO QUINTO.— El procedimiento de admisión será el siguiente:

El Consejo Directivo examinará la solicitud de admisión a efecto de comprobar si la institución peticionaria reúne las condiciones indicadas precedentemente; en caso afirmativo la comunicará a las instituciones afiliadas, las que podrán impugnar su ingreso dentro de los tres meses de recibida la notificación.

Transcurrido este tiempo sin haberse recibido observación en la Secretaría General, se considerará a esa institución debidamente incorporada. Si hubiese oposición se resolverá el caso en la Conferencia de la OFEDO—UDUAL más próxima.

ARTICULO SEXTO.— Los miembros tendrán derecho a recibir copias de los estudios y publicaciones que sean editados por la Asociación.

- a) Sus representantes participarán con voz y voto en las conferencias y podrán formar parte del Consejo Directivo.
- b) Estarán obligados a cubrir la cuota de incorporación y las anuales que señale la Conferencia.
- c) Deberán facilitar las informaciones que les sean solicitadas por la Secretaría del Consejo Directivo.

ARTICULO SEPTIMO.— La OFEDO–UDUAL incorporará en calidad de miembros Asociados a Organismos e Instituciones afines del área de la Salud que hayan manifestado expreso interés de participar en la asociación.

## ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

ARTICULO OCTAVO.— Los órganos de la Organización serán los siguientes:

- a) Asamblea General.
- b) El Consejo Directivo.
- c) La Secretaría Ejecutiva.
- d) Comisiones Técnicas de Cooperación y Estudio.

## DE LA ASAMBLEA GENERAL

ARTICULO NOVENO.— La Asamblea General de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina es el órgano supremo de la Organización y se integrará con los representantes debidamente acreditados. Ningún delegado podrá asumir más de una representación ni llevar otro voto que el de la institución a la que pertenece.

ARTICULO DECIMO.— Son funciones de la Asamblea General de la Organización.

- a) Dictar orientaciones generales para las actividades de la Organización.
- b) Elegir a los integrantes del Consejo Directivo en su reunión plenaria final antes de la clausura de cada período de sesiones.
- c) Examinar los informes de las labores efectuadas.
- d) Fijar las cuotas de incorporación y anuales.
- e) Aprobar las reformas a los Estatutos.
- f) Aprobar el reglamento de las conferencias.
- g) Fijar la sede para las conferencias y para la Secretaría Ejecutiva.
- h) Todas aquellas que son inherentes a este tipo de cuerpo, dentro de los fines de la Institución y sean fijadas en el Reglamento de la conferencia.

ARTICULO DECIMO 1ro.— Los acuerdos de la Asamblea serán adoptados por la mayoría de votos de las instituciones miembros titulares asistentes. El quórum de la Asamblea se formará con el 40% de los miembros titulares.

ARTICULO DECIMO 2do.— La Asamblea General de la Organización deberá reunirse de preferencia cada dos años en país distinto.

ARTICULO DECIMO 3ro.— Para la finalidad a que se refiere el inciso f) del Artículo SEGUNDO, la Asamblea designará una comisión de cinco personas que deberán encargarse de informar al Consejo Directivo de los casos de violación a la autonomía de la universidad o de ataque a la libertad de cátedra o de investigación que se presente en algunas de las instituciones que integran la Organización.

### DEL CONSEJO DIRECTIVO

ARTICULO DECIMO 4to.— El Consejo Directivo es el órgano delegado por la Asamblea para el gobierno de la Organización.

ARTICULO DECIMO 5to.— El Consejo Directivo estará integrado por un presidente, dos vice—presidentes, cuatro vocales titulares, cuatro suplentes y un secretario ejecutivo.

La duración de estos cargos será de dos años con excepción del Secretario Ejecutivo que durará en su cargo cuatro años.

Ninguno de ellos podrá ser reelecto para el período siguiente. El director, decano o coordinador de la institución sede formará parte del Consejo Directivo, en calidad de Coordinador General de la Conferencia próxima. Los cargos del Consejo Directivo deberán estar distribuídos equitativamente en las cuatro zonas que para fines de organización se fijarán al final del presente Estatuto. Los suplentes deberán formar parte de la delegación, en caso requerido.

ARTICULO DECIMO 6to.— En caso de que por razones de fuerza mayor el período entre dos asambleas generales sea mayor de dos años, el Consejo Directivo seguirá en funciones hasta la nueva elección.

ARTICULO DECIMO 7mo.— Cuando condiciones excepcionales lo ameriten, el Consejo Directivo podrá cambiar la sede fijada por la Asamblea General para las diversas reuniones y asamblea. Igualmente podrá cambiar transitoriamente la sede de la Secretaría Ejecutiva por causas de fuerza mayor, quedando sujeto este acuerdo a ratificación por la siguiente Asamblea General.

ARTICULO DECIMO 8vo.— Para poder desempeñar los cargos de Presidente, Vice—presidente y vocal, se requiere ser delegado oficial de alguna delegación asistente a la Asamblea de OFEDO—UDUAL, por tanto representantes de la institución a la que pertenece. Estos cargos recaen en las personas designadas y no en la institución.

ARTICULO DECIMO 9no.— El orden sucesión en caso de vacancia temporal o permanente de algún cargo del Consejo Directivo, será el siguiente:

Vice—Presidente primero.

Vice–Presidente segundo  
y vocales según un orden de relación que resulte del número de votos obtenidos  
en su elección.

ARTICULO VIGESIMO.— En todos los casos los consejeros titulares estarán obligados a comunicar oportunamente al Secretario Ejecutivo, la confirmación de su asistencia a la reunión del Consejo a que se les convoque o bien su imposibilidad de asistir. En el caso de falta de un consejero, se seguirá el mecanismo de suplencia a que se refiere el artículo décimo OCTAVO.

ARTICULO VIGESIMO PRIMERO.— El Consejo Directivo tendrá las siguientes funciones:

- a) Cuidar de que se cumplan los acuerdos de la Organización.
- b) Promover estudios y proyectos sobre organización y desarrollo de la educación superior y la investigación en el área de la odontología y áreas afines.
- c) Presentar iniciativas y proyectos sobre organización de la Organización, así como la reforma a sus estatutos.
- d) Revisar el estado financiero de la Organización y aprobar anualmente los presupuestos de ingresos, así como las cuentas anuales, previo el examen de auditoría.
- e) Tomar resoluciones acerca de las incorporaciones, de acuerdo con los presentes estatutos.
- f) Resolver los problemas no previstos en estos estatutos, particularmente con respecto a la integración del propio Consejo y de las comisiones de cooperación y estudio.
- g) Designar representantes de la Organización para asistir a conferencia especializadas.

ARTICULO VIGESIMO SEGUNDO.— El Consejo Directivo deberá reunirse cuando menos una vez al año. Dictará su propio reglamento y el de la Secretaría Ejecutiva.

#### DEL PRESIDENTE DE LA ORGANIZACION

ARTICULO VIGESIMO TERCERO.— El presidente de la Organización presidirá el Consejo Directivo, convocará las reuniones del Consejo y vigilará las labores de la Secretaría Ejecutiva.

#### DE LA SECRETARIA EJECUTIVA

ARTICULO VIGESIMO CUARTO.— La Secretaría Ejecutiva es el órgano permanente a cuyo cargo estará la ejecución de las resoluciones del consejo de administración central de

la Asociación. La designación y el cambio de la sede solo podrá ser resuelto por la Asamblea General mediante el voto aprobatorio de dos tercios de sus miembros presentes.

ARTICULO VIGESIMO QUINTO.— La Secretaría Ejecutiva estará a cargo del Secretario Ejecutivo designado por la Asamblea.

ARTICULO VIGESIMO SEXTO.— Para ser Secretario Ejecutivo se requiere ser profesor o investigador de las Universidades afiliadas durante un mínimo de cinco años.

ARTICULO VIGESIMO SEPTIMO.— El Secretario Ejecutivo cuidará de las actividades permanentes del secretariado, del archivo, correspondencia y coordinación de las actividades de la Organización. Asegurará la coordinación con los organismos regionales y subregionales de la integración latinoamericana. Presentará un informe al Consejo Directivo en cada una de sus reuniones ordinarias o extraordinarias y un informe general de las actividades a la Asamblea General. Será el representante legal de la institución y el Consejo Directivo precisará el ámbito de dicha representación, otorgándole poder suficiente para todos aquellos actos concernientes al ejercicio de sus funciones.

ARTICULO VIGESIMO OCTAVO.— El Secretario Ejecutivo tendrá la responsabilidad de manejar los fondos de la Asociación. Deberá presentar al Consejo Directivo un informe de sus ingresos y egresos. Este informe deberá ser previamente revisado por un Bufete de Contadores aprobado por el propio Consejo.

ARTICULO VIGESIMO NOVENO.— En caso de que el puesto de Secretario Ejecutivo llegara a quedar vacante, el Consejo Directivo designará la persona que desempeñe interinamente dicho puesto, hasta la nueva elección ordinaria en Asamblea General.

#### **DE LAS COMISIONES TECNICAS DE COOPERACION Y ESTUDIO**

ARTICULO TRIGESIMO.— El Consejo Directivo promoverá la creación de comisiones de coordinación y estudio o secretarías para desarrollar trabajos permanentes sobre problemas de enseñanza y la investigación odontológica en la América Latina, mediante un sistema de regionalización de acuerdo a situaciones de localización geográfica.

ARTICULO TRIGESIMO PRIMERO.— Las instituciones afiliadas notificarán a la Secretaría Ejecutiva de la Organización de las iniciativas para organizar congresos, jornadas o reuniones de carácter internacional sobre organización, docencia e investigación odontológica. Asimismo, enviarán copias de los acuerdos y convenios inter—universitarios y con otros organismos internacionales para el efecto de su registro, y en su caso publicación de los mismos.

#### **DEL PATRIMONIO DE LA ORGANIZACION**

ARTICULO TRIGESIMO SEGUNDO.— El patrimonio de la Organización está consti-

tuído por:

- a) La cuota de incorporación de las instituciones. Su monto será fijado por la Asamblea.
- b) La cuota anual ordinaria que aportará cada una de las Universidades afiliadas.
- c) Las cuotas aportes o subvenciones y extraordinarios que acuerden las instituciones afiliadas y otros organismos e instituciones.
- d) Los bienes que adquiriera por cualquier título.

ARTICULO TRIGESIMO TERCERO. – El Secretario Ejecutivo notificará hasta por tres veces consecutivas a la universidad que deje de pagar su cuota anual. Si transcurridos seis meses desde la última notificación el pago no se efectuará, el Consejo Directivo la suspenderá en sus derechos.

#### DE LA REFORMA DE LOS ESTATUTOS

ARTICULO TRIGESIMO CUARTO. – Para la reforma de estos Estatutos se seguirá el siguiente procedimiento.

A solicitud de cualquier institución afiliada o de un miembro del Consejo, este dictaminará acerca de la conveniencia de un proyecto de reforma.

Si se acuerda favorablemente, se incluirá el punto en el orden del día de la siguiente Asamblea, debiendo comunicarse previamente y con anticipación no menor de tres meses a la fecha de su celebración el proyecto de reforma y el dictamen del Consejo, a todas las instituciones afiliadas, para su conocimiento. Si el proyecto de reforma no fuese aceptado por el Consejo Directivo, éste lo remitirá junto con su dictamen a todas las universidades miembros y si más de diez de ellas estimaren conveniente su consideración, deberá incluirse en la Agenda de la próxima Asamblea.

Para aprobar la reforma de los Estatutos se requerirá el voto favorable de dos tercios de los tercios de los miembros presentes.

ARTICULO TRANSITORIO. – El presente Estatuto aprobado en la Primera Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina celebrada en República Dominicana, del 12 al 16 de octubre de 1980, regirá provisionalmente a la Organización hasta que sea ratificado por el Consejo Ejecutivo de UDUAL.



**REGLAMENTO PARA LA I CONFERENCIA DE FACULTADES, ESCUELAS  
Y DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA DE LAS UNIVERSIDADES  
AFILIADAS A LA UDUAL**

El presente Reglamento ha sido formulado en vista a lo dispuesto por los Artículos 20, 34 y 35 de los Estatutos de la Unión de Universidades de América Latina, aprobados por la V Asamblea General celebrada en Lima, Perú, en Octubre de 1967. Dichos Artículos se refieren a los fines de la Unión y a los Organismos de Cooperación y Estudios creados dentro de la misma.

**I.— LA FUNDAMENTACION LEGAL.**

**Artículo 1o.**— Las Conferencias de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de Latinoamérica, convocados por la Unión de Universidades de América Latina, se efectuarán cada dos años en el lugar y sede que sea acordado en la última sesión plenaria de la Conferencia precedente. Se desarrollarán bajo los auspicios de una institución afiliada a la UDUAL.

En el caso de que por razones de fuerza mayor una Conferencia no pudiera desarrollarse en el tiempo y lugar elegidos, el Consejo Ejecutivo de la UDUAL acordará la fecha de celebración y la nueva sede, según el Artículo trigésimo cuarto de sus propios Estatutos y después de agotar lo pautado en el Artículo dieciocho de este Reglamento con respecto a la sede suplente.

**II.— DEL COMITE ORGANIZADOR.**

**Artículo 2o.**— Las Conferencias serán organizadas inicialmente por la Secretaría General de la UDUAL, en consulta con el Presidente y el Relator General de la Conferencia anterior y, al ser determinada la sede, con la participación del Presidente y el Secretario General o quien haga sus veces en la Comisión Organizadora del nuevo evento.

Esta misma Comisión se encargará de velar por la mejor ejecución de los Acuerdos.

Conclusiones y Reglamentaciones de la Conferencia anterior.

El Temario, fechas, normas y demás provisiones de Organización, serán determinados por este grupo: Se tomarán en cuenta los antecedentes y Temarios de las Reuniones y Conferencias anteriores.

Los trabajos presentados por los delegados deberán limitarse al Temario previamente fijado y se sujetarán a la extensión límite que se haya acordado. No se aceptarán trabajos sobre temas distintos a los fijados en la convocatoria y en caso de que algún miembro de la Conferencia desee informar a los asistentes acerca de otros asuntos, deberá entregar a la Secretaría de la Conferencia un número suficiente de ejemplares de su exposición escrita, para distribuirse, si lo aprueba la Mesa Directiva. No se dará lectura en las sesiones a ponencias o trabajos que no se refieran al Temario fijado o se excedan de la extensión límite señalada.

### III.— DE LOS PARTICIPANTES OFICIALES.

**Artículo 3o.**— Las Conferencias estarán formadas por cuatro clases de Miembros: a) Delegados, b) Ponentes Oficiales, c) Observadores y d) Invitados Especiales.

**Artículo 4o.**— Serán delegados los funcionarios universitarios, profesores u otros miembros de los Organismos que formen parte de las Instituciones de Odontología de la América Latina afiliadas a la UDUAL y que sean debidamente acreditados como representantes de ellas.

Cada Facultad, Escuela o Departamento podrá hacerse representar hasta por cinco (5) delegados. Uno de los miembros de cada delegación tendrá el carácter de Presidente, de acuerdo con una comunicación oficial presentada a la Secretaría General o a la Comisión de Credenciales —según el caso— del Comité Organizador.

La Escuela, Facultad o Departamento sede podrá hacerse representar hasta por diez (10) delegados.

**Artículo 5o.**— Serán ponentes aquellas personalidades que sean invitadas oficialmente para desarrollar el Temario y situar las bases de las discusiones y acuerdos de la Conferencia.

**Artículo 6o.**— Los observadores serán: representantes de Instituciones de Odontología no afiliadas a la UDUAL y de organizaciones nacionales e internacionales que hayan sido invitadas por el Secretariado de la UDUAL de acuerdo con el Comité Organizador o viceversa.

**Artículo 7o.**— Se consideran invitados especiales los miembros del Consejo Ejecutivo de la UDUAL, los miembros del Comité Organizador, el Presidente y el Relator General de la Conferencia inmediata anterior, los ex—presidentes de la UDUAL y aquellas personas o representantes de instituciones que hayan sido invitadas con tal carácter por

la UDUAL de acuerdo con el Comité Organizador de la Conferencia o viceversa.

#### IV.— DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES.

**Artículo 8o.**— Los delegados de las Escuelas, Facultades y Departamentos de Odontología, miembros de la UDUAL, acreditados oficialmente, tendrán derecho a voz y voto. Los ponentes y comentaristas oficiales, los observadores y los invitados especiales participarán en las deliberaciones y sólo tendrán derecho a voz, tanto en las sesiones plenas como en las de comisiones.

#### V.— DE LA MESA DIRECTIVA.

**Artículo 9o.**— La Mesa Directiva de la Conferencia estará constituida por un Presidente, dos Vice—Presidentes, un Secretario General y un Relator General.

**Artículo 10o.**— El Presidente, el Secretario General y el Relator General serán elegidos en la sesión preliminar por los delegados debidamente acreditados. Actuarán como Vice—Presidentes los jefes de las delegaciones acreditadas, los que se turnarán en sus funciones en las sesiones plenas de acuerdo a un orden establecido por sorteo en esta sesión preliminar. Se podrá completar la Mesa Directiva con Secretarios Adjuntos, en caso de juzgarse necesario.

#### VI.— DEL DESARROLLO DE LA CONFERENCIA.

**Artículo 11o.**— La Conferencia será atendida por una sesión preliminar presidida por un representante del Consejo Ejecutivo de la UDUAL. Formarán parte de la Mesa: El Presidente y el Secretario General de la Comisión Organizadora. Se abrirá la sesión con el informe de la Comisión de credenciales. Esta Comisión de Credenciales estará formada por los miembros del Comité Ejecutivo de la UDUAL presentes, o sus representantes y por dos miembros que designe la Comisión Organizadora. Una vez aprobado dicho informe se procederá a la elección de la Mesa Directiva y a su toma de posesión.

**Artículo 12o.**— En esa misma sesión serán aprobados el calendario, la agenda y el número de Comisiones de Trabajo acerca de los Temas de la Conferencia. Se elegirán los miembros de las Comisiones de Reglamentos, de Redacción y Estilo y los otros que se acuerde designar.

En esta sesión, será presentado el informe de la Comisión Organizadora en voz de su Presidente.

**Artículo 13o.**— Una vez determinado el número de Comisiones de Trabajo, se abrirá un registro de estas Comisiones. Y se abrirá otro registro para que los delegados acreditados, observadores e invitados especiales, anoten su preferencia de participación.

**Artículo 14o.**— Las Comisiones serán instaladas por los miembros de la Mesa Directiva y los asistentes a ella designarán un Presidente, un Relator y un Secretario.

**Artículo 15o.**— Los Secretarios de la Asamblea y de las Comisiones serán los encargados de levantar las actas de las sesiones respectivas.

**Artículo 16o.**— Cada Relator de las Comisiones elaborará un documento que consigne los Acuerdos y un resumen de las deliberaciones, los que serán aprobados en la última sesión de cada una de las Comisiones de Trabajo. Estos documentos serán entregados de inmediato al Relator General de la Conferencia y una copia al representante de la UDUAL.

**Artículo 17o.**— El Relator General presentará, en la última sesión plenaria, su informe general, que será leído para ser considerado y aprobado en su caso. El documento final será entregado a la Secretaría General de la UDUAL.

**Artículo 18o.**— En la última plenaria será elegida la sede principal para la siguiente Conferencia.

**PARRAFO UNICO.**— En esta misma sesión se designará una sede suplente. La sede principal deberá ratificar, en un lapso no mayor de seis (6) meses, a la Secretaría General de la UDUAL, su aceptación para realizar la Conferencia, en caso contrario, la UDUAL oficiará a la sede suplente, quien en un plazo de tres meses notificará si acepta o no.

De ser negativa la respuesta, el Consejo Ejecutivo de la UDUAL, procederá de acuerdo a lo pautado en el Artículo 1o, del presente Reglamento.

**Artículo 19o.**— Al final de cada Conferencia se publicará, a expensas de la Institución que haya sido la sede, una Memoria que reúna los trabajos, comentarios y resoluciones de la misma. Esta Memoria se publicará bajo la dirección técnica del Secretariado de la UDUAL.

## ORGANIZACION Y NOMINA DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

### GRUPO No. 1

- 1.- MODERADOR: JOAQUIN SANCHEZ CASTILLO
- 2.- RELATOR: ROLANDO SANCHEZ
- 3.- Miguel Mueses
- 4.- Miguel Gil
- 5.- Aristides García
- 6.- Ramón González
- 7.- Angel Gesualdo
- 8.- Agustín Heredia
- 9.- Héctor Silva
- 10.- Eugenio Vilaca
- 11.- Alma Lira Samayoa
- 12.- Wenceslao Gallardo
- 13.- Luis Alonzo Calatrava
- 14.- Carlos Guillén
- 15.- Cleopatra Vidal
- 16.- Sanabio Severino

### GRUPO No. 2

- 1.- MODERADOR: RAFAEL KASSE ACTA
- 2.- RELATOR: MANUEL GONZALEZ
- 3.- Enrique Rodríguez Ríos
- 4.- Juan B. Martínez
- 5.- Andrés Barbour
- 6.- Nilda Pichardo
- 7.- Fermín Silié
- 8.- Florencia Veras Lozano

- 9. Alfredo Gómez Castellanos
- 11. Alfonso Fuentes
- 12. Enrique Aguilar
- 13. Fernando Zapater
- 14. Ligia Carvajal
- 15. Luis Rivera
- 16. José Luis Cova
- 17. Guillermo Hasbún

**GRUPO No. 3**

“Salón LA PINTA”

- 1. MORADOR: JORGE IZQUIERDO
- 2. RELATOR: NESTOR CERON
- 3. Lidia Núñez
- 4. Antonio Rafael Gómez
- 5. Néstor Matos Roche
- 6. Rafael Valdez
- 7. Ana Báez Tisol
- 8. Josefina Copplin
- 9. José Saúl Ramírez
- 10. Norma Puertas
- 11. Ricardo Alvarez
- 12. Gloria Jaramillo
- 13. Miguel Rodríguez
- 14. Roberto Gereda
- 15. Víctor de la Rosa
- 16. René Arroyo
- 17. Iván Rodríguez

**GRUPO No. 4**

“SALON LA SANTA MARIA”

- 1. MORADOR: JOSE GARITA
- 2. RELATOR: SALOMON CABEZAS
- 3. Lorenzo Muñoz
- 4. Ramón Mena Valerio
- 5. Lucía Altagracia Tejada
- 6. Ramón Minaya

- 7.-- Nicolás Rodríguez
- 8.-- Virgilio Rojo
- 9.-- Rodrigo Rodríguez
- 10.-- Fanny de Rivera
- 11.-- María Rauseo de Maezatay
- 12.-- Jorge Abada
- 13.-- Carlos Lasso de la Torre
- 14.-- Oscar Conte
- 15.-- Elbano Pieruzzi
- 16.-- Alberto Arango



**LISTA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ODONTOLOGIA DE UNIVERSIDADES  
AFILIADAS A LA UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA**

**ARGENTINA**

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES,  
Viamonte No.444/430,  
Buenos Aires, ARGENTINA:

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA,  
Obispo Trejo y Sanabria No. 242,  
Córdoba, ARGENTINA.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMAN,  
Agacucho No. 493,  
San Miguel de Tucumán, ARGENTINA.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA,  
Calle 7 No. 776,  
La Plata, ARGENTINA.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE,  
25 de Mayo No. 868,  
Corrientes, ARGENTINA.

**BOLIVIA**

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD BOLIVIANA "JUAN MISAEL SARACHO",  
Campero No. 882, P.O.B. 51,  
Tarija, BOLIVIA.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD BOLIVIANA MAYOR DE SAN ANDRES,  
Avenida Villazón No. 1995,  
La Paz, BOLIVIA.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD BOLIVIANA MAYOR DE SAN SIMÓN,  
Oquendo Esquina Sucre, Casilla 558,  
Cochabamba, BOLIVIA.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD BOLIVIANA MAYOR, REAL Y PONTIFICIA DE  
SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA,  
Estudiantes Esquina Junín, Casilla 212,  
Sucre, BOLIVIA.

#### **BRASIL**

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD FEDERAL DE BAHIA,  
Rua Profesor Augusto Vianna s/n,  
Canela 40.000,  
Sao Salvador, Bahía, BRASIL.

Centro para Estudios Bio-Médicos,  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA,  
Rua Bocaiuva No. 60,  
Florianópolis, Santa Catarina, BRASIL.

#### **COLOMBIA**

Facultad de Odontología,  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA,  
Carrera 7 No. 40-62,  
Apartado Aéreo No. 5315,  
Bogotá, COLOMBIA.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD DEL VALLE,  
Barrio San Bernardo,  
Ciudad Universitaria,  
Apartado Aéreo No. 2188,  
Cali, Valle. COLOMBIA.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA,  
Ciudad Universitaria,  
Apartado Aéreo No. 14.490,  
Bogotá, D. E., COLOMBIA.

#### **COSTA RICA**

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA,  
Ciudad Universitaria Rodrigo Facio,  
San Pedro Montes de Oca,  
San José, COSTA RICA.

## **CUBA**

Facultad de Ciencias Médicas,  
UNIVERSIDAD DE ORIENTE,  
Patricio Lubumba s/n,  
Santiago, CUBA.

Facultad de Ciencias Médicas,  
UNIVERSIDAD DE LA HABANA,  
San Lázaro y L. Vedado,  
La Habana, CUBA.

## **ECUADOR**

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR,  
Ciudad Universitaria,  
Quito, ECUADOR.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA,  
Apartado No. 168,  
Cuenca, ECUADOR.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL,  
Chile 900, Apartado Postal No. 471,  
Guayaquil, ECUADOR.

## **EL SALVADOR**

Facultad de Odontología.  
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR,  
Ciudad Universitaria,  
Final 25 Avenida Norte,  
San Salvador, EL SALVADOR.

## **GUATEMALA**

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA,  
Ciudad Universitaria,  
Zona 12, GUATEMALA, C. A.

## **HAITI**

Faculty of Odontology,  
UNIVERSITE DE L'ETAT D'NAITI,  
Place des Héros de L' Indépendance,  
Port – au – Prince, HAITI.

## HONDURAS

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS,  
Ciudad Universitaria,  
Tegucigalpa, HONDURAS.

## MEXICO

Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud,  
INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL,  
Ex-Hacienda de Mayorazgo,  
Milpa Alta,  
Apartado Postal No. 5, México 23, D. F.

Centro Biomédico,  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES,  
Km. 2 Carretera Campestre,  
Aguascalientes, AGUASCALIENTES, MEXICO.

Escuela de Odontología,  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA,  
Unidad Universitaria, Tijuana, Ejido Tampico,  
Tijuana, B. C., MEXICO.

Area de Ciencias Biomédicas,  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS,  
10a. Calle Sur y Calle Central,  
Tuxtla Gutiérrez, CHIS., MEXICO.

Escuela de Odontología,  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA,  
Paseo de las Aguilas 7000,  
3a. Sección, Lomas del Valle,  
Guadalajara, JAL. MEXICO.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON,  
Salvatierra y Silao,  
Monterrey, N. L. MEXICO.

Escuela de Estomatología,  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI,  
Avenida de los Poetas No. 2,  
San Luis Potosí, S.L.P. MEXICO.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE TAMAULIPAS,  
Calle Matamoros No. 8,  
Tampico, Tams. MEXICO.

Escuela de Odontología,  
UNIVERSIDAD "JUAREZ" AUTONOMA DE TABASCO,  
Zona de la Cultura,  
Villahermosa, Tab. MEXICO.

División de Ciencias Biológicas y de la Salud,  
UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO,  
Calzada del Hueso y Canal Nacional s/n,  
Xochimilco, MEXICO 23, D. F.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA,  
Centro Médico,  
Col. Independencia,  
Guadalajara, JAL. MEXICO.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD DE YUCATAN,  
Frente Parque "La Paz",  
Mérida, YUC. MEXICO.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO,  
Juárez 101-105-580,  
Toluca, Edo. de México.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO,  
Ciudad Universitaria,  
México 20, D. F.

Facultad de Odontología,  
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA-UNAM,  
San Juan Iztacala,  
Fraccionamiento Los Reyes,  
Tlanepantla, Edo. de MEXICO.

Facultad de Odontología,  
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA-UNAM  
J. C. Bonilla 66 Esquina Ignacio Zaragoza,  
México, D. F.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD VERACRUZANA,  
20 de Noviembre e Iturbide,  
Veracruz, VER. MEXICO.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD VERACRUZANA,  
Ciudad Mendoza, VERACRUZ. MEXICO.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA,  
Hospital Central 2o Piso,  
Chihuahua, Chih., MEXICO.

Universidad de Ciencias de la Salud de la  
UNIVERSIDAD VERACRUZANA,  
Aldama No. 11  
Coatepec, Ver., MEXICO.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD VERACRUZANA  
Minatitlán, Ver., MEXICO.

**LISTA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ODONTOLOGIA DE UNIVERSIDADES  
NO AFILIADAS A LA UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA**

**ARGENTINA**

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ROSARIO,  
Córdoba No. 1814,  
Rosario, ARGENTINA.

**BRASIL**

Facultad de Odontología,  
FUNDACAO UNIVERSIDADE DE ITAUNA,  
Rua Silva Jardim No. 189,  
Caixa Postal 100,  
35.680 Itaúna, Minas Gerais, BRASIL.

Escuela de Odontología,  
FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO,  
Avenida Brasil 743,  
99 100 Passo Fundo, Rio Grande do Sul, BRASIL.

Facultad de Ciencias de la Salud  
FUNDACAO UNIVERSIDADE DO AMAZONAS,  
Rua Jose Paranagua, 200, Centro,  
Manáus (Amazonas) 69 000, BRASIL.

Facultad de Odontología,  
FUNDACAO UNIVERSIDADE DO MARANHAO,  
Rua 13 de Maio 500,  
Sao Luis, Maranhao, BRASIL.

Facultad de Ciencias Médicas,  
FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE,  
Rua Lagarto, 952,  
Aracajú, (Sergipe), BRASIL.

Facultad de Odontología,  
PONTIFICIA UNIVERSIDADE CATOLICA DE CAMPINAS,  
Rua Marechal Deodoro, 1099, Centro,  
C P 313 CEP 13.100,  
Campinas, Sao Paulo, BRASIL.

Facultad de Odontología,  
PONTIFICIA UNIVERSIDADE CATOLICA Do RIO GRANDE Do SUL,  
Avenida Ipiranga, 6681, Partenon,  
C. P. 1429 CEP. 90.000,  
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, BRASIL.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDADE DE SAO PAULO.  
Ciudad Universitaria,  
Butana, CP. 8191 CEP. 05.508,  
Sao Paulo, BRASIL.

Faculdade de Odontología,  
UNIVERSIDADE Do ESTADO Da GUANABARA,  
Campus Universitario,  
Rio Janeiro, BRASIL.

Facultad de Odontología de Piracicaba,  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS,  
Ciudad Universitaria – Barao Geraldo,  
CP. 1170 – CEP. 13.100,  
Campinas, Sao Paulo, BRASIL.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA,  
Campus Universitario Sector – Oeste,  
Ciudad Universitaria. CP 2111 CEP. 86,100,  
Londrina, Paraná, BRASIL.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO,  
Ciudad Universitaria s/n,  
CP. 649 CEP. 79,100,  
Campo Grande, Mato Grosso, BRASIL.

Departamento de Ciencias Odontológicas,  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA,  
Praça Santos Andrade s/n,  
Centro – CP. 992993 – CEP. 84, 100,  
Ponta Grossa, Paraná, BRASIL.

Centro de Ciencias de la Salud,  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS,  
Praça Visconde de Sinimbu 206,  
Centro CEP. 57,000,  
Maceió – Alagoas, BRASIL.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS,  
Quinta Avenida Praça Universitaria s/n,  
CP. 131, CEP. 74.000 Goiânia,  
Goias, BRASIL.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA,  
Cidade Universitaria, Barrio Dos Martelos CEP. 36.100,  
Juíz de Foro, Minas Gerais, BRASIL.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS,  
Avenida Presidente Antonio Carlos 6627,  
Pampulha – CP 1621,  
Belo Horizonte (MG) 30 000, BRASIL.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS,  
Campus Universitario 180, CP. 354,  
CEP. 96.100,  
Pelotas, Rio Grande do Sul, BRASIL.

Centro de Ciencias de la Salud,  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO,  
Ciudad Universitaria,  
Engenho do Meio, CEP. 50.000 – Recife,  
Pernambuco, BRASIL.

Centro de Ciencias Médicas,  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA,  
Rua Floriano Peixoto 1184 – CP. 248,  
Campus Universitario, Faixa Camobi,  
Km. 9 1184 – Central 5, Andar CEP. 97.100,  
Santa Maria, Río Grande do Sul, BRASIL

Centro de Ciencias de la Salud,  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA  
Avenida da Universidade 2853,  
Benfica CP. 1000, CEP. 60.000,  
Fortaleza, Ceará, BRASIL.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO,  
Rua Pietrangelo de Biase, s/n,  
Andar 3 Centro CEP. 29.000,  
Victoria – Espirito Santo, BRASIL.

Area de Ciencias Biológicas,  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA,  
Ave. Governadores José Malcher 1192, Nazaré CP. 68,  
CEP. 60,000, Belém, Pará, BRASIL.

Centro de Ciencias de la Salud,  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARAIBA,  
Campus Universitario,  
Joao Pessoa, Paraíba, BRASIL.

Facultad de Ciencias Biológicas,  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA,  
Rua 15 de Novembro 299,  
Centro CP. 441, CEP. 80.000,  
Curitiba, Paraná, BRASIL.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI,  
Campus Universitario,  
Barrio Iningá, CEP. 64.000,  
Teresina, Piauí, BRASIL.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO,  
Av. Brigadeiro Trompowski s/n,  
Ilha do Governador CEP. 20.000,  
Rio de Janeiro, R. J. BRASIL.

Centro de Ciencias de la Salud,  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE,  
Av. Hermes da Fonseca 780,  
Tirol – CP. 143 CEP. 69.000,  
Natal – Rio Grande do Norte, BRASIL.

Facultad de Medicina,  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE,  
Av. Paulo Gamma s/n,  
Centro CEP. 90.000,  
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, BRASIL.

Facultad de Odontología  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE,  
Rua Miguel de Frías 9, Icarai CEP. 24.000,  
Niteroi, Rio de Janeiro, BRASIL.

Centro de Ciencias Biológicas e da Saúde,  
Departamento de Odontología,  
UNIVERSIDADE GAMA FILHO,  
Rua Manuel Vitorino 625, CEP. 20 740,  
Rio de Janeiro, BRASIL.

Centro de Ciencias Biológicas y de la Salud,  
UNIVERSIDADE REGIONAL DO NORDESTE,  
Rua Floriano Peixoto 718, Centro – CP. 550,  
CEP. 58–100,  
Campina Grande, Paraíba, BRASIL.

Facultad de Odontología de Sao José Dos Campos,  
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO,  
Sao José Dos Campos,  
Av. Enge. Francisco Jose Longo 777, Sao Dimas,  
CEP. 12200, Sao Jose Dos Campos, BRASIL.

Facultad de Odontología de Araçatuba,  
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO,  
Rua José Bonifacio, 1193,  
Vila Mendonca, CEP. 16100,  
Araçatuba, BRASIL.

Facultad de Farmacia e Odontología de Araraquara,  
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO.  
Rua Expedicionarios do Brasil, 1621,  
Centro, CEP. 14800,  
Araraquara, BRASIL.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDADE DO AMAZONAS.  
Rua José Paranagua 200, Centro. CEP. 69000,  
Manaus, BRASIL.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDADE CATOLICA DE MINAS GERAIS.  
Av. Dom José Gaspar, 500,  
Coracao Eucaristico, CEP. 30000 CP. 00002686,  
Belo Horizonte, BRASIL.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES,  
Alvarenga, Shangai,  
CEP. 08700.  
Mogi das Cruzes, BRASIL.

Facultad de Odontología,  
FACULDADES INTEGRADAS DE SAO BERNARDO DO CAMPO,  
Sacramento 230, Rudge Ramos,  
CEP 09720 CP. 00005002,  
Sao Bernardo do Campo, BRASIL.

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE SANTOS,  
Rua da Constitulcao 374,  
Vila Matias Cep. 11100,  
Santos, BRASIL.

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE SANTO AMARO  
Rua Prof. Eneias de Siqueira,  
Neto, 340, Santo Amaro, CEP 03071,  
Sao Paulo, BRASIL.

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PRESIDENTE PRUDENTE,  
Rua Jose Bongiovani, 700,  
Cidade Universitaria, CEP. 19100,  
Presidente Prudente, BRASIL.

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE LINS,  
Av. Tiradentes, S. Centro,  
CEP. 16400 CP. 118,  
Lins, BRASIL.

FACULDADE BANDEIRANTE DE ODONTOLOGIA,  
Avenida Miguel Cocicou, 11,  
Cidade Universitaria,  
CEP 12900 CP. 163,  
Bragança Paulista, BRASIL.

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE VALENCIA,  
Rua Crneiro de Mendanca 139, Centro,  
CEP. 27600 CP. 90,  
Valencia, BRASIL.

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE NOVA FRISBURGO,  
Rua Sylvio Henrique Braune s/n,  
Centro, CEP. 28600 CP. 2554,  
Nova Fribrugo, BRASIL.

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE CAMPOS,  
Av. Visconde de Alvarenga s/n,  
Parque Universitario,  
CEP. 28100 CP. 00000379,  
Campos, BRASIL.

ESCOLA DE ODONTOLOGIA DE VOLTA REDONDA,  
Rua Luiz Alves Pereira, 76  
Aterrado. CEP. 27180,  
Volta Redonda, BRASIL.

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO,  
Avenida Gal newton,  
Cavalconte, 146, Camaragibe,  
CEP. 54700 CP. 00003615,  
Sao Lourenço Da Mata, BRASIL.

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE CARUARU,  
Jardim Europa,  
CEP. 55100 – CP. 046,  
Caruaru, BRASIL.

UNIVERSIDADE DE UBERLANDIA,  
Avenida Engenheiro Diniz, 1178,  
Martins, CEP. 38400, '  
Uberlandia, BRASIL.

Facultad de Odontología,  
FACULDADES INTEGRADAS DE UBERABA,  
Av. Guilherme Ferreira 217, Centro,  
CEP. 38100 CP. 93,  
Uberaba, Brasil.

FACULTAD FEDERAL DE ODONTOLOGIA DE DIAMANTINA '  
Rua Da Gloria 187,  
Centro, CEP. 39100 CP. 38,  
Diamantina, BRASIL.

FACULTADE DE ODONTOLOGIA DE GOVERNADOR VALADARES,  
Rua Juis de Paz José de Lemos, 695,  
Vila Bretas, CEP. 35100 CP. 192,  
Governador Valadares, BRASIL.

ESCOLA DE FARMACIA E ODONTOLOGIA DE ALFENAS,  
Praça Emilio Silveira 45,  
Segundo Andar Frente Centro,  
CEP. 37130 CP. 00000009,  
Alfenas, BRASIL.

Faculdade de Odontologia,  
UNIVERSIDADE DO MARAHAO,  
Rua 13 de Maio, 506,  
Pavimento Superior,  
Centro, CEP. 65000,  
Sao Luis, BRASIL.

FACULDADE DE ODONTOLOGIA JOAO PRUDENTE,  
Avenida Universitaria,  
Km. 3, 5 – Predio da Esquerda,  
Bairro Universitaria,  
CEP. 77100,  
Anapolis, BRASIL.

#### **MEXICO:**

Facultad de Odontología,  
INSTITUTO CERVANTES DE CHIHUAHUA,  
Dom. Conocido,  
Chihuahua, Chih., MEXICO.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CD. JUAREZ,  
Vicente Guerrero e Ing. Ramírez,  
Cd. Juárez, Chih., MEXICO.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE TLAXCALA,  
Domicilio Conocido,  
Tlaxcala, Tlax., MEXICO.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD DEL NORESTE,  
Apartado Postal No. 469  
Tampico, Tams., MEXICO.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD REGIONAL DEL SURESTE,  
Apdo. Postal No. 483  
Oaxaca, Oax., MEXICO.

Escuela de Odontología  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SINALOA  
Angel Flores y Riva Palacio  
Culiacán, Sinaloa.

## COLOMBIA

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA,  
Area de Ciudad Universitaria,  
Calle 67 Barranquilla con la Carrera 53, Avenida del Ferrocarril  
No. 53-70. Apartado Postal 229, Apartado Aéreo 1226,  
Medellín, COLOMBIA.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA,  
Centro Carrera 6 No. 36-45,  
Calle de la Universidad, Apartado Aéreo No. 1382,  
Cartagena, Bolívar, COLOMBIA.

## CHILE

Escuela Dental,  
UNIVERSIDAD DE CONCEPCION,  
1o de Mayo No. 68, Casilla 20-C,  
Concepción, CHILE.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD DE CHILE,  
Av. Bernardo O'Higgins No. 1050, Casilla 10-D,  
Santiago, CHILE.

## MEXICO

Facultad de Odontología,  
ESCUELA MILITAR DE ODONTOLOGIA,  
Lomas de San Isidro,  
México 10, D. F.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD AUTONOMA BENITO JUAREZ DE OAXACA,  
Av Independencia y M. Alcalá,  
Apartado Postal No. 76,  
Oaxaca, Oax. MEXICO.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CIUDAD JUAREZ,  
Instituto de Ciencias Biomédicas,  
Av. López Mateos No. 20,  
Ciudad Juárez, Chih. MEXICO.

Escuela de Odontología,  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE COAHUILA,  
Av. Juárez y Calle 17,  
Torreón, Coah. MEXICO.

Escuela de Odontología,  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE HIDALGO,  
Pasteur No. 1,  
Pachuca, Hgo. MEXICO.

Escuela de Odontología,  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE HIDALGO,  
Pasteur No. 1,  
Pachuca, Hgo. MEXICO.

Escuela de Odontología,  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NAYARIT,  
Ciudad de la Cultura Amado Nervo,  
Tepic, Nay. MEXICO.

Facultad de Medicina,  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ZACATECAS,  
Galeana No. 1,  
Zacatecas, Zacatecas, MEXICO.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD DEL BAJIO, A. C.  
Falda de Cerro Gordo, Apartado Postal 444,  
León, GTO. MEXICO.

Escuela de Odontología,  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO,  
Paseo Tolloca y Jesús Carranza,  
Toluca, Edo. de México.

Escuela de Odontología,  
UNIVERSIDAD DEL SUDESTE,  
Campeche, Campeche, MEXICO.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL,  
Insurgentes Sur 4135,  
México, D. F.

Escuela de Odontología,  
UNIVERSIDAD JUAREZ DEL ESTADO DE DURANGO,  
Carretera a Mazatlán Km. 2 1/2,  
Durango, Dgo. MEXICO.

Escuela de Odontología,  
UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA, S. C.  
Gabriel Mancera, No. 1402  
México 12, D. F.

## **URUGUAY**

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA,  
Calle 18 de Julio No. 1824,  
Montevideo, República Oriental del URUGUAY.

Escuela de Odontología,  
UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE MEXICO,  
Avenida Marina Nacional No. 162,  
Apartado Postal No. 5-013,  
México 17, D. F.

## **PARAGUAY**

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCION,  
Colón No. 63,  
Asunción, PARAGUAY.

## **PERU**

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIZ GONZABA" DE ICA,  
San Martín 294,  
Ica, PERU.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA,  
Av. H. Delgado 932 – Apartado 5045,  
Lima, 25, PERU.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA,  
Urb. San José Umacollo,  
Arequipa, Apartado 1324,  
Arequipa, PERU.

Facultad de Odontología,  
UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL,  
Jacinto López 214,  
Lima 1, PERU.

**RESEÑA FOTOGRAFICA**

**I CONFERENCIA DE FACULTADES ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS  
DE ODONTOLOGIA DE AMERICA LATINA -- U D U A L**

-)o(-

SANTO DOMINGO  
12 - 16 OCTUBRE 1980





COLOCACION DE UNA OFRENDA FLORAL  
EN EL ALTAR DE LA PATRIA EL DIA  
12 DE OCTUBRE DE 1980







DR. ANTONIO ROSARIO  
RECTOR DE LA UASD  
DIRIGIENDOSE A LOS ASISTENTES EN LA  
INAUGURACION DE LA CONFERENCIA

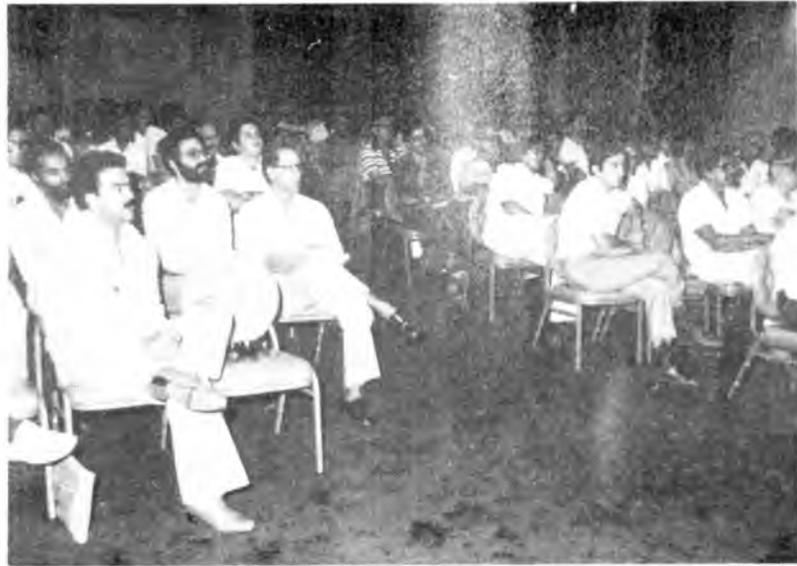


DR. LEONARDO ERICKSON, PRESIDENTE DE  
LA CONFERENCIA Y DIRECTOR DE ODON-  
TOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMIA  
DE SANTO DOMINGO.



EL SECRETARIO GENERAL DE LA UDUAL,  
DR. PEDRO ROJAS, PRONUNCIANDO SU  
DISCURSO EN EL ACTO DE INAUGURACION  
DEL EVENTO.





ASISTENTES A LAS SESIONES DE TRABAJO DE LA CONFERENCIA  
DESARROLLADA EN EL HOTEL PLAZA DOMINICANA.



DR. JOSE GARITA. DECANO DE LA FACULTAD  
DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA



DR. EUGENIO VILACA MENDEZ. DIRECTOR  
DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA  
DE MINAS GERAIS, BRASIL.

#### PONENTES OFICIALES



DR. ALFREDO GOMEZ  
MEXICO



DR. MIGUEL RODRIGUEZ  
ECUADOR

**PONENTES OFICIALES**

DR. HECTOR SILVA



DR. JORGE IZQUIERDO  
PERU





UNA VISTA DE LOS ASISTENTES A LA CENA OFRECIDA A LOS PARTICIPANTES DE LA CONFERENCIA, POR PARTE DE LA UASD.



ACTO SOCIAL DE CLAUSURA Y ENTREGA DE RECUERDOS A LOS PARTICIPANTES EN EL EVENTO.

*Se terminó de imprimir  
en el mes de Octubre de 1982  
en los Talleres de  
Impresos de Calidad, S. A.*