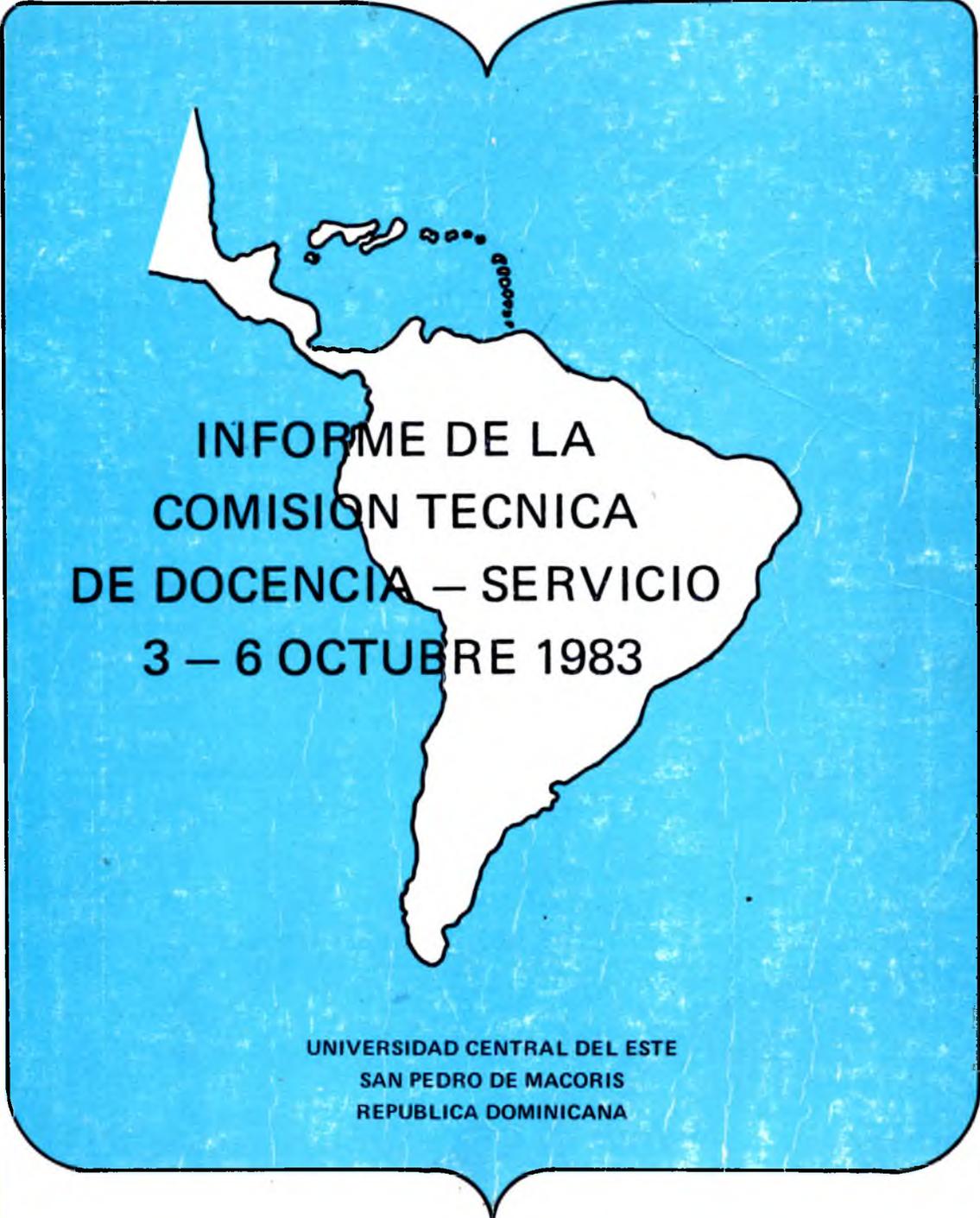




OFEDO



INFORME DE LA  
COMISION TECNICA  
DE DOCENCIA – SERVICIO  
3 – 6 OCTUBRE 1983

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ESTE  
SAN PEDRO DE MACORIS  
REPUBLICA DOMINICANA

UDUAL



**UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA  
UDUAL**

**ORGANIZACION DE FACULTADES, ESCUELAS, Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA  
OFEDO**

**COMISION TECNICA DE DOCENCIA – SERVICIO  
3 al 6 de octubre de 1983**

San Pedro de Macorís  
República Dominicana

2018-03-00 545  
CIBU 18030062  
Codigo de barra

PROYECTO: ~~no autorizado~~  
FECHA: 17-5-85  
PROG: 00-1010FE00  
ACQ: 545  
CLASF: ~~00~~  
UDUAT: ~~00~~  
Mxal

**COORDINACION GENERAL:**

**SECRETARIA EJECUTIVA DE  
LA OFEDO-UDUAL**

**AUSPICIO:**

**ADFEDO:** Asociación Dominicana de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología.

**SESPAS :** Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

**A.O.D.** Asociación Odontológica Dominicana

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ESTE**

**COOPERACION TECNICA**

**OPS/OMS:** Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

## SUMARIO

### PRESENTACION

- I RELATO GENERAL
- II INFORME DE LOS GRUPOS DE TRABAJO
- III PONENCIAS
- IV PROGRAMA
- V PARTICIPANTES
- VI DIRECTORIO

## PRESENTACION

Durante la celebración de la II Conferencia de Facultades de Odontología de la OFEDO-UDUAL (Caracas, octubre de 1982), la Asamblea acogió y aprobó el ofrecimiento realizado por la República Dominicana para organizar la reunión de la Comisión Técnica de Servicio-Docencia, en la Universidad Central del Este, en la Ciudad de San Pedro de Macorís, en octubre de 1983.

Por otra parte, la Secretaría Ejecutiva de OFEDO-ODUAL delegó en el vocal del Comité Ejecutivo de la República Dominicana realizar los preparativos para la reunión, para cuya organización se ha integrado una Comisión constituida por los Directores de las Escuelas de Odontología de las Universidades Autónoma de Santo Domingo, Católica Madre y Maestra, Central del Este, Pedro Henríquez Ureña; la División de Salud Bucal de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; la Asociación Odontológica Dominicana y la Asesoría de la OPS/OMS.

Como consecuencia del acuerdo y la organización mencionados, la Comisión Técnica de Docencia-Servicio se reunió del 3 al 6 de octubre de 1983 en el local de la Universidad Central del Este, en San Pedro de Macorís, República Dominicana.

El presente Documento contiene las memorias de la citada reunión.





## **I. RELATO GENERAL**

**Relator:**

**Dr. Jorge Izquierdo**

**Co-relatores:**

**Dra. Cristina Rosas**

**Dr. Carlos Amiama**

**Dra. Gloria Demey**

### **COMISION TECNICA DE DOCENCIA-SERVICIO**

**ORGANIZACION DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA  
DE LA UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA  
(OFEDO-UDUAL)**

**3 al 6 de octubre de 1983  
San Pedro de Macorís  
República Dominicana**



## INTRODUCCION

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

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

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

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

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



## TEMA No. 1

### ASPECTOS TEORICOS DE LA INTEGRACION DOCENCIA–SERVICIO

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

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

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

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

Por otro lado, uno de los ponentes identifica y analiza cuatro tendencias principales en el proceso de integración docencia–servicio, de acuerdo a los elementos que intervienen:

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

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

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

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

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

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

## TEMA No. 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### TEMA No. 3

#### “PLAN DE ACCION PARA LA INTEGRACION DOCENCIA–SERVICIO”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.– Que en el Plan de Acción se incluya un inventario de recursos humanos, físicos, materiales y científicos–téc-

nicos con los que se cuente en Latinoamérica para el desarrollo de proyectos específicos de docencia-servicio en salud bucal.

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

10.— Que se definan criterios, procedimientos e instrumentos de evaluación de los proyectos.

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

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

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

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

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

16.— Que la OFEDO-UDUAL se haga presente en los eventos científico-gremiales, tanto a nivel nacional como internacional, participando en el debate sobre el desarrollo de recursos humanos odontológicos. Esto consolidaría los avances logrados hasta la fecha, a la vez que sensibilizaría a la práctica privada y ampliaría las posibilidades de integración ulterior.

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

## TEMA ESPECIAL

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

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

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

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

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

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



## **II INFORMES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO**



## TEMA No. 1

### “ASPECTOS TEORICOS DE LA INTEGRACION DOCENCIA–SERVICIO”

#### GUIA DE DISCUSION

1. Tomando en consideración las ponencias presentadas:

¿la integración Docencia--Servicio debe ser un proceso de aproximaciones sucesivas o un proceso de aproximación total, aplicado en un solo momento?

2. ¿La integración Docencia--Servicio debe plantearse como la transformación de la práctica Odontológica dominante actual, tanto privada como institucional?

Sustente su opinión.

3. Defina cual debe ser el objeto de estudio que sirva como eje para la integración Docencia –Servicio.



## RELATO DEL GRUPO 1 (tema 1)

(1) El grupo considera que la integración docencia–servicio es un proceso al cual se llega mediante aproximaciones sucesivas dependiendo de las características económicas y sociales de cada país.

Estas aproximaciones se fundamentan en el estudio–trabajo; de esta manera podemos definir diversos grados de aproximaciones para la integración docencia–servicio. El grupo acoge las propuestas de la ponencia de la Dra. Martha López en el sentido de establecer que se puedan presentar las siguientes relaciones:

Universidad–Comunidad  
Universidad–Servicios  
Universidad–comunidad–servicio

Dichas relaciones son formas que caracterizan los distintos tipos de aproximaciones. El grupo se pronuncia por la relación de los tres elementos fundamentales Comunidad-Servicio-Universidad, propiciando que la participación de la comunidad sea de forma activa.

Otro elemento importante es la participación del gremio, el cual contribuirá al desarrollo de la conciencia social y ayudará a su incorporación en este proceso.

(2) El grupo considera que el proceso de integración Docencia–Servicio se afianza en la medida que el modelo de práctica se transforma. Esto significa que dadas las condiciones actuales de desarrollo económico y social de nuestros pueblos, el modelo de práctica que debe adoptarse debe definirse en función de las siguientes premisas:

- a) Desmonopolización del conocimiento.
- b) Superación de la práctica artesanal, sustituyéndola por una práctica colectiva más acorde con la era industrializada.
- c) Participación Popular.

La viabilidad de la integración Docencia–Servicio determinada por los cambios en los modelos de práctica será efectiva en la medida que esos cambios modifiquen el sistema de salud en general.

(3) Debe ser el proceso–Salud enfermedad bucal, considerando este en su naturaleza y dimensión social. La investigación permitirá su conocimiento e interpretación, a la vez, que servirá para la planificación y orientación del proceso de integración docencia–servicio, responsable de la transformación del proceso salud–enfermedad bucal.

El principio metodológico esencial para esta transformación es el estudio–trabajo.

La condición actual de tendencia hacia la democracia en nuestros países se nutre de las discusiones por lo cual estimula el diálogo.

## RELATO DEL GRUPO 2 (tema 1)

(1) Se planteó inicialmente la necesidad de establecer el concepto Docencia–Servicio, acordándose tomar como ejemplo el que fue aprobado por la asamblea general de FOCAP con sus fundamentos a saber:

A) Docencia–Servicio es un proceso en el cual hay un conjunto de esfuerzos en el que interactuarán las entidades formadoras de recursos humanos, las prestadoras de servicios y la comunidad para transformar las condiciones de salud bucal de esta última.

B) El fundamento del proceso Docencia–Servicio es el conocimiento obtenido a través de la investigación científica que permite el desarrollo de una práctica odontológica acorde con la realidad de nuestros países.

(2) En cuanto a docencia–servicio, debe ser por aproximaciones sucesivas, donde se plantean estrategias para la obten-

ción de objetivos específicos que alimente el proceso hacia uno general. Esto implica el cambio de actitud acorde con el concepto y su fundamento. En cuanto a la participación de las Asociaciones Odontológicas Nacionales, se le considera como unidad de apoyo, no en la estructura si no en la elaboración de estrategias.

Tomando como base lo anteriormente expuesto, la integración docencia—servicio debe plantearse como una transformación dinámica también por etapas. Tanto a nivel privado como institucional siendo el estamento de este cambio, el científico va transformándose no en un corte brusco sino en escalonado.

(3) El objeto de estudio que sirva como eje para la integración docencia—servicio debe ser la investigación del proceso Salud—Enfermedad como base hacia un cambio de actividades y aspectos curriculares en dicha integración.

### **RELATO DEL GRUPO 3 (tema 1)**

(1) La integración docencia—servicio deberá ser un proceso de aproximaciones sucesivas tanto en lo relativo al análisis que implica, como a la práctica correspondiente que incluye como marco de referencia:

- Diagnóstico socio—epidemiológico;
- Viabilidad Institucional;
- Mercado de Trabajo;
- Alternativas de corporatización.

Este análisis deberá partir de lo general a lo particular, incluyendo criterios cualitativos y cuantitativos. Otra de sus características es que debe ser continuo y coherente, de manera que se mantenga actualizado en función de las necesidades concretas. Deberá considerarse en este proceso a la participación activa de los elementos integrantes como son Universidad, Servicios y comunidad.

(2) La Integración docencia—servicio—investigación se debe plantear como la transformación de la práctica Odontológica dominante actual, tanto a nivel privado como institucional. Para ello se requiere de un análisis a nivel social—económico—político que permita a través de aproximaciones sucesivas un planteamiento acorde al desarrollo productivo del país.

Dicha transformación deberá comprender el paso del modelo tradicional artesanal al modelo científico de alcance industrial manejándose en éstos conceptos de la teoría de la organización y de la administración y de la administración científica, en los cuales se tomarían los componentes utilizados actualmente por la Odontología como son: Programación en centros o sistemas de salud, Organización Comunitaria y Comunicación, etc.

(3) La investigación deberá ser el eje para la integración Docencia—Servicio, teniendo en cuenta el conocimiento de la realidad social a través del estudio del proceso Salud—Enfermedad.

Dichos estudios deberán comprender la investigación:

- Socio—epidemiológica
- Clínico—patológica
- Biopatológica.

Estos elementos integrados permiten una comprensión total del proceso y en la que se apoyan sus posibles alternativas de respuesta a través de la práctica social.

**TEMA No. 2**

**“ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DE LA DOCENCIA–SERVICIO”**

**GUIA DE DISCUSION**

1. Tomando en consideración que el proceso de integración entre el Servicio y la Docencia debe ser una realidad concreta en el contexto latinoamericano, identifique y formule las estrategias más adecuadas para el propósito enunciado.
2. Cual debe ser el papel del Estado, el Gremio, la Universidad, los organismos internacionales de cooperación técnica y la OFEDO–UDUAL en este proceso.
3. Puntos de vista del grupo sobre la conferencia: “Un nuevo Simulador para la Capacitación de Recursos Humanos en Odontología” .....



## TEMA No. 2

### RELATO DEL GRUPO I

(1) El Grupo considera que las estrategias para lograr integración Docencia–Servicio serán parte de la siguiente premisa: la aproximación a la integración Docencia–Servicio puede lograrse a diferentes niveles sean estos locales, regionales y/o nacionales. En este Sentido, el grupo establece las siguientes estrategias generales:

- a) La integración Docencia–Servicio puede estimularse a través de la creación de seminarios–talleres que interesen a las partes (Universidad–Servicio–Comunidad–Gremio).
- b) La integración Docencia–Servicio se iniciará sobre la base del establecimiento de áreas de cooperación; estas pueden definirse de la siguiente manera:

De investigación conjunta, de Administración de Servicios, Educación Continua; de Producción de Servicios y de formación de recursos humanos.

- c) El establecimiento de áreas de cooperación entre la Universidad, Servicio y Comunidad se dará más profundamente en la medida que exista una participación democrática amplia, de todos los sectores involucrados.
- d) Elaboración de normas técnicas y procedimientos en forma conjunta. Se considera además la necesidad del establecimiento de estrategias particulares orientadas a desarrollar las bases que aceleren y consoliden ese proceso. Así tenemos que con respecto a los servicios, la necesidad de impulsar como estrategia la regionalización, la atención primaria, sistemas modulares de atención técnica de 4 manos, la desmonopolización del conocimiento.

En cuanto a la institución formadora de recursos humanos podría contribuir a un sistema único de salud regida por una misma política, mecanismos y objetivos, para alcanzar las metas deseadas.

Establecer estrategias en cuanto al desarrollo de ejes curriculares, vinculados a modelar el perfil del profesional que el país requiere. Se impone además, el establecimiento de mecanismos a fin de organizar, movilizar y elevar el nivel de conciencia social de la comunidad.

(2) La Universidad, en su papel rector de formadora de recursos y fuente de conocimiento, deberá impulsar el desarrollo científico a través de la investigación de la realidad concreta, impartir una formación científico–técnico que responda a los intereses de su pueblo.

Los servicios deben jugar un papel de importancia cambiando su práctica tradicional para incorporar los nuevos conocimientos científico–técnicos actualizados y hacerlos accesibles a las grandes mayorías.

La OFEDO–UDUAL deberá fungir de asesor científico–técnico y analizar la situación vigente en cada país.

Es necesario que la OFEDO–UDUAL apoye y motive la integración Docencia–Servicio en los distintos países, tanto en los niveles de pre y post grado universitario, como en los servicios del Ministerio de Salud Pública y la Seguridad Social en cada país. El Gremio, a través de sus congresos, publicaciones y cursos, así como las diversas expresiones comunitarias pueden contribuir al desarrollo de este proceso.

### RELATO DEL GRUPO 2 (Tema 2)

(1) Hubo una gran controversia al formular las propuestas de estrategias para alcanzar el desarrollo de la integración docencia–servicio. Algunos consideraron que el cambio o modificación del curriculum es una parte fundamental para lograr la integración docencia–servicio.

Otro grupo planteó que los cambios curriculares de por sí no constituyen una estrategia fundamental en el proceso docencia–servicio, sino que es simplemente una parte del mismo proceso.

En líneas generales, se tomó el trabajo de Panamá como referencia para establecer las estrategias en nuestros países por la claridad y objetividad de sus planteamientos y porque de una manera sistemática aborda los diferentes niveles en la misma.

(2) Unirse todos en la búsqueda de soluciones, respetando las características de cada institución; los planes y programas deben fundamentarse en el conocimiento científico de la realidad de nuestras comunidades, actuando de manera conjunta desde la etapa de producción de conocimientos hasta la implementación de las alternativas de solución.

La comunidad debe apropiarse el conocimiento necesario que le permita plantear decisiones de manera organizada.

(3) La utilización de simuladores en la enseñanza –aprendizaje odontológico es una etapa superada en Latino–América.

### RELATO DEL GRUPO 3 (Tema 2)

(1) El grupo consideró que se debía tomar algunas de las estrategias propuestas por Panamá, Argentina, Venezuela como son las siguientes:

a) Formar comisiones mixtas integrada por los representantes de las instituciones docentes y de servicio involucradas en el desarrollo de los proyectos y formalizar sus acuerdos a través de convenios legales.

b) Generar normas, procedimientos y mecanismos administrativos de enlace para la operalización de los proyectos.

c) En base al marco de referencia y a los objetivos planteados, definir áreas y establecer programas de capacitación científico–técnico para los elementos participantes, promoviendo su operacionalización en condiciones reales, evitando el manejo de simuladores.

Por otro lado el grupo sugirió establecer una coordinación general para el desarrollo de proyectos que en base al conocimiento sistematizado de la realidad odontológica y socio–política en América Latina, asesore y difunda los proyectos de docencia–servicio de los diferentes países de la región.

(2) Todos los elementos mencionados en la pregunta deberán tener una participación activa en la ejecución de las estrategias señaladas.

a) El Estado a través de los servicios configura las políticas de servicio y se hace cargo de la prestación mayoritaria de los mismos debiendo promover la participación de la comunidad organizada.

b) La Universidad colabora en la prestación de los servicios y complementa y apoya la realización de investigación en las áreas:

- Socio Epidemiológica
- Clínica Patológica
- Bio Patológica

Para que sirvan de base para las propuestas de modelos de atención más congruentes con las necesidades vigentes. El aporte de la Universidad comprende principalmente la fuerza de trabajo de sus docentes, estudiantes y el acervo científico–técnico.

c) La comunidad tiene la responsabilidad de expresar sus necesidades sentidas e intervenir en la planeación, ejecución y evaluación de los programas en forma organizada.

d) El gremio deberá participar, al igual que el resto de los elementos, en la planificación y ejecución de las políticas, estrategias y actividades definidas en cada país.

## TEMA No. 3

### “PLAN PARA LA INTEGRACION DOCENCIA–SERVICIO”

#### GUIA DE DISCUSION

Constituyendo la integración Docencia–Servicio una alternativa transformadora en el proceso odontológico latinoamericano, y habiéndose analizado durante el taller su modelo teórico y formulado las estrategias para su implementación, es necesario que el grupo proponga el Plan de Acción para el desarrollo de Integración Docencia–Servicio.

#### RELATO DEL GRUPO No. 1 (Tema 3)

El grupo luego de discutir las proposiciones del Plan de acción expuesto por el Dr. Alberto Arango se acoge a las mismas, sin embargo cree conviene agregar ciertos aspectos.

Así tenemos que en el plan de acción no están contempladas las estrategias dirigidas al personal docente y al servicio, quienes representan elemento importante del proceso, corrientemente hay choques, por disparidad de criterios, de lo cual se desprende la consideración de un acercamiento que de paso a la unificación de criterios científicos, para lo cual se programarán cursos y talleres que tiendan a erradicar esas diferencias.

Otro aspecto es la incorporación del gremio en la operativización de cada país individualmente; otro es referido a la comunidad donde los planes de acción se han dirigido prioritariamente a niños y mujeres gestantes, dejando de un lado el otro sector que no corresponde a estas categorías, creemos que se hace necesario incorporarlo, ya que este forma parte importante en el proceso enseñanza–aprendizaje.

También debe tomarse en cuenta a nivel de organización subregional del gremio, otras agrupaciones tales como:

CORA (Confederación Odontológica Regional Andina).

OROPLATA (Organización Regional Odontológica para la Cuenca del Plata).

CARDA (Cariben Atlantic Regional Dental Asociation) y otras.

#### RELATO DEL GRUPO 2 (Tema 3)

Para la ejecución de un plan de acción a nivel de docencia servicio, el grupo No. 2 llegó a la conclusión siguiente:

(1) Se tomará en cuenta, las condiciones de mecanismos regulares, que existen en los países latinoamericanos en la promoción, evaluación y ejecución de los programas de salud–oral.

(2) Como factor indispensable, dador de un acercamiento conceptual, es necesaria la información, indispensable en todos los niveles, sistematizadas y reforzadas, que permitan la divulgación del conocimiento producido en la región, con sus prácticas, por las experiencias válidas y transferibles que se tienen, en espera de nuevos aportes.

(3) Siendo la OFEDO–UDUAL unos de los mecanismos regulares que existen en la región, juega un papel importante en el desarrollo del proceso docencia–servicio, propone un plan de acción en el cual se incorporen los demás instrumentos formales existentes:

- Federación Dental Internacional
- Federación Odontológica Latinoamerica
- Federación Odontológica de Centro América y Panamá
- Instituto de Recursos Odontológicos del Area Andina
- Asociaciones de Facultades de Odontología
- Asociación de Salud Pública

- OPS/OMS
- Confederación Odontológica Regional Andina
- Otros.

En vista de lo discutido acerca del documento sobre el plan de acción, presentado por el Dr. Alberto Arango, se propone tomarlo como ejemplo para la propuesta OFEDO/UDUAL, haciéndole los ajustes necesarios, considerando las conclusiones, en coherencia a los demás grupos de discusión.

### **RELATO DEL GRUPO 3 (Tema No. 3)**

(1) El grupo después de discusiones decidió acoger el plan de acción propuesto por el Dr. Alberto Arango asignando acciones similares a desarrollar por los organismos internacionales incluyendo OFEDO-UDUAL; además se debe incluir: que en la próxima reunión de la OFEDO-UDUAL a desarrollarse en México en 1984 todos los países y escuelas representadas expongan sus proyectos o propuestas concretas en relación a docencia-servicio.

Que la OFEDO-UDUAL participe en eventos científicos gremiales tanto a nivel nacional como internacional desarrollando aspectos de formación de recursos, anuarios odontológicos-plan de acción servicio-docencia.

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

En el plan de acción se debe incluir un inventario de recursos humanos, físicos, materiales y científico-técnicos con los que se cuenta para el desarrollo de proyectos científicos.

La OFEDO-UDUAL deberá orientar la revisión, programación y evaluación de los planes de estudio en base a la definición de una estructura conceptual que incluya:

- Objeto de estudio
- Práctica profesional
- Participación interdisciplinaria
- Planteamiento del marco de referencia latinoamericano

y además la definición de la estructura metodológica y cognocitiva que fundamente el curriculum.

El marco de referencia de los proyectos D-S deberá incluir el análisis de situación socio-económica, diagnóstico socio-epidemiológico, análisis de viabilidad institucional, políticas formales y reales, mercado de trabajo y práctica profesional, áreas de cooperatización.

Dentro de los proyectos se deberán plantear además de objetivos metas de D-S a corto, mediano y largo plazo, definir criterios, procedimientos e instrumentos de evaluación para los proyectos.

---

**III. PONENCIAS**

**TEMA No. 1**

**ASPECTOS TEORICOS DE LA DOCENCIA–SERVICIO**

Dr. William Vanegas – Venezuela  
“El Proceso de Integración Docencia–Servicio”

Dra. Martha López – México  
“Integración Docencia--Servicio”



**UNIVERSIDAD DEL ZULIA  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**EL PROCESO INTEGRACION DOCENCIA-SERVICIO**

**Documento presentado por la  
Facultad de Odontología/L.U.Z.,  
en el Taller sobre Docencia/Servicio,  
auspiciado por la O.P.S.  
y el Ministerio de Salud de República Dominicana**

**República Dominicana  
2 al 9 de octubre de 1983**



## INTRODUCCION

En esta oportunidad, la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, presenta un documento que sin ser acabado permita la discusión y el análisis del proceso Docencia–Servicio en una perspectiva y conceptualización que va un poco más allá de lo que tradicionalmente se ha venido señalando, en relación a integración Docencia–Servicio.

Considera importante el análisis histórico de este proceso en América Latina, así como el papel principal que la división del trabajo ha jugado en la configuración de los Modelos de Docencia–Servicio actualmente vigentes.

El documento se nutre de la práctica docente–asistencial que ha venido impulsando la Facultad de Odontología y del análisis de los diferentes modelos docente–asistenciales, implementados en América Latina.

### I. Ubicación de la Docencia–Servicio en el Marco Político–Económico de los Países de América Latina.

Al analizar la Docencia–Servicio en América Latina, con la finalidad de indagar las causas que la originan y lo que en esencia expresa, es necesario destacar algunos aspectos generales del desarrollo histórico del Proceso Salud–Enfermedad, así como sus particularidades en relación con la dinámica política y económica de nuestros países.

El Proceso Salud–Enfermedad, es parte de la totalidad social y está influenciado por los cambios que en ella se generan. A cada formación económico–social, le corresponden características diferentes del proceso, tanto en lo que se refiere al abordaje de la problemática como en las acciones propuestas para su solución.

Con la división de la sociedad en clases y la lucha de clases, aparece una nueva forma de división del trabajo: manual e intelectual, (comunidad esclavista y feudal), división que trae aparejada el desarrollo independiente del conocimiento médico y la práctica en salud. La explicación de los fenómenos sociales giraban fundamentalmente alrededor de lo místico y religioso y por lo tanto las soluciones propuestas estaban enmarcadas dentro de este concepto.

La formación y arraigo de las relaciones sociales capitalistas (primera fase de la revolución industrial), estimuló el desarrollo de las Ciencias Naturales, incluyendo las biológicas, lo que condujo a grandes descubrimientos científicos, a la aparición de la medicina científica y al avance científico–técnico en general. La explicación del Proceso Salud–Enfermedad, se da desde una perspectiva unilateral, biológica, desconociendo el carácter histórico de los fenómenos sociales y la integración teoría–práctica.

En etapas más avanzadas del capitalismo, prima la idea de que la ciencia por sí sola podía resolver los problemas del hombre, se rechaza la causalidad social y se hace responsable al individuo de su propia salud: Medicina Científica. Se produce el surgimiento de laboratorios y hospitales especializados y persiste la separación teoría–praxis.

En América Latina, el comportamiento del Proceso Salud–Enfermedad, está influenciado por este desarrollo general, aunque presenta particularidades que le son propias, relacionadas con la dinámica política y económica de nuestros países.

Durante la segunda guerra mundial, se produce en América Latina la implantación de un modelo de acumulación basado en la sustitución de importaciones. Este modelo económico, permite entre otras cosas, el replanteamiento del papel del Estado en el ámbito económico, político y social y la orientación de la práctica en salud hacia los servicios de saneamiento, con la finalidad de prevenir aquellas enfermedades endémicas que afectan la productividad de la fuerza de trabajo y por consiguiente la producción para la exportación.

Al finalizar la década de los 50, el modelo económico entra en crisis y se imponen reformas que posibiliten la modernización de estas sociedades para mejorar la calidad de la mano de obra, agilizar las estructuras administrativas y garantizar la paz social. La Carta de Punta del Este, es la expresión formal de estos acuerdos. A partir de Punta del Este, surge un nuevo enfoque de desarrollo económico y político, fundamentado en la democracia representativa y aparece la planificación como un instrumento de política estatal que “asegura” el desarrollo de nuestros países en todos los campos: económico, industrial, vivienda, salud, etc.

Un hecho fundamental en la materialización de los acuerdos de Punta del Este, lo representa la Revolución Cubana. El proceso cubano, política, social y económicamente, constituía un modelo de desarrollo distinto al que tradicionalmente se venía aplicando en América Latina y el cual podía ser imitado por nuestros países donde prevalecían regímenes de facto. Esto planteó la necesidad de aceptarlo o elaborar una alternativa diferente. Nace así, la estrategia de Punta del Este que supone el desarrollo acelerado de todos los países a través de grandes inversiones en la industria e infraestructura, este modelo generó problemas sociales importantes: la migración rural–urbana, el surgimiento de los cinturones de miseria, agravamiento de las condiciones generales de vida, aumento brusco de las tasas de morbi-mortalidad en patologías tradicionales y de otras ligadas al crecimiento industrial. El Estado, deberá afrontar estos problemas

y definirá políticas en servicios de salud y formación de recursos humanos que expliquen y modifiquen la situación existente.

La Metodología CENDES/OPS, es una expresión del papel que juega la Organización Panamericana de la Salud en el desarrollo de estas políticas y constituye un esfuerzo por conocer la estructura de daños biológicos de los países latinoamericanos; hasta ese momento la salud pública había estado orientada al saneamiento ambiental y a la medicina tropical. Se inicia también todo un movimiento destinado a producir un acercamiento conceptual entre las universidades y los servicios, fundamentado en la concepción de que las universidades son las poseedoras del saber técnico y por lo tanto elementos importantes en la determinación del modelo de práctica que más se ajuste a las necesidades del momento, es decir, la universidad como motor de cambio. Esta estrategia pretende que las universidades dejen su papel cuestionador del sistema y se conviertan en un elemento técnico exclusivamente. Independientemente, de su finalidad ideológica, el proceso se expresa objetivamente en una serie de transformaciones en las relaciones que se establecían entre la universidad y los servicios.

El evidente fracaso del modelo económico y las repercusiones que en salud se expresan, conducen en 1972 a la formulación del Plan Decenal de las Américas; instrumento diseñado para evaluar la gestión en salud desde 1962 hasta el surgimiento del Plan. Aprovechando toda la experiencia que ha generado la relación universidad-servicios, se define un modelo docente-asistencial que permita formar el recurso en salud en una práctica más real y aprovechar este caudal humano para aumentar la cobertura a un menor costo. Los modelos de docencia-servicio que se implementan a partir de esta definición expresan una estrategia de las universidades para solucionar el problema de las altas matrículas estudiantiles (masificación) y una alternativa para los servicios de ampliar la cobertura utilizando mano de obra barata. El problema fundamental de tales modelos es que parten de una relación aparente, superpuesta, entre instituciones que presentan objetivos, políticas y organizaciones distintas, elementos que al materializarse en una práctica chocan y obstaculizan el desarrollo armónico del proceso. Al analizar subjetivamente el fracaso se generan explicaciones superficiales que encubren el problema de fondo: Proceso de Integración Docencia-Servicio no fundamentado en el análisis consciente de las condiciones materiales sobre las que se asienta y en consecuencia, establecimiento de relaciones de espontaneidad entre ambas instituciones.

Los logros que se pueden rescatar de estos modelos, es que precisamente, a partir de esas relaciones de espontaneidad, se ha generado toda una experiencia empírica que permite visualizar cuáles son los elementos más contradictorios y evidencian la necesidad del establecimiento consciente de las relaciones de docencia-servicio.

## II. El Proceso Docencia-Servicio Hoy

Recientemente se ha tratado de profundizar en las bases teóricas que fundamentan el desarrollo de modelos de Integración Docencia-Servicio, haciéndose énfasis en la consideración de que para entender su significado e importancia es necesario el análisis del momento histórico en que se produce la convergencia de intereses entre el Estado y la Universidad.

En esta perspectiva, se evidencia la problemática actual de las Instituciones formadoras de Recursos Humanos y prestadoras de servicios en los países de América Latina: modelos educativos que se fundamentan en una enseñanza memorística e informativa, donde los conocimientos que se transmiten se encuentran desvinculados de la realidad, cada vez más fragmentados y esparcidos en multitud de disciplinas, lo cual determina la preparación de individuos capacitados para el desempeño de una práctica repetitiva y alienante. La tendencia ha sido formar personal de salud principalmente en una práctica intramuros y en prácticas creadas por la Universidad completamente desvinculadas de la infraestructura de servicios definidas por el Estado. Ciertos rasgos particulares merecen destacarse en lo que a Enseñanza-Aprendizaje se refiere; la organización del conocimiento se fundamenta en modelos lineales que suponen un determinismo mecánico en la acción de un estímulo sobre un sujeto, es decir, la presentación de un estímulo que actúa directamente sobre el sujeto sin ser modificado por él. En algunos modelos se intenta reordenar el conocimiento no en base a disciplinas aisladas sino a grupos de disciplinas afines reunidas en torno a áreas comunes integradoras. A pesar de que esto constituye un avance, la organización del conocimiento sigue el principio de "lo simple a lo complejo", en términos de una complejidad exclusivamente técnica basada en la historia natural de la enfermedad.

Un elemento que agrava la problemática de las instituciones formadoras de recursos, es el crecimiento explosivo que ha venido experimentando la matrícula estudiantil, fenómeno que afecta fundamentalmente la estructura, funciones y aún a la definición misma de la Universidad.

En el caso de las Instituciones de salud, el tipo de práctica dominante se caracteriza por el abordaje curativo de los

problemas, escasa división técnica del trabajo, tecnología en uso dependiente y no relacionada probablemente con las necesidades reales de salud de la población, lo que se traduce en un elevado costo del servicio, que restringe el acceso a los mismos, de los sectores populares.

La mayoría de los modelos de Integración Docencia–Servicio que se han implementado en América Latina, como estrategia para paliar los problemas que la misma Formación Económico–Social genera, se fundamentan conceptualmente en la explicación y abordaje de los problemas de salud desde una perspectiva técnica–biologicista, que no permite ubicar la práctica en salud y la formación de recursos humanos en relación con la totalidad social.

El cuestionamiento a este enfoque, a través de una concepción que expresa la determinación social del proceso, conduce al planteamiento de modelos docente–asistenciales que implican aspectos cualitativos nuevos, con una caracterización diferente a lo que tradicionalmente venía operando y que reflejen el avance científico–técnico que ha alcanzado la salud en el mundo y en América Latina.

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

La conceptualización expresada se fundamenta en los siguientes principios:

1. El modelo de enseñanza–aprendizaje se concibe dentro del marco del estudio–trabajo, modalidad que ha demostrado históricamente ser la forma científica más elevada de aprendizaje. El Proceso de Enseñanza–Aprendizaje se considera dialéctico, donde el objeto se supone será modificado por el sujeto, el cual a su vez también será influenciado por éste; en tanto que la acción práctica se constituye en la base material de la función cognoscitiva, en consecuencia, la organización de los contenidos se centra alrededor de un problema de la realidad con una doble función: servir de base a experiencias de aprendizaje en la que intervienen de igual manera docentes, estudiantes y población, y lograr el paso del conocimiento racional a la práctica transformadora.

En conclusión, el proceso se propone eliminar la separación que los sistemas de enseñanza y prestadoras de servicios tradicionales, han establecido entre teoría–práctica, separación que como señalamos anteriormente encuentra su explicación en la división del trabajo en manual e intelectual al dividirse la sociedad en clases.

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

2. Otro principio que fundamenta el Proceso de Integración Docencia–Servicio es la formación integral del individuo, es decir, la formación del profesional de salud dentro de la realidad social donde a través de un enfoque interdisciplinario y multidisciplinario le permita ampliar su marco de análisis, perciba las contradicciones que allí se generan e incida en ella en una forma positiva, crítica y transformadora.

3. Por último, el Proceso Docencia–Servicio deberá estar sobre la base de una práctica social que tienda cada vez más a transformar las condiciones de salud de la población; una práctica social que coloque al servicio de los sectores populares los avances científico–técnicos que en el área de la salud se han alcanzado hasta el presente. Una práctica social que contemple la participación de la población a diferentes niveles, participación que deberá efectivizarse a través de un verdadero proceso de concientización, organización y movilización.

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

Iniciado el proceso, probablemente se construyan las bases de lo que deberá ser la Integración Docente–Asistencial y el grado de integración que se establezca será posible definirlo por la compenetración de ambas instituciones en la elaboración de sus políticas.

La cooperación formal podrá iniciarse en aquellas áreas que presenten mayores facilidades técnicas y que posibiliten el desarrollo de intereses particulares y conjuntos de ambas instituciones.

Las posibles áreas de cooperación serían:

1. Administración de servicios
2. Investigación
3. Educación continua
4. Formación de pre-grado y post-grado

Estas áreas no deberán ser vistas como elementos aislados sino que constituyen un todo integrado en cualquier modelo docente asistencial.

Por último, las actividades realizadas deberán ser objeto de evaluaciones periódicas con la finalidad de retroalimentar el proceso e introducir los correctivos que se consideren necesarios.

Maracaibo, 6-9-83

**ORGANIZACION DE FACULTADES; ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS  
DE ODONTOLOGIA DE AMERICA LATINA (OEEDO-UDUAL)  
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ESTE, SAN PEDRO DE MACORIS, REPUBLICA DOMINICANA**

**REUNION DE LA COMISION TECNICA SOBRE DOCENCIA-SERVICIO  
PONENCIA: DOCENCIA-SERVICIO. GENERALIDADES SOBRE ASPECTOS  
TEORICO METODOLOGICOS**

**C. D. Martha López Ruiz\***

**Santo Domingo, octubre 1983**

**\*) Coordinador de la carrera de Odontología Escuela Nacional de Estudios Profesionales. Zaragoza, UNAM, México.**



## INTRODUCCION

El presente trabajo representa más que el planteamiento de conceptos innovadores sobre docencia—servicio, un documento de intencionalidad sintética respecto a los aspectos teórico metodológicos más relevantes sobre el tema que vienen fundamentando los esfuerzos realizados para lograr la integración Docente—asistencial entendida esta como “un proceso de creciente articulación entre instituciones de educación y de servicios de Salud para contribuir a la mejoría de las condiciones de vida de la Colectividad, mediante la prestación de servicios adecuados a las necesidades reales de la población, a la producción de conocimientos y a la formación de recursos humanos necesarios en un determinado contexto de práctica de Servicios de Salud y de su Enseñanza”.

A la sistematización de conocimientos teóricos sobre Integración Docencia—Servicio se hace necesario integrar las experiencias que en este sentido se han producido en la región como una medida que permita cuantificar los logros alcanzados, identificar los obstáculos enfrentados y valorar la vigencia de los principios y estrategias establecidas.

En función de ello la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología—Unión de Universidades de América Latina, (OFEDO—UDUAL) en cumplimiento de sus fines, ha organizado una serie de reuniones de las cuales esta es un ejemplo y con las que se pretende colaborar en el progreso y desarrollo en las Instituciones Afiliadas y estimular su mutuo conocimiento e interacción como una medida para coadyuvar a la transformación de la Sociedad Latinoamericana en beneficio de las mayorías que permanecen al margen de la Odontología.<sup>2</sup>

Las conclusiones de estos eventos representan un esfuerzo colectivo que permitirá abordar la III Conferencia con planteamientos más concretos y representativos sobre los fundamentos, organización y estrategias a seguir para el avance del proceso de Integración Docencia—Servicio.

El documento contiene consideraciones teóricas, metodológicas y limitantes generales, así como el enunciado de recomendaciones para el desarrollo ulterior.

## CONSIDERACIONES TEORICAS

Para superar los enfoques de análisis biológicos e individualistas del proceso salud enfermedad que han sustentado la práctica en salud en los últimos tiempos, y que se caracterizan por sus niveles de abordaje de la realidad, en los cuales, se estudia al individuo y se hace abstracción de sus condiciones materiales de existencia o se le considera como parte de una colectividad, pero la realidad que se investiga es lo fenoménico, lo externo e inmediato de los vínculos y aspectos de los elementos físico—sociales y el proceso Salud—Enfermedad; se hace necesario partir de un enfoque histórico—dialéctico que como señala Rojas Soriano,<sup>3</sup> se fundamenta en las siguientes tesis:

- 1) Todos los fenómenos de la realidad se encuentran en relación y dependencia mutuas. Esto determina que la salud enfermedad es un proceso vinculado a diversos factores sociales, físicos, químicos y biológicos.
- 2) La realidad se encuentra en permanente movimiento, cambio, transformación. La realidad es por lo tanto un proceso al igual que el conocimiento sobre ella, constituido por verdades relativas, cuya sistematización permite alcanzar niveles de conocimiento más profundos y objetivos. Lo anterior es válido respecto al proceso salud enfermedad y a la conceptualización que de él se hace. Ambos dependen del movimiento histórico que se vive.
- 3) Los cambios, las transformaciones de la realidad son productos objetivos de las contradicciones internas que se presentan en los procesos. En el caso de la realidad social la contradicción principal se da entre el trabajo y el capital y se expresa socialmente en la lucha de clases. En este contexto surge y se desarrolla el proceso Salud Enfermedad.
- 4) Los elementos y procesos de la estructura social tienen diferente jerarquía en el surgimiento, desarrollo y transformación de los procesos sociales, por los que su estudio no debe iniciarse a partir de cualquier elemento.

En términos generales se puede hablar de dos grupos de factores: los que surgen de la vida material de la Sociedad (La forma en que se produce y se reproduce) y los de la conciencia: Concepciones conocimientos, sobre la enfermedad.

La conceptualización del proceso Salud Enfermedad que la Ciencia Médica elabora, y que orienta las políticas de salud y la práctica correspondiente depende de la realidad material, de las relaciones sociales imperantes y que en el capitalismo son de explotación.

Según Cristina Laurell<sup>10</sup> el proceso latinoamericano pone de manifiesto tres hechos:

- a) El carácter de clase de la enfermedad.
- b) A pesar de todos los grandes avances científicos y Tecnológicos, en la Ciencia Médica estos han sido incapaces de resolver los problemas de salud colectiva.
- c) El desarrollo económico no implica necesariamente la desaparición de ciertas enfermedades sino que tiende a redistribuirlas.

En este contexto podemos caracterizar la problemática de salud bucal en la Región como grave dado que como también señala el Dr. Yepés<sup>11</sup> Caries, Parodontopatías y maloclusiones afectan a la población en proporción y severidad diversa pero con alta incidencia.

La caries afecta al 98.5 de la población en promedio y los niños entre 12 y 14 años tienen afectados el 60% de sus dientes y las necesidades de obturación en el grupo entre 8 y 14 años varían entre 1.54 y 5.37. Las parodontopatías aumentan en frecuencia y severidad con el incremento de edad y en los adultos su prevalencia es tan alta como la caries y constituyen con esta la causa principal de pérdida de dientes.

Como consecuencia de ambos padecimientos 70% de la población de más de 12 años tiene alterada la oclusión.

El modelo de atención odontológica ubicado en cualquiera de los esquemas de salud, sea este privado, de seguridad social, asistencia u otro, no ha sido capaz de proporcionar los servicios de salud en calidad y cantidad suficientes a las necesidades de la sociedad en general.

Se identifican factores importantes como son:<sup>12</sup>

La ausencia de una conciencia social de la salud que limita la participación organizada para demandar al Estado a desarrollar los propios servicios de Salud.

El tipo de práctica profesional dominante, es el privado, que generalmente funciona con Cirujanos Dentistas que trabajan en forma individual, concentrados en las ciudades y por ende se excluye a nivel geográfico a grandes sectores de la población.

El modelo de servicio actúa de acuerdo a la demanda y adopta una respuesta con enfoque curativo.

Las relaciones sociales han determinado que la tecnología que se desarrolla en el área se utilice para justificar la elevación de los costos del Servicio.

El limitado repertorio de materiales económicos y durables.

Tiempo clínico perdido en funciones simples que ejecuta el dentista que por un lado aumenta el tiempo clínico de los procedimientos y por el otro eleva el costo del servicio en la medida que el profesional percibe ingresos correspondientes a la realización de un trabajo complejo.

En la enseñanza y el servicio odontológicos el problema reside en el gran desajuste que se observa entre los recursos disponibles en calidad y cantidad y las condiciones de salud bucal de las grandes mayorías, sus aspiraciones y posibilidades.<sup>13</sup>

La reciprocidad entre la práctica y la enseñanza odontológica es indudable, sin embargo el grado de influencia de una sobre la otra, es diferente. Si se analizan las características del ejercicio de la odontología, encontramos que sus determinantes económicos (formas de pago por los servicios) sociales (prestigio de los servicios tecnológicamente complejos) orientan el enfoque curricular y el peso relativo de las disciplinas que conforman los estudios.<sup>14</sup>

En cuanto al número de odontólogos disponibles en América Latina para la atención de la población las cifras son mínimas encontrándose una relación de 1.9/10000 en las zonas urbano—marginadas y rurales la relación llega a ser de 1/80000<sup>15</sup> a tan grave situación hay que agregar el hecho de que los perfiles profesionales no corresponden a la realidad y necesidades de la población y existen amplias resistencias para el trabajo en equipo incorporando personal auxiliar.

La confrontación entre las necesidades de atención, la demanda efectiva de los servicios y la disponibilidad de los recursos humanos plantea una aparente paradoja: desde el punto de vista de quienes presentan las necesidades de atención el número de personas que pueden proporcionárselos es muy escaso, desde el punto de vista de los dentistas está en demasía.<sup>16</sup> Sin embargo la sola relación odontólogo/habitantes no habla de la magnitud del problema que debe caracterizarse considerando el modelo de servicio dominante y la población en término socio económico.

La persistencia en Latinoamérica.— Por vía de la dependencia científico—técnica del modelo educacional flexneriano (individualista, curativo, biológico y mecanicista orientado a la especialización y obstaculizante de la integración del conocimiento no biológico en la captación del proceso salud enfermedad bucal)<sup>17</sup> en la formación de recursos humanos ha dificultado por varios decenios los cambios cualitativos en la práctica profesional y operativiza la función de la Universidad en el sentido de formar la fuerza de trabajo e inculcar la ideología dominante, de acuerdo a la división social del trabajo.

Los modelos pedagógicos modernizante y reformista—social han sido utilizados por un sinnúmero de universidades y en consecuencia facultades y escuelas de Odontología, puesto que permiten cuestionar la ineficiencia de las instituciones formadoras, pero eluden el origen de los valores morales colectivo—individuales, pretendiendo que una sociedad se establece como un agregado de voluntades individuales, regidas a su vez, por leyes naturales e intengibles<sup>18</sup> el colonialismo cultural y económico explica la reproducción de modelos de práctica profesional que son dependientes de las relaciones económicas, la ciencia y la tecnología disponibles,<sup>19</sup>

La formación de recursos humanos en Odontología comparte la problemática del área de la salud en general, en la cual se ha carecido la planificación adecuada que permita definir su capacitación y posibilidades de ejercicio, y como resultado se tiene: predominio numérico y jerárquico del personal médico sobre el resto del personal de salud, falta de plazas en las instituciones públicas de salud para albergar al personal que demanda ingreso, concentración excesiva de los recursos humanos en los grandes centros urbanos, perfiles profesionales inadecuados cualitativamente y cuantitativamente para satisfacer las demandas de atención vigentes, multiplicación irrestricta de instituciones formadoras de recursos, enseñanza tradicional, con base en conceptos centrales obsoletos, tales como: individualidad de la enfermedad, enseñanza intramuros exclusivamente, disociación teoría—práctica, modelos de servicio orientados en forma predominante a los niveles segundo y tercero de atención, producción insuficiente de conocimiento sobre los problemas existentes.<sup>20</sup>

En este contexto se han venido dando los esfuerzos por lograr la integración docencia—servicio que ha sido conceptualizada como proceso, método o estrategia pero que finalmente surge como una alternativa transformadora tendiente a la ampliación del espacio odontológico, entendiendo a éste como el “accionar docente asistencial—investigativo enmarcado en un contexto socio económico determinado”.<sup>21</sup>

## INTEGRACION DOCENCIA—SERVICIO EN SALUD

Si lo oigo lo olvido;  
Si lo miro, lo recuerdo;  
Si lo hago, lo sé.

El viejo aforismo chino, sugiere el método pedagógico de “aprender haciendo” premisa de la integración docencia—servicio, como estrategia para lograr el aprendizaje significativo a través de un proceso de conocimiento que va de lo concreto a lo abstracto para regresar a lo concreto y transformarlo a través del proceso del trabajo humano.

Los cambios en el sistema de producción a lo largo de la historia han implicado cambios radicales en las formas de adquisición, transmisión y práctica del conocimiento.<sup>22</sup>

Frente a necesidades de que producir, como cuanto y para quién se quieran respuestas específicas en el papel del conocimiento científico—técnico en la producción, formas de organización y división del trabajo, demanda de fuerza laboral y su perfil de capacitación. De tal definición dependerá un conjunto de características sociales y educativas centrales y la generación de grupos sociales que se distinguirán por el tipo de actividad que llevan a cabo, por el patrón de generación y distribución social del conocimiento científico y tecnológico, por el grado de igualdad social de acceso y aprovechamiento de las oportunidades educativas, así como la división del trabajo y la calificación laboral. Mientras la producción fue de tipo artesanal, el aprendizaje se realizaba directamente en él, trabajo bajo la supervisión del maestro y no se plantea requisitos de acreditación educativa previos al trabajo.

“El artesano estaba unido al conocimiento técnico y científico de su tiempo en la práctica diaria de su oficio.”<sup>23</sup>

La evolución de las formas de producción bajo el sistema manufacturero capitalista determinó modificaciones radicales de las formas de aprendizaje y práctica, si previamente se integraba el conocimiento práctico y general que permitía la comprensión global del proceso productivo, porque se daba en el trabajo, en un tiempo largo y con maestros de la mayor experiencia y habilidad, fue transformado por un sistema de enseñanza escolarizado que separaba al individuo de la producción, que ofrecía contenidos educativos aislados y ajenos al trabajo, que requería personal docente profesional y especializado y que proveía una acreditación educativa previa al trabajo. Finalmente el destino laboral de los diferentes niveles educativos no guarda ninguna relación con estos y está determinado por factores externos a lo educativo, de tipo socioeconómico.

La integración docencia—servicio entonces, es el origen histórico del proceso educativo y sin embargo como tendencia que intenta retomar la naturaleza global del proceso aprendizaje—trabajo en odontología es relativamente reciente y se remite a antecedentes históricos surgidos de propuestas de trabajo iniciadas por algunas instituciones educativas y

avaladas por foros especializados desde principios de la década de los sesentas.

Universidades como Antioquia, San Carlos de Guatemala y Zulia son precursores de los actuales proyectos de Integración.

A ellas se sumaron otras instituciones como la de Panamá, Cayetano Heredia del Perú, UAMX, ENEP Zaragoza y Nuevo León estos últimos en México.

Independientemente de las diferencias en cuanto a concepción sobre el proceso de integración D-S en las diversas instituciones, estas consideran en que es un medio para favorecer el proceso de trabajo-aprendizaje que permita al educando capacitarse en función de los problemas locales o nacionales de mayor relevancia, de subordinar su apropiación teórica de conocimiento de manera pertinente a sus funciones técnicas o profesionales y lo más importante, a conocer e interpretar su realidad socio-epidemiológica de manera sistematizada para buscar la aplicación de soluciones en el momento, lugar y condiciones en que estas sean necesarias.<sup>24</sup>

De acuerdo a los elementos que intervienen en el proceso de integración se pueden identificar cuatro tendencias principales:

Comunidad-servicio-Universidad. En esta opción de trabajo la comunidad tiene la capacidad de participación democrática para expresar sus necesidades sentidas e intervenir en la toma de decisiones, para la determinación y apoyo a los planes y programas de salud y la evaluación de los mismos; el segundo elemento tiene la capacidad de promover la participación de la población y configurar sus políticas de servicio en consideración a aquella y la Universidad se incorpora a través de todo el proceso de trabajo en apoyo a las tareas comunes de servicio y complementa con sus recursos para la investigación, la realización de estudios específicos. Este nivel de integración representa la meta hacia la que tienen la mayoría de las instituciones que se encuentran comprometidas con proyectos de docencia-servicio y a la que se han aproximado más países como Cuba y República Dominicana aunque con diferentes estrategias.

Comunidad-Universidad. Es una fórmula de trabajo en la que se vinculan directamente ambos elementos, que puede ser parcialmente útil para atender a los propósitos de la primera y a las necesidades de la segunda pero que ofrece serias limitaciones por cuanto se refiere a sus posibilidades y cobertura, de continuidad, y de universalidad en la forma de abordaje de los problemas, lo que finalmente puede concluir en un modelo utópico con pocas o nulas posibilidades de reproducción, su conceptualización es modernizante y mediatizadora, su práctica pseudocientífica y sus beneficios parciales y relativos. En este esquema se inscriben la mayoría de los modelos educativos innovadores en la República Mexicana cuyos logros implican diversas acciones de Servicio e Investigación con la cooperación de grupos sociales específicos que permiten la realización de los programas. Ha de reconocerse sin embargo que la participación de la comunidad pueda interpretarse como pasiva ya que en el planteamiento de los Servicios de Salud se reproducen las premisas ideológicas de la práctica dominante sin considerar las características estructurales de las comunidades que pudieran obtenerse a través de la investigación lo que limita la génesis de conocimiento y producción de prácticas alternativas.

Servicio-Universidad. Bajo esta fórmula se ha contribuido a satisfacer en buena medida compromisos de trabajo del Sector Salud principalmente en lo que concierne a sus programas de ampliación de cobertura y por parte de las Universidades en conseguir el cumplimiento de ciertos requisitos académicos, conocer el modo de operación de las Instituciones de Salud que para algunos constituyen la vía de entrada al mercado de trabajo.

Sus principales limitaciones, la aplicación de soluciones realmente burocráticas con escasa o nula aportación a la solución de problemas con pobre fundamentación científica en cuanto a conocimiento sobre la producción y distribución de la enfermedad y las formas para su enfrentamiento efectivo, su tendencia es práctica y la práctica empírica dominante. La mayoría de los proyectos latinoamericanos se inscriben en ese modelo que aplican condicionados por la ideología dominante, según la cual “el Sector Salud” es considerado como medio para la Producción y el consumo y el Sector Educativo favorece la concentración y hegemonía del saber en función de una minoría, afirmando la fragmentación del conocimiento, que impide el desarrollo de una práctica educacional creativa, crítica e interdisciplinaria.<sup>25</sup>

Universidad. Constituye la fórmula de trabajo menos deseable en la que la actividad universitaria se produce de manera totalmente aislada “aséptica”, al interior de sus instalaciones, sin proyectos ni mecanismos de vinculación con la comunidad ni con el sector salud. Aún cuando en la mayoría de las Universidades se ha manifestado interés por atender a los problemas sociales, en la práctica se expone al educando a una fuerte carga de elementos conceptuales sobre Odontología Social sin que exista una práctica de servicio congruente, lo que aumenta la probabilidad de caer en la abstracción subjetiva, la línea conceptual es academicista y la práctica empírica “in vitro”.

Algunas Escuelas y Facultades de Odontología con recursos económicos ha optado por la implantación de Clínicas odontológicas descentralizadas del Campo Universitario con una considerable asignación de recursos físicos y docentes que basados en modelos empíricos y transnacionales, al margen de la historicidad social en lo específico mantienen las tendencias de la práctica dominante y en lo académico sus currículas permanecen desintegrados y con enfoques técni-

co—biólogos. En estos modelos se han conseguido avances de interés y utilidad en la organización del trabajo, y el espacio clínico pero sin reciprocidad ni proporcionalidad con respecto a su vinculación con el espacio social.

Para el análisis de estas diferentes fórmulas se hace necesario señalar que la integración docencia—servicio es un continuo en el que cada una de estas opciones puede ser considerada una etapa dentro del proceso, que a su vez, está determinado por las condiciones socio—económica concretas de esta institución. Surgen así a nivel latinoamericano algunos conceptos que permiten visualizar la dinámica del proceso de integración y sus limitantes.

“La Docencia—Servicio es un proceso basado en la realidad —necesidades contexto— de la comunidad que origina una respuesta social de la profesión, caracterizando el modelo de servicio y el recurso humano en el trabajo aprendizaje, al presente parece haberse llegado solo al nivel de coordinación docente asistencial como un paso hacia la integración ya que esta para su operativización requerirá unificar políticas, objetivos, estrategias de las instituciones docentes y de servicios en base a las necesidades de salud de cada país y de la subregión”.<sup>26</sup>

La odontología alternativa ha de tener un marco teórico fundamentado en investigaciones Socio—Epidemiológicos clínicos, patológicos y biopatológicos que conduzcan a conocer la realidad concreta, ha de sustentarse en la prevención integral, la simplificación, la ampliación de la cobertura y la desmonopolización del conocimiento mediante la estructuración en niveles de atención, por el uso de tecnologías apropiadas y con la amplia y permanente participación de la comunidad.<sup>27</sup>

“...la integración docencia—servicio es una conjunción de intereses y acciones entre la Universidad, los servicios y la comunidad para alcanzar la salud bucal colectiva, es decir, para lograr un cambio social y un cambio en la práctica odontológica”.<sup>28</sup>

La integración Docencia—Asistencia es un verdadero proceso de cambio social que debe plantearse en los momentos actuales de crisis económica como una estrategia socialmente necesaria para enfrentar los problemas académicos administrativos que implica la actual organización de los recursos educacionales y de servicio.

Las causas que han determinado el escaso avance en la integración D—S reusan ubicarse en tres niveles: el histórico, el socio—político y el institucional, que sin embargo se encuentran internamente relacionados.

En lo histórico, la formación de recursos humanos se establece en base a programas y proyectos extranjeros y la profesión odontológica surge y evoluciona totalmente desligada de la práctica institucional y de la práctica interdisciplinaria.

En lo socio—político es determinante la relación «Estado—Universidad—Servicio» dada la libertad y soberanía de cada entidad federativa y la autonomía y organicidad de las instituciones.

En nuestra formación económico social esto determina las incongruencias entre la formación de recursos humanos, sus posibilidades de inserción en el mercado de trabajo y su adecuado aprovechamiento en la solución de problemas por falta de planificación y control del proceso social de satisfacción de necesidades. Sólo en el momento que la salud se proclame como derecho de todos y que el estado se haga cargo de que toda la población tenga acceso a los servicios de atención integral, en los que se incluyan tareas curativas, preventivas y de promoción de salud, podremos hablar de una verdadera integración en salud.

En cuanto a lo institucional no olvidemos el papel que las Universidades cumplen en la legitimación de los valores sociales en sistemas que permiten por su discurso democrático, la diversidad en la filosofía formas de interpretación y abordaje de los problemas bajo enfoques funcionalistas y mediatizadores.

Algunos de los principales problemas detectados para la integración son:

A— Divergencias entre el marco conceptual general de la organización social donde se desarrolla el programa y los particulares estipulados en los nuevos modelos de docencia y práctica, como por ejemplo: Predominio de intereses individuales sobre los colectivos. Predominio de enfoques idealistas sobre enfoque científico-social.

Predominio de acciones preventivas sobre curativas.

Lenguaje hermético sobre la desmonopolización del conocimiento.

B— La falta de coordinación intersectorial, entendiéndola como ejemplo previo y necesario para que se de la verdadera integración.

C— Las grandes limitaciones de orden metodológico y técnico que existen, para operacionalizar los conceptos.

D— La falta de formulación de convenios para la elaboración de proyectos.

En alguna de las instituciones no existen referencia legales para efectuar convenios, que definan claramente entre quienes, dónde, cómo y cuándo deben celebrarse.

Los convenios carecen de objetivos explícitos que orienten los programas, su operación y evaluación.

E— No existe unificación de criterios mínimos de las instituciones sobre los resultados de obtener y la medición de los mismos: Ejemplos:

- a— Paciente terminado.
  - b— Grupo comunitario organizado.
  - c— Satisfacción de necesidades sociales.
  - d— Producción y aplicación de conocimientos
  - e— Participación de la comunidad en la evaluación.
- F— Carencia de instrumentos de evaluación de todo orden.<sup>29</sup>

## RECOMENDACIONES

Se considera que el desarrollo de proyectos de **integración docencia—servicio**, deberá realizarse en base a los siguientes principios:

- a— La responsabilidad de las instituciones en la formación integral de recursos humano tenderá a fortalecer la conciencia de las nuevas generaciones respecto a la problemática local, nacional y lo regional.
- b— La educación integral para la mayoría se realizará como aportación institucional para lograr la independencia cultural tecnológica y económica de la región.
- c— La transmisión de la cultura realizada con el sentido crítico que le permita su desarrollo como requisito para los verdaderos cambios sociales.
- d— Las acciones de docencia se integrarán a la investigación de manera de propiciar en lo docente, el proceso de aprendizaje—trabajo que permita al educando, capacitarse en los problemas de mayor relevancia, subordinar su apropiación teórica de conocimientos de manera pertinente a sus funciones técnicas o profesionales y conocer e interpretar la realidad de manera sistematizada, para buscar la aplicación de soluciones ante la crisis que permitan avanzar más rápidamente hacia la igualdad social. En el servicio permitiría la planificación objetiva de los programas y evaluación de los mismos, la promoción para la participación de la población, la configuración de políticas de servicio, la actualización de recursos humanos y del conocimiento técnico científico que se utiliza para la organización y la prestación de los servicios.
- e— La integración docencia - servicio—investigación se llevará a cabo con objeto de participar en la solución de los problemas comunitarios.  
evaluar los productos de planes y programas integralmente y participar para lograr la equidad en los procesos productivos distributivos que permitirán ampliar las capacidades y oportunidades de bienestar social.
- f— El trabajo interdisciplinario y la coordinación interinstitucional, con las organizaciones comunitarias y gremiales será la vía para optimizar recursos, programar acciones, fortalecer nuestros valores e impulsar los cambios en términos no sólo de salud sino de desarrollo social.
- g— La evaluación deberá ser el proceso permanente e integral que garantice el control de calidad en docencia y servicio en términos de actualización científico—técnica, costo social y congruencia con las necesidades sociales a las cuales se responde.
- h— La comunicación oportuna, confiable y permanente entre todos y cada uno de los miembros de la comunidad social (organizaciones comunitarias, docentes, de servicio y gremiales) y la sistematización de información, son elementos que sustentarán la planeación participativa.

Estas recomendaciones enfocan necesariamente a profundizar en dos direcciones, por una parte precisar objetivos a corto, mediano y largo plazo y por la otra la programación de actividades y la previsión de apoyos logísticos con sus respectivos caminos alternativos que garanticen la consecución de las metas que a continuación se enuncian.

### METAS

a.— A corto plazo. Se considera a octubre de 1984, como máximo, fecha en que se llevara a cabo la III Conferencia de OFEDO—UDUAL.

1.— Definición de principios. Marco de Referencia. En este rubro deberán incluirse aspectos tales como situación socio económica local, nacional y/o regional, diagnóstico integral de salud, análisis de viabilidad institucional políticas formales, políticas reales, áreas de posible coordinación, bases legales, etc. análisis de mercado de trabajo, perfiles de práctica, áreas de corporatización.

2.— Cálculo de recursos financieros, académicos, humanos, materiales y sociales con que se cuenta, contrastados con las necesidades y con los principios establecidos en el punto anterior.

3.— Programación de acciones para el próximo período de dos años, con proyecciones mínimo para dos cuatrienios más.

4.— Búsqueda de autorizaciones, trámites legales y establecimiento de compromisos formales necesarios para poner en marcha el proyecto.

b.— A mediano plazo. Se considera a dos años de iniciadas las actividades.

1.— Realización de la primera etapa del proyecto, lo programado a corto plazo.

2.— Consolidación del proyecto a través de actividades de apoyo que garanticen su avance mediante:

- Formación de recursos humanos específicos.
- Consolidación de valores, compromiso social, calidad profesional e institucional.
- Previsión y resolución de contingencias.
- Evaluación para ajustes parciales o totales al programa.
- Establecimiento de dispositivos de control.

## CONCLUSIONES

Los procesos de salud -enfermedad y de docencia-servicio, tienen carácter socio-histórico y están determinados por las condiciones económico-sociales de cada país.

El proceso de integración-docencia-servicio (IDS) es un proceso de aprendizaje-trabajo que tiene como eje integrador la investigación socioepidemiológica, clínico-patológica y bio patológica del proceso salud-enfermedad que se constituye en el objeto de estudio y transformación de la práctica profesional.

Los intentos de integración desarrollados hasta el momento se han visto limitados por el escaso avance que la profesión tiene en sus bases teórico científicas, por las políticas del Estado en las que la Odontología no ha logrado un nivel de decisión ni un espacio de acción institucional que le permita ser socialmente significativa y finalmente por la precaria capacidad de gestión y conciencia de la comunidad en relación a su salud.

La (IDS) es un proceso de síntesis que se da en aproximaciones sucesivas, que en cada formación económico social adquiere características particulares y que debe concretarse a través de áreas de cooperación en los diferentes espacios institucionales y formalizarse mediante convenios que incluyan programas a corto, mediano y largo plazo, como componentes de un proyecto global.

El proyecto de (IDS) debe tender a la inclusión del Estado (servicios), la Universidad y la comunidad como fórmula para alcanzar un nivel de organización y práctica en salud que sea socialmente significativa. Dadas las características de la práctica profesional privada y su papel en la determinación del modelo de servicio hegemónico y la situación de salud bucal prevalente, se considera conveniente analizar las posibilidades y estrategias para su inclusión en proyectos de docencia servicio.

Los proyectos de IDS deberán plantearse metas cualitativas y cuantitativas de entre las cuales habría que destacar.

- Diagnóstico integral de salud.
- Planeación científica y participativa.
- Producción de conocimiento científico-técnico.
- Prevención integral.
- Atención integral por niveles.
- Trabajo interdisciplinario.
- Simplificación de técnicas y procedimientos.
- Desmonopolización del conocimiento.
- Participación consciente y amplia de la comunidad.
- Ampliación de cobertura.
- Incorporación de recursos humanos de diversos niveles al trabajo en equipo.
- Coordinación interinstitucional amplia.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—
- 2.—Estatutos de la OFEDO—UDUAL. Artículo segundo, incisos a, h. Memorias de la I Conferencia de OFEDO, Sto. Domingo, 1980.
- 3.—Rojas Soriano R. Capitalismo y Enfermedad, Folios Ediciones México 1982.
- 4.—Tecla Jiménez A. Enfermedad y Clase obrera. I. P. N. México 1982.
- 5.—Izquierdo J. “La producción de conocimientos para la práctica odontológica en América Latina” Memoria I Conferencia OFEDO—UDUAL, Sto. Domingo 1980.
- 6.—Yepes P. La integración docencia—servicio. Memoria II Conferencia OFEDO—UDUAL, 1982.
- 7.—López A. Daniel ‘La Salud desigual en México’, Ed. Siglo XXI México 1980. P. 82—83.
- 8.—Tecla Jiménez. Op. Cit. P. 18.
- 9.—Tecla Jiménez. Ib. Idem. P. 25.
- 10.—Laurell Cristina “algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología Social”. Rev. Centroamericana de Ciencias de la Salud 6 (enero—abril) 1977. P. 79—87.
- 11.—Yepes, Patricio. Op. Cit. P. 5—6.
- 12.—Hermosillo Georgina, “formación y utilización de Recursos Humanos odontológicos en México”. Ed. Médica y Salud, Vol. 12, No. 4, 1978, P. 458.
- 13.—Gillespie, George M., “Tendencias innovadoras en Odontología, antecedentes. Bases y Perspectivas”. Educación Médica 4 Salud. Vol. 12 No. 4, 1978 P. 522.
- 14.—Gillespie, Gr. Ib. Idem. P. 527.
- 15.—Yepes, P. Op. Cit. P. 7.
- 16.—López Cámara V. “Consideraciones sobre la práctica Odontológica en México”. Educación Odontológica Vol. 1 No. 4. Julio—agosto, 1980. P. 8.
- 17.—Méndez V. Eugenio. Mareo conceptual para la educación Odontológica en América Latina. Ponencia II Conferencia OFEDO—UDUAL, Caracas 1982.
- 18.—Gómez C. Alfredo. “Los recursos humanos odontológicos necesarios para América Latina”. Memoria I Conferencia OFEDO—UDUAL, Santo Domingo, 1980.
- 19.—Méndez V. Eugenio “Producción de Conocimientos Odontológicos en América Latina I”. Conferencia OFEDO—UDUAL, Santo Domingo—1980.
- 20.—López M. Monobe M. Perfil Docente en Odontología AMFEO—SEP, México, 1981.
- 21.—OFEDO—UDUAL. Relato General II Conferencia Caracas, 1982. P. 13.
- 22.—Deforge, Ives. Sistema de Producción y Sistema de Adquisición del Saber. Perspectivas. Vol. IX, No. 1, 1979. Citado por Betancourt y López en Integración Docencia Servicio, Experiencia de las Esc. y Fac. Mexicanas. II Conferencia OFEDO, 1982.
- 23.—Brauerman, H. “Trabajo y Capital Monopolista” Ed. Nuestro Tiempo. México, 1975.
- 24.—Betancourt A. y López M. Integración Docencia Servicio Experiencias de las Esc. y Facultades Mexicanas, II Conferencia OFEDO—UDUAL, Caracas, 1982.

25.—

26.—Innovaciones. Memoria Reunión 1981. Innovaciones II, Edición Extraordinaria, Números 5; 6, 7, Oct. Dic. 1981, Feb. 82 P. 53.

27.—OFEDO—UDUAL. II Conferencia Op. Cit. P. 10.

28.—OFEDO lb. Idem. P. 14.

29.—Innovaciones. Reunión final. Relato General. Doc. Mimeografiado, Costa Rica, mayo 1983.

### III. PONENCIAS

#### TEMA 2

#### ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DE LA DOCENCIA–SERVICIO

Dr. Ariel Gómez – Argentina

“Estrategias para la Integración Docencia–Servicio: Papel del Gremio”

Dr. Víctor Hugo Montes – Colombia

“Docencia–Asistencia Odontológica en la Rep. de Colombia”

Dr. Gregorio Arévalo Molina – El Salvador

“Punto de Vista Gremial con relación a Integración docencia–servicio en el Area Centroamericana y Panamá”

Dr. Benjamín Perea Ruíz y Dr. Gilberto Domínguez del Río – Perú

“Experiencia Docencia–Servicio de los Programas Académicos de Odontología del Perú”

Dr. Edrizio Barbosa Pinto – Brasil

“Integración Docencia–Servicio en Odontología”

Dra. María Antonieta Rauseo de Macsotay – Venezuela

“Estrategias para la Integración Docente–Asistencia”

Dres. Rubén de la Guardia, Antonio Finsayson y Arístides Vial – Panamá

“La Integración docencia–servicio”

**ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACION DOCENCIA–SERVICIO**

**PAPEL DEL GREMIO**

**Por el Dr. Ariel Osvaldo Gómez (Rep. Argentina)  
Grupo de Trabajo Docencia–Servicio –Rep. Dominicana)  
del 3 al 6 de octubre de 1983**

**CONTENIDO:**

- INTRODUCCION
- LOS SERVICIOS EN LATINOAMERICA
- EXPERIENCIAS DOCENTES–ASISTENCIALES Y LA REALIDAD
- EL GREMIO, SUS OBJETIVOS Y PRINCIPIOS EN EL NIVEL INTERNACIONAL
- POSIBLES ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACION
- CONSIDERACIONES FINALES
- BIBLIOGRAFIA
- ADJ: ORGANIZACION PROFESIONAL ODONTOLOGICA EN AMERICA LATINA

Buenos Aires, 6 de setiembre de 1983



**ESTRATEGIA PARA LA INTEGRACION DOCENCIA-SERVICIO**

**PAPEL DEL GREMIO**

“Ya va a venir el día  
Ponte el alma”

César Vallejo  
(Perú)



## INTRODUCCION:

En los últimos años se ha hablado mucho y se han realizado experiencias sobre la llamada integración docencia—servicios que han tenido como objetivo principal, cambiar la asistencia en función docente que se realizaba y/o realiza en las Facultades de Odontología de la América Latina, por experiencias en terreno como parte de las prácticas “extramuros”, tan en boga durante la década del setenta.

Ahora el tema para este seminario, agrega un nuevo concepto más amplio y a la vez más realista, para lograr una verdadera integración se habla de **docencia—servicio**, es decir; implementar la docencia en los servicios que se prestan a la población como parte del sistema de salud, imperante en cada país, teniendo como objetivos, producir un cambio en el mismo a través de la formación profesional.

Es por ello que quiero definir las palabras claves para compartir un código que nos permita ponernos de acuerdo conceptualmente en tema, que tan gentilmente me han invitado a desarrollar.

**DOCENCIA:** Práctica y ejercicio del docente,<sup>1</sup> es decir, que enseña, en este caso, dentro del sistema educativo Universitario de cada país, que de un modo general, **salvo las excepciones conocidas**, es en base a una enseñanza tradicional de la odontología.

**ASISTENCIA:** Acción de asistir en un lugar. Cuidado de una persona en el orden social médico. Socorro. Ayuda. Beneficencia.<sup>2</sup>

**SERVICIOS:** Organización y personal destinados a cuidar intereses o satisfacer necesidades del público o de alguna entidad oficial o privada... Se refiere al desempeño activo de un cargo o función.<sup>3</sup>

**LOS SERVICIOS EN LATINOAMERICA:** La asistencia en los servicios disponibles en la América Latina, se subdividen en tres grandes grupos que tienen características mutilantes, conservadoras o intermedias en función de su origen u objetivos. En general son poco preventivas y asistemáticas en la atención de la salud bucal.

Por ejemplo, los servicios públicos estatales y paraestatales llamados “servicios odontológicos” de carácter institucional que prestan gratuitamente o a muy bajo costo en Latinoamérica, con pocas excepciones, presentan muchas similitudes. Se desenvuelven generalmente fuera de programación, con una dinámica débil y poco convincente, sin ajuste al medio socio—económico en el que operan como resultante pobre de cobertura y con un esquema jurídico legislado dentro de una política de salud de poca coherencia. La gran desproporción entre necesidad y recurso, no permite cambios fundamentales inmediatos a nivel continental.<sup>4</sup>

El llamado sistema de seguridad social, de gran vigencia en la mayoría de los países en donde teóricamente la población tendría derecho a una atención mínima de salud dental, por ejemplo; Venezuela 70% de la población, Argentina 80%, Costa Rica 30%, Colombia 20% de la población económicamente activa, más de diez millones de asegurados en México a través del Instituto de Seguridad Social al igual que en Chile y Brasil. Pero ocurre que estos sistemas no cubren ni satisfacen a los usuarios o lo hacen parcialmente, debiendo recurrir al sector privado, que es mejor pero más caro y no al alcance de todos.<sup>5</sup>

La práctica privada es más tecnicada pero continúa siendo individualista y conservadora sin actitud preventiva y con poco o ningún impacto social en la comunidad y en algunos casos hasta demasiados comercializada.

En un estudio realizado por la Asociación Odontológica Uruguaya, siete de cada diez encuestados del público consideran caros los tratamientos, solo tres los calificaron de razonables y ninguno expresó que eran baratos.

Los odontólogos encuestados indicaron que el público no concurre al odontólogo por el costo de los tratamientos, en más de un 75% de los casos.<sup>6</sup>

## EXPERIENCIAS DOCENTES—ASISTENCIALES Y LA REALIDAD:

Es evidente que en muchas Facultades de América Latina se han realizado actividades progresistas muy importantes para cambiar esta realidad que han sido válidas pero al mismo tiempo han sido absorbidas por esa misma realidad, económica a veces, educacional otras y de mercado, tal vez, ya que es muy estrecha la relación de la Odontología, en especial su práctica con la oferta y la demanda de nuestro sistema político—social.

Por ejemplo, muchos proyectos han terminado siendo un experimento de tecnología educativa, que solo enriquece

ció a los que la hicieron desde el punto de vista personal o grupal, ya que dentro de la docencia odontológica latinoamericana, el profesor y sus ayudantes son parte del sistema de atención imperante, salvo los profesores a tiempo completo, el resto son docentes "progresistas" medio día y odontólogos "tradicionales" el otro medio, produciéndose en ellos, en algunos casos una verdadera contradicción consciente o inconsciente que diluye el proyecto de cambio, porque a su vez sus alumnos harán lo mismo más adelante continuando con la disociación entre enseñanza y práctica o estudio y trabajo.

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.<sup>7</sup> Otro tanto ocurrirá con los criterios, que comparto totalmente sobre simplificación y desmonopolización de la práctica dental, en donde salvo las Clínicas Institucionales preparadas especialmente como importantes experiencias asistenciales que cubren a ínfimos sectores de la población en América Latina, el resto ha servido para organizar la Macro-práctica de la Odontología simplificada con criterio tan mercantilista como la práctica privada individual tendiente al aumento de la productividad utilizando personal auxiliar de todo tipo, no realizando tampoco el impacto social que la Odontología necesita para crecer y ser prioridad en los programas de salud, a pesar del cuadro epidemiológico, que todos conocemos, de las enfermedades bucales.

Más todavía, esta práctica central grupal, de cada día más difusión, ha sido captada por la misma industria Odontológica que ya está produciendo la tecnología apropiada para un nuevo monopolio en nombre de la productividad o del cambio en la producción de servicios odontológicos algo similar ha ocurrido con la prevención y toda la industria que se ha ubicado en derredor para su comercialización. Es casi como volver a recrear el "gatopardismo", cambiar para que todo quede igual.

JORGE CORDON, ya lo expresó en 1977: "La posibilidad de hablar de la transformación de la Odontología estará dada en la transformación de la estructura social actual, mientras tanto cualquier modificación o reforma que se haga en el seno de la Odontología actual (Simplificación de: ejemplo, instrumentos, técnicas, materiales, utilización de personal auxiliar, aplicación de teorías del mismo o sistemas, etc.etc.) serán ajustes funcionales que buscan únicamente la reproducción del mismo."<sup>8</sup>

Quiero afirmar aquí mi complacencia con todas las experiencias realizadas, especialmente la de la República Dominicana, que es de gran valor porque se presenta como una verdadera Odontología de Alternativa.

## EL GREMIO.— SUS OBJETIVOS Y PRINCIPIOS EN EL NIVEL INTERNACIONAL:

En medio de éstas marchas y contramarchas, el gremio Odontológico que nuclea a profesionales de la América Latina a través de colegios de afiliación obligatoria y asociaciones de libre agremiación, y con sociedades científicas dentro o fuera del gremio, intentan adaptarse a los cambios que la realidad les presenta, pero al mismo tiempo condicionados a esa misma realidad, constituida por un sistema político, un sistema de atención subdividido, una industria dental condicionante, una Universidad acrítica y complaciente que forma solo profesionales adaptados al sistema imperante, inclusive sin una formación humanística y ciudadana.

Dentro de esta situación general, con las variables propias de cada país, analizaremos el gremio para luego ubicarlo dentro de la estrategia global, para lograr una verdadera integración docencia-servicio.

La Federación Dental Internacional, en su documento sobre pautas para la administración y organización de una Asociación Dental, aprobado en 1966 en la Asamblea Mundial realizada en Tel-Aviv, expresa como objetivos generales que figuran en la mayoría de las entidades gremiales de la Odontología.

- a. Desarrollar el arte y la ciencia dental.
- b. Favorecer y mejorar la salud dental y general de público.
- c. Velar por los intereses de los miembros de la profesión dental.<sup>9</sup>

El problema aquí es la diferencia de criterios que se evidencia entre los puntos b, y c, ya que a veces entra en contradicción entre sí, aunque la mayoría de las veces el gremio debe tomar partido consciente o inconscientemente entre la contradicción permanente entre la salud de la población y los sistemas económicos-sociales de nuestro país en desarrollo.

Es por ello que la F.D.I. en la Asamblea General de Atenas de 1976, produce unas "Declaraciones de principios

sobre salud Odontológica”,<sup>10</sup> donde solicita a las Asociaciones miembros de todo el mundo llevar adelante principios ante sus asociados o colegiados y ante los administradores sanitarios en cada país miembro. Entre ellos deseo resaltar para esta charla en primer término sobre necesidad y Demanda de Atención, la F.D.I. solicita que: Todas las asociaciones miembros, los miembros de la profesión odontológica y todas las instituciones nacionales e internacionales y las personas con actividades y responsabilidades en el campo sanitario, reconozcan estos cambios y aspiren a proporcionar el mejor nivel posible de salud bucal a la población de todo el mundo. Y que: Las asociaciones miembros nacionales aceptan la co-responsabilidad de compartir en todo lo posible su conocimiento técnico y académico con los países en desarrollo en apoyo de la elaboración y desarrollo de programas de atención odontológicas.

Con relación a la prevención en Odontología la F.D.I. dice: En la mayoría de los países del mundo no se cuentan con los recursos de personal odontológico necesario y suficiente para proporcionar el volumen de atención odontológica necesaria. Los servicios odontológicos que dan prioridad al tratamiento de las enfermedades no reducen frecuentemente su incidencia. Los programas de atención odontológica deben reconocer la fundamental importancia de la prevención si van a ser verdaderamente efectivos y factibles del punto de vista económico.

Para afirmar más adelante: Alienta a las asociaciones miembros y al personal odontológico, para que den prioridad a la amplia aplicación de todas las medidas conocidas de prevención de las enfermedades bucales por intermedio de sus propios programas de educación para la salud bucal o mediante programas de prevención auspiciados por la comunidad o el gobierno.

Sobre personal odontológico la declaración afirma: La escasez o mala distribución del personal odontológico en la mayoría de los países es un obstáculo importante para llevar a toda la población mundial el más alto nivel posible de salud buco-dental. Al proporcionar los servicios sanitarios odontológicos, es necesario emplear al personal existente y futuro de la manera más eficaz, incrementando el rendimiento, bajo las mejores condiciones posibles de trabajo, recomendando también a los países miembros que ayuden a resolver este problema comunicándose con sus gobiernos en lo referente a:

El carácter, la prevalencia y la incidencia de las enfermedades y malformaciones bucodentales en sus países.

Sus respectivas responsabilidades de hacer que existan servicios disponibles para satisfacer la demanda de asistencia odontológica de la población.

El principio de la elaboración de cualquier programa de atención odontológica para satisfacer las necesidades de la población, deben basarse en la provisión de recursos materiales y financieros adecuados, para la educación y la máxima utilización de un número suficiente de odontólogos de ejercicio como directores de un equipo odontológico. (Integrado por diversas categorías de personal auxiliar de acuerdo a la legislación de cada país).

En materia de educación e investigación dental, cabe destacar los siguientes conceptos:

La prestación de atención odontológica a la población sufre la influencia de un complejo cambiante de factores sociales, médicos, técnicos y económicos de acción recíprocas que varían de un país a otro. El punto focal para la interacción de estos factores es la práctica dental. La educación odontológica Universitaria debe tener esto en cuenta.

Por lo tanto la F.D.I.: Urge a las asociaciones miembros para que trabajen con las autoridades educativas y sanitarias en la redacción de planes de estudio de solidez académica para la educación de no-graduados. Estos deben preparar a los odontólogos para que proporcionen servicios que satisfagan las necesidades locales. Los cambios en las condiciones sociales, políticas y económicas, influyen sobre las necesidades sanitarias y la demanda de atención odontológica de la población. En consecuencia crean la necesidad de realizar una búsqueda constante de métodos nuevos o mejorados para satisfacer los nuevos problemas atención odontológica que se plantean en el mundo. Por lo tanto la F.D.I. reconoce la relación esencial entre los sistemas de atención odontológica y la investigación biomédica. Apoya toda investigación que permita mejorar la formación de recursos humanos, la organización de sistemas de atención odontológica, la educación de la higiene bucal a la población, la educación especializada, la educación continuada y la colaboración interdisciplinaria. Alienta a la ciencia y a la industria para que se ocupen incesantemente en la elaboración y estandarización de materiales, instrumentos, equipos y agentes terapéuticos durables, adecuados y de alta calidad. Se solicita a las asociaciones miembros y de las autoridades sanitarias que apoyen y emprendan los programas necesarios para promover este objetivo.

La declaración finaliza con algunos criterios sobre planificación nacional solicitando que en cada país se cree, donde no exista, una dirección de salud bucal a cargo de un odontólogo y solicita además a las asociaciones nacionales, aconsejen a sus gobiernos sobre las prioridades que deben establecerse no sólo con respecto a quienes requieren atención odontológica; sino también en lo referente al equilibrio justo entre la educación del público en materia de higiene, los servicios de prevención y de tratamiento y el tipo y la calidad de los servicios que deben proporcionarse.

Todas estas pautas se llevan adelante dentro de las dificultades propias en toda la actividad de los organismos in-

ternacionales como la F.D.I. y su regional en América Latina, la FOLA/ORAL, así como también de una manera intermitente y desigual en los países miembros en la América Latina.

En este sentido se han iniciado trabajos conjuntos, tanto la FDI como su regional tiene últimamente actividades conjuntas a través de grupos de trabajos mixtos FDI/OMS. Para el área latinoamericana están trabajando dos grupos de trabajo:

- a. Informática dental en América Latina.
- b. Equipamientos, materiales y productos dentales en América Latina.

Esta situación no se repite en cada país, ya que en la mayoría existe una verdadera separación entre el Ministerio y el gremio, al igual que con la Universidad.

#### **POSIBLES ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACION:**

Como ustedes podrán apreciar, se nota una actitud más progresista en algunas instituciones internacionales no gubernamentales que posibilitarían organizar una estrategia por etapas que permita la realización de políticas de integración docencia-servicio con la participación del gremio, (cuya organización internacional puede verse al final de este trabajo).

Para ello deberíamos definir estrategia y táctica en política para luego desarrollarla de una manera coordinada.

Si compartimos el concepto que la integración docencia-servicio es un proceso para transformar las condiciones de salud bucal de la población, es esencial establecer una especie de "conducción general", a tal fin que tenga como objetivo una estrategia política en base a una serie de medidas y acciones que dentro del marco general de la América Latina, permita preparar las mejores condiciones para la acción directa de una manera coordinada en todo el continente.

Para ello se debe considerar en primer término, un principio general, el de la participación del gremio en todos los estamentos de organización, (continental, regional, nacional y provincial o de distrito en caso de aplicación piloto de un programa). Afirmo esto una vez más porque en una de las últimas reuniones del gremio a nivel regional, el XIX Congreso de FOCAP realizado en marzo último en Guatemala, la Comisión de Educación Odontológica trató este tema, en donde principalmente se habla de una interacción entre entidades formadoras de recursos humanos, entidades prestadoras de servicios y la comunidad, dejando de lado al gremio, reservándose para el caso de FOCAP la contribución administrativo-económica para facilitar la realización de talleres-seminarios con el objeto "que periódicamente los responsables de las unidades de nivel central de salud bucal de los Ministerios, de seguros sociales y los decanos de las facultades de Odontología se reúnan para garantizar el seguimiento y consolidación de acciones de integración docente-asistencial".<sup>11</sup> El gremio es menos retardatario si participa, que es solo espectador o se lo aísla.

Otro aspecto clave para impulsar cambios es conocer la realidad del ejercicio profesional en América Latina más en profundidad en el medio social y político donde se desarrolla no sólo de una manera global sino con las particularidades o idiosincrasia de cada Región o País, la actividad del gremio, su verdadero poder, sus publicaciones, sus caracteres diferenciales, sus relaciones con el sistema de atención, etc. así como también todo lo referente a la docencia universitaria, a los servicios y a la misma comunidad a través de pautas de comportamiento referidas a la salud bucal, tales como el consumo de azúcar y su relación con las empresas de producción y las pautas culturales, grado de participación comunitaria en salud, el sistema de atención médica imperante, su organización y desarrollo, la composición del gasto en salud, en especial la política sobre medicamentos y su relación con las multinacionales.

Esto es muy importante, ya que la odontología está encadenada al sistema médico de atención de salud y sus colaterales. Es casi como reubicar permanentemente el espacio odontológico que tan brillantemente nos refiriera Patricio Yopez en el taller de recursos odontológicos realizado en la República Dominicana en 1981.

Estos conocimientos, y su correcta evaluación, tanto particulares como globales nos pueden dar elementos fundamentales desde el punto de vista táctico para lograr implementar nuestra estrategia para producir un cambio sin retrocesos o frustraciones como nos ha ocurrido hasta ahora.

También pienso que se debe buscar formas de participación y comunicación para hacer conocer las nuevas ideas y las experiencias al gremio, a las facultades, y a los servicios tradicionales, a través de una política activa, publicando en las revistas de las entidades de la América Latina, participando con trabajos y presentaciones en los congresos, dictando cursos a través de programas concretos de la O.P.S. coordinados por esa conducción general que hablé anteriormente.

Debemos producir una estrategia que nos permita cumplir un **papel anticipante**, que factibilice y haga posible los cambios esenciales para lograr la mejor salud bucal para nuestros pueblos.

Ese papel anticipante, sólo se logrará a través de la educación a todo nivel, en donde los objetivos sean claros, la actividad sea constante en función de los mismos y la aceleración del tiempo sea regulada por la realidad, hará posible tal vez, la concreción de los cambios sin demasiados traumas ni frustraciones.

#### **CONSIDERACIONES FINALES:**

Como estrategia global que permita un papel positivo y activo no sólo del gremio y de las diferentes partes de una manera integral, se logrará de acuerdo a lo expresado anteriormente. Creando en primer término un “clima propicio”, “mejores condiciones” para que una acción directa de nuestros planes, sea aceptada y si es posible apoyada.

Para ello debe establecerse una coordinación general que planifique y supervise las acciones tácticas al respecto, en base al conocimiento más profundo de la realidad de la odontología en América Latina, (su interrelación con todos el sistema político–económico en el sector gubernamental, la docencia, el gremio y la misma comunidad).

Buscar además niveles de participación en todos los sentidos y formas que hagan posible cambios de conducta duraderos tanto en lo personal de los líderes y/o funcionarios como en las instituciones, estableciendo como fundamental, repito, el papel anticipante de la educación en todo proceso de cambio.

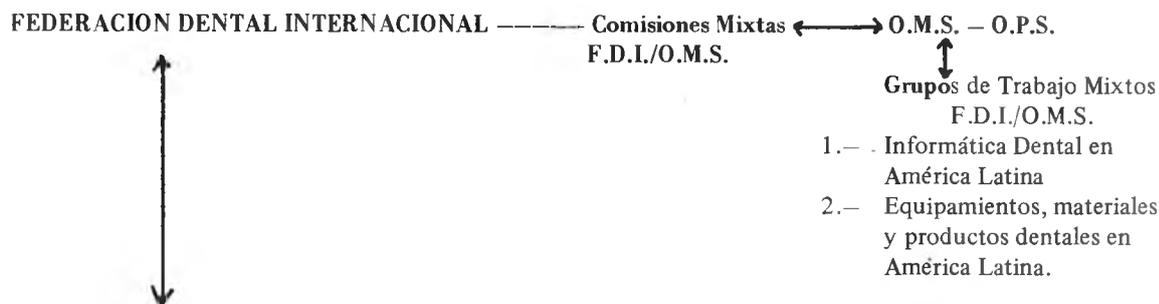
Espero que durante el seminario pueda discutir con Uds. estas cosas que no dudo son conflictivas e inclusive planificar desde aquí, ya, las acciones posibles que hagan realidad la salud bucal para todos en nuestra América Latina, a solo 17 años para iniciar el siglo XXI.

Muchas Gracias

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—Diccionario de la lengua Española, 19 Edic. Pág. 494, Real Academia Española. Madrid (España) Marzo 1982.
- 2.—Enciclopedia Salvat—Diccionario, Tomo II Salvat Editores, S. A. Barcelona (España) 1972.
- 3.—Diccionario de la lengua Española, 19 Edic. Pág. 1207 Madrid (España) 1982.
- 4.—Olano Pagola O.: La práctica de la odontología en América Latina. Revista Actualidad Odontológica, I No. 2, 50—52, Set. Dic. 1979.
- 5.—Gómez Ariel O.: El profesionalismo en América Latina, Revista Actualidad Odontológica, II No. 5, 12 setiembre/diciembre 1980.
- 6.—Asociación Odontológica Uruguaya: El odontólogo y la clientela privada. Ref. M 962—963, julio/setiembre 1976.
- 7.—Rodríguez Miguel R.: La producción de conocimientos para la práctica odontológica en América Latina. Memorias 1a. Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina, Universidad Autónoma de Santo Domingo. Pág. 152, 1982.
- 8.—Cordón Jorge A.: Consideraciones sobre "Desmonopolización" en la Odontología, Rev. CERON. Vol. 2 No. 4, Pág. 17, Dic. 1977.
- 9.—Declaraciones de política de la F.D.I, (1952—1969) Pautas de la FDI para la Administración y Organización de una Asociación Dental, Tel—Aviv 1966, Pág. 32.
- 10.—Declaración de principios sobre salud odontológica de la FDI, Revista Salud Bucal, III No. 11 Pág. 6—10, agosto/septiembre 1976.
- 11.—Informe de la Comisión Educación Odontológica, Boletín de FOCAP, XIX Congreso FOCAP, (Guatemala) Marco 1983.

**ORGANIZACIONES PROFESIONALES DE AMERICA LATINA**



**REGIONAL:**

**FEDERACION ODONTOLOGICA LATINOAMERICA**  
**ORGANIZACION REGIONAL PARA AMERICA LATINA DE LA F.D.I. (F.O.L.A./O.R.A.L.)**

**Entidades Miembros:**

Fed. Odont. COLOMBIANA  
 Fed. Odont. ECUATORIANA  
 Col. Odont. del PERU  
 Col. de Odont. de VENEZUELA  
 Col. de Dent. de CHILE

Subregional de FOLA/ORAL:  
 C.O.R.A. Andina)

Asoc. BRASILEIRA de Odontología  
 Conf. Odont. de la REPUBLICA ARGENTINA  
 Asoc. Odont. URUGUAYA  
 Círc. de Odont. del PARAGUAY

Subregional de FOLA/ORAL:  
 (O.R.O.C/Plata)

Sociedad CUBANA de Estomatología  
 Asoc. Dental MEXICANA

**Entidades no afiliadas:**

GUATEMALA: Sociedad Dental y Col. Estomatológico  
 EL SALVADOR: Sociedad Dental y Asoc. Odont. de Occidnete  
 HONDURAS: Asoc. Odont. y Col. de Cirujanos Dentistas.  
 NICARAGUA: Colegio Odontológico.  
 COSTA RICA: Asoc. Odont. y Col. de Cirujanos Dentistas.  
 PANAMA: Asociación Odontológica

F.O.C.A.P.

**CARIBBEAN ATLANTIC REGIONAL DENTAL ASSOCIATION:**

ANTIGUA W.I.  
 GUYANA  
 BELIZE  
 ST. KITTS, W.I.  
 MONSTERRAT, W.I.  
 ST. VINCENT, W.I.  
 ST. LUCIA, W.I.

TRINIDAD, W.I.  
 BARBADOS, W. I.  
 JAMAICA, W.I.  
 CAYMAN ISLAND, W.I.  
 BERMUDA  
 DOMINICA  
 GRENADA.



## DOCENCIA—ASISTENCIA ODONTOLÓGICA EN LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Víctor Hugo Montes Campuzano  
Presidente  
Federación Odontológica Colombiana

El Gobierno Colombiano firmó en 1978 el Decreto 1210 que reglamenta la Docencia Asistencia en el área de la Salud. Para la Federación Odontológica Colombiana, que es un Organismo consultor del Gobierno, es satisfactorio poder presentar ante ustedes un breve informe general sobre las implicaciones que este proceso tiene para la profesión, el Sector Salud y la Comunidad, porque la profesión ha estado impulsando la aplicación de estas actividades en nuestro país.

La Universidad Nacional de Colombia se adelantó, desde hace unos 20 años a ese sistema docencia asistencia con la instalación de clínicas de Cirugía y Odontopediatría en los Hospitales de mayor prestigio científico, como lo fueron y son aún, el Hospital San Juan de Dios, el Hospital La Misericordia y el Hospital San José. En esas instituciones los docentes enseñaban directamente sobre el paciente que acudía a solicitar un servicio hospitalario. El estudiante tenía la oportunidad de conocer, palpar, sentir y distinguir la patología en el propio enfermo, no en láminas o diapositivas como exageradamente se hacía en algunas Facultades de Odontología.

Esa docencia—asistencia es tan importante que la **Universidad** reconstruyó y adoptó un pabellón de tres pisos, con 60 unidades odontológicas, Clínicas de Cirugía, Ortodoncia y Odontopediatría, en los predios e instalaciones del Hospital San Juan de Dios, con el fin de INTEGRARSE realmente a la práctica hospitalaria y desarrollar una verdadera docencia—asistencia, en la cual sus futuros egresados adquieran una máxima capacitación en diagnóstico, semiología, patología, Medicina Oral, Cirugía, es decir, en todas las áreas del conocimiento odontológico.

Me parece interesante informar que la misma Universidad Nacional de Colombia inició el año pasado un programa de especialización en Estomatología Pediátrica desarrollado totalmente en área hospitalaria, con internado permanente, turnos de 24 horas, intervención en Cirugías, con servicio de urgencias odontológicas las 24 horas, en fin con una verdadera integración docencia—asistencia en el Hospital La Misericordia. Es agradable manifestar que por fin se ha involucrado el Odontólogo al Hospital, se hace atención integral y se puede desenvolverse muy bien con el paciente politraumatizado. Creo que este es un avance significativo y de gran trascendencia para el futuro ejercicio de la Odontología en Colombia.

La Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquía, también con anterioridad al Decreto Docente asistencial, ha estado desarrollando dicha actividad de una manera seria, disciplinada y de mucho impacto para la Comunidad Antioqueña. Inclusive, con la O.P.S./O.M.S. y a través de la Fundación Kellogg, ha realizado programas de integración hospitalaria en áreas distantes de su sede, es decir, en otros municipios, en donde se adiestran, conjuntamente profesores y estudiantes, con las mejores técnicas de enseñanza—aprendizaje. Merece mencionarse entre estos, su programa en el Municipio de Caldas (Antioquía), iniciado en 1979.

La Pontificia Universidad Javeriana tiene su propio Hospital Universitario denominado San Ignacio, uno de los más completos física y científicamente para prestar excelentes servicios a la Comunidad. A partir de este año se logró la integración del postgrado de Estomatología, en la cual los estudiantes están rotando permanentemente por los Departamentos de Otorrinolaringología, Cardiología, Cirugía General y Maxilofacial, atendiendo la verdadera patología que expresivamente denominamos de combate. Allí se está generando ese proceso enseñar—haciendo y aprender—haciendo. Es un paso formidable que ha dado la Javeriana en este campo docente—asistencial.

Así mismo cuenta con un programa de Atención materno—infantil (Pami) que cubre un área nor—occidental de Bogotá con 151.000 habitantes de 21 barrios.

La Universidad de Cartagena, con sede en la ciudad del mismo nombre, una de las más bellas de América y el Mundo, con unos paisajes hermosos, que bien merece la pena disfrutarlos, construyó su Facultad de Odontología en el área de su Hospital Universitario, con el fin de realizar permanentes actividades docente—asistenciales en los pacientes que en gran cantidad llegan diariamente al Hospital.

El Colegio Odontológico Colombiano estableció un convenio docente—asistencial con el Hospital San Rafael, en Bogotá, para que sus estudiantes ejecuten allí gran parte de sus actividades en los usuarios de dicha institución, que tiene una de las más hermosas, funcionales e importantes construcciones hospitalarias.

En la consulta externa el Colegio Odontológico instaló más de 30 unidades odontológicas para la atención a pacientes, a quienes se le realizan acciones de Cirugía, Rehabilitación, etc.

La Corporación de Estudios Superiores, C.E.S. en Medellín, Departamento de Antioquia, construyó una de las Facultades de Odontología más funcionales, en la cual se enseña al estudiante, desde su llegada, el trabajo de cuatro manos y el ejercicio de una mentalidad preventiva. Esa Facultad está integrada con la de Medicina, atienden conjuntamente los pacientes y tienen un Centro de Salud adscrito a la Secretaría de Salud de Antioquia (Organismo estatal). También implementaron allí el sistema modular de trabajo; construyeron dos módulos tipo Nexahuelcoyolt (México), con 8 unidades cada uno y están desarrollando una labor de verdadero beneficio para la comunidad, porque, además del componente hospitalario, tienen un trabajo familia a familia, casa a casa, con unidades móviles fácilmente transportables.

La Facultad de Odontología de la Universidad Metropolitana, en Barranquilla, Departamento del Atlántico, construyó su Facultad de Odontología en el mismo Hospital Universitario de su propiedad. Para darles una idea más práctica, les informo que el Hospital tiene 9 pisos, en el 2do. está Enfermería, en el 3ro. Odontología, en el 4to. Bacteriología y Microbiología y en el resto de pisos están los servicios de Hospitalización, Cirugía, etc. Todos los pacientes entran canalizados por la consulta externa, que está en el primer piso. Ustedes deducen que en esta Facultad se da una verdadera integración docencia—asistencia.

La Universidad del Valle, Cali (Valle) tiene una Facultad de Ciencias de la Salud, con un Departamento de Medicina donde se estudia la carrera de Medicina y un Departamento de Estomatología donde se estudia la carrera de Odontología.

Tiene contratos docentes—asistenciales con la Secretaría de Salud, son las instituciones de mayor nivel científico y allí acude la población en busca de una excelente atención. Tiene en vigencia además, un convenio suscrito con el Instituto Tobías Emmanuel, hasta el año de 1.992.

La Escuela Colombiana de Medicina tiene Facultades de Medicina y Odontología funcionando física, académica y asistencialmente en el Hospital El Bosque, de su propiedad, lo cual permite que el odontólogo adquiera desde el principio de su formación una destreza en el manejo del paciente politraumatizado y, en general, del paciente hospitalario.

En la ciudad de Bucaramanga (Departamento de Santander) al oriente de Colombia, la Facultad de Odontología de la Universidad Santo Tomás, con cuatro años de fundación tiene establecidos programas del tipo que nos ocupa, en todos los Centros de Salud del Servicio Local de Salud Pública y en Instituciones como la Casa del Mendigo, El Asilo “San Camilo” y una muy buena clínica de Paladar Hendido.

En el Departamento de Caldas, zona cafetera por excelencia, existe en su capital, Manizales, la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma y se aprestan a iniciar programas docencia—servicios en los hospitales Universitario e Infantil, de Caldas; además de los que ya vienen desarrollando en el Centro Piloto de Salud.

La Facultad de Odontología de la Fundación Universitaria San Martín hasta ahora inicia actividades, porque sólo tiene año y medio de fundada. Sin embargo, en corto plazo, iniciará su integración hospitalaria para la práctica docente—asistencial, además de tres clínicas odontológicas periféricas, en localidades diferentes al Distrito Especial de Bogotá.

En Colombia el Gobierno reglamentó por decreto Presidencial que se rige por Ley emanada del Congreso Nacional, la apertura de Facultades de Odontología, estableciendo como requisito que la Universidad patrón debe tener un Hospital Universitario, o en su defecto que estén vinculadas a uno, oficial o privado.

Como ustedes pueden darse cuenta distinguidos colegas de Latino—América, la Odontología Colombiana está en permanente proceso de evolución, avanzando aceleradamente hacia una profesión más científica, pero capaz de adecuarse a las necesidades y recursos de nuestro país.

Aunque la Odontología en Colombia conserva su independencia intelectual, científica, crítica y administrativa, se puede decir que trabajamos coordinadamente con el Estado, a través de sus distintos gobiernos, bien con la Asesoría permanente al Ministerio de Salud, Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior o con la estructuración de proyectos que el gobierno después adopta oficialmente.

En este momento, quiero recordarles que la propia Federación Odontológica Colombiana iniciará el año entrante Docencia—Asistencia en las instalaciones del Instituto de Educación Continuada, de su propiedad, mediante autorización académica que le otorgó la Universidad Nacional de Colombia a través del Convenio suscrito entre las dos partes por medio del cual la Universidad Nacional de Colombia y la Federación Odontológica Colombiana desarrollarán conjuntamente programas de Educación Continuada, de auxiliares de Odontología y de Educación intermedia.

Podríamos continuar haciendo algunos comentarios respecto a la integración Docencia—asistencia, tal vez históricos y a convenientes estrategias para su más adecuada implantación, y anotando también sus propios problemas, pero creo más práctico con base a su propia definición ver hasta donde podría llegar el “papel del Gremio”. Si aceptamos la

difusión de un modelo Docente Asistencial como<sup>1</sup> “La cuantificación de actividades finales de Salud correspondientes a tecnologías Preventivas, curativas y de Rehabilitación adecuadamente combinadas, que deben ser realizadas por el estudiante en los diferentes elementos y/o componentes del Sector de Salud de un país, con el fin de obtener las explicaciones o variables independientes de la situación de enfermedad y, como consecuencia, adoptar aptitudes de innovación para el desarrollo integral de la Comunidad”, no es fácil entonces concebir alguna participación sin antes definir y estar de acuerdo en que cualquier “modelo” docente asistencial debe tener como directriz fundamental la programación de actividades de Salud para la comunidad, con unos objetivos prevalentes que no pueden ser otros que los que persigue el sector salud, y tomando los Recursos indispensables (en calidad y volumen), de los Sectores Educación y Salud.

La ejecución de los programas será responsabilidad común teniendo en cuenta en que no se pueden entabrar los sistemas y métodos de trabajo imperantes en el Sector Salud, ya que el futuro profesional debe ser formado para su infraestructura, siempre y cuando claro está, se conserve la autonomía docente, para preparar personas que participen de situaciones de cambio, que aporten mejorías en las muy posiblemente estructuras obsoletas del Sector Salud.

El gremio entonces, en la medida de su ingerencia nacional, catalizará diferentes alternativas y debe ser su preocupación vital, la de que los Sectores en vínculo (Educación–Salud) permanezcan equilibrados sin que alguno trate de usufructuar gratuitamente la necesaria actividad del otro. (El aporte del sector Educativo o la prestación de servicios de Salud estatales debe cuantificarse y reformarse y no tomarse únicamente como “un favor”).

Podemos entonces proponer como estrategias de integración docente –asistencial, el conocimiento pleno y exhaustivo de cada una de las partes contentivas para llegar a proponer, suscribir y ejecutar convenios equilibrados donde cada uno de los sectores, conservando su necesaria autonomía, no quede en desventajas con el otro, y donde cada uno de ellos adquiera compromisos tales, que garanticen con absoluta seriedad el cumplimiento de sus particulares objetivos.

Los criterios, la autonomía del sector y la facilidad del cumplimiento de las metas, se constituyen en factores de emulación, proceso en el cual es factible que cada sector se ocupe con eficiencia en el desarrollo de sus actividades, como para que al final, el propio sujeto de esta programación pueda llegar a conclusiones precisas sobre su labor de cambio que le corresponde dentro de su nueva infraestructura de trabajo.

El gremio, entonces, tal como ya se ha expresado, en la medida de su presencia nacional y como aglutinador de recursos humanos ubicados en diferentes componentes del proceso, será parte de la estrategia para llegar al manejo de situaciones coordinadoras e integradoras que le permitan ser una entidad arbitral de gran valor, siendo esto más fácil de lograr en aquellos países con colegiaturas.

SAN PEDRO DE MACORIS, R. D.  
OCTUBRE 4 DEL 1983



**PUNTO DE VISTA GREMIAL CON RELACION A INTEGRACION—DOCENCIA SERVICIO  
EN EL AREA CENTROAMERICANA Y PANAMA**

**TRABAJO PRESENTADO POR EL  
DR. GREGORIO ADOLFO AREVALO MOLINA  
DIRECTOR EJECUTIVO DE LA F.O.C.A.P.  
Y JEFE DE LA DIVISION DE ODONTOLOGIA DEL  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE EL SALVADOR**



**PUNTO DE VISTA GREMIAL CON RELACION A INTEGRACION-DOCENCIA SERVICIO  
EN EL AREA CENTROAMERICANA Y PANAMA**

Si tomamos en cuenta que desde la antigüedad siempre ha existido la vinculación social en el ser humano, es necesario reconocer que todo desarrollo debe vincularse al ambiente en donde tocará desenvolverse, en nuestro caso nuestra profesión la Odontología es una actividad a desarrollar en las comunidades, dirigida a los miembros de ella, por lo tanto si consideramos que la condición básica de toda vida humana es el trabajo y que este forma la ciencia, el estudio y el trabajo no pueden estar desvinculados. Esta vinculación es muy antigua todos los "maestros" han heredado profesiones, oficios o diferentes quehaceres y el aprendizaje ha estado en los sitios en donde el que enseñaba se desenvolvía, en la actualidad el aprendizaje en servicio ha tomado auge como Docencia-Servicio y uno de sus fundamentos es el contacto con la realidad objetiva del medio.

Los países Centroamericanos casi todos presentan las mismas características sociales y culturales que son el reflejo de las condiciones de salud de sus habitantes.

La parte que nos corresponde analizar ahora es la Salud Bucal, esta reporta las siguientes características: Entre el 85 y 95% de nuestros habitantes padece de caries dental y entre el 40 y 50% padecen de enfermedades periodontales ya sea en forma incipiente o ya desarrollada, estas son las patologías más trascendentes el resto de padecimientos no alcanzan índices relevantes.

Las acciones de Salud Bucal son limitadas, también por las mismas condiciones socio-económicas y políticas del medio y sabemos que estas acciones son dirigidas en la mayoría de los casos a la limitación del daño lo cual aunado a las bajas coberturas que se pueden abarcar con los escasos recursos disponibles hace que la atención odontológica sea privilegio de unos pocos.

Las coberturas de atención en Centroamérica son tan bajas que en algunos países andan por el 2% ó por el 5% de su población, algunos pueden alcanzar cifras un poco más altas pero nunca llegan a alcanzar proporciones que puedan redundar en las coberturas necesarias para aliviar las necesidades preventivas y curativas de los habitantes.

El siguiente cuadro nos muestra los promedios de piezas cariadas (índice C.P.O.) e índice periodontal por edad en Centroamérica.

**PROMEDIO DE CARIES DENTAL INDICE C.P.O.  
PARA CENTROAMERICA**

<b>Edad en años</b>	<b>No. de piezas cariadas</b>	<b>Total piezas</b>
0 - 4	3	20 Sólo piezas temporales
5 - 9	8	24 Piezas temporales y permanentes
10 - 14	9	26 Piezas temporales y permanentes
15 - 44	16	32 Piezas permanentes
45 a +	22	32 Piezas permanentes

**INDICE PERIODONTAL**

<b>Edad en años</b>	<b>Indice</b>
15 - 44	2
45 a +	3.5

Como se nota en los cuadros anteriores el habitante de Centroamérica y Panamá entre los 15 y 44 años ya tiene el 50% de sus piezas cariadas o con necesidad de tratamiento y de 45 años en adelante el 70% de las piezas presentan la misma condición.

El índice periodontal entre las edades desde 15 a 45 años y más, ya reviste importancia.

Estas condiciones de Salud Bucal de la población se agravan por la mala distribución del recurso odontológico en todo el Istmo un promedio del 76% de los Odontólogos están concentrados en las grandes ciudades, generalmente en las mayores de 50,000 habitantes, y si la población de Centroamérica es en el 60% rural quiere decir que para las ciudades menores de 50,000 habitantes y para el 60% de la población queda el 24% de los odontólogos.

En la generalidad de los países el porcentaje de servicios de Odontología en relación a los establecimientos de salud con clínicas de atención médica existentes se mantiene aproximadamente en 3 a 1 y los criterios para la creación de nuevos servicios es por el interés de los pobladores que colaboran para abrir nuevos servicios o porque en áreas en donde la población alcanza ciertas características demográficas y después de la creación de los servicios médicos, asignan el recurso odontológico. Esta mala distribución del recurso humano y la falta de consultorios oficiales de Odontología hacen sencilla la explicación del porqué la elevada cantidad de empíricos o prácticos en nuestros países, pues el área rural y las pequeñas poblaciones quedan desprotegidas.

Ante todo lo anteriormente expresado, la profesión organizada del área muy poco ha hecho o muy poco la han dejado hacer, han existido fuerzas dirigidas en diferentes direcciones que hacen que el impacto de las acciones de Salud Bucal sean mínimas comparándolas con las necesidades Odontológicas de la población.

El conocimiento y el desarrollo actual de la Odontología en América Latina permite sustentar que los recursos humanos en formación al realizar actividades de aprendizaje en las condiciones reales y vinculando la práctica con la teoría redundan no solamente en un aprendizaje más eficaz sino también ayudan a mejorar la salud bucal de los habitantes, disminuyendo sus índices de enfermedades bucales, mejorando la distribución del recurso humano Odontológico, dando mayor cobertura de servicios y disminuyendo el empirismo.

Tomando en cuenta este desarrollo la Federación Odontológica de Centroamérica y Panamá entidad que agrupa a todas las Asociaciones, Sociedades y Colegios de Odontólogos del Istmo y con ocasión del XIX Congreso de dicha Federación realizado en Guatemala en marzo del presente año y considerando que en reuniones efectuadas a nivel mundial en las cuales ha sido analizado el proceso salud-enfermedad, se ha determinado que la salud Bucal es un problema que es competencia tanto de las instituciones que prestan los servicios de Salud Pública, como de las encargadas de formar el personal competente para la prestación de los servicios, y que además es también función de los habitantes del área de Centroamérica y Panamá la participación activa en la resolución de sus propios problemas orales.

Por lo tanto decidió: Integrar las comisiones de Salud Pública y Educación en una sola, que estudiara en conjunto el tema Docencia-Servicio. Así mismo requirió de esta comisión que posterior al estudio de este tema formulara las conclusiones y recomendaciones que se estimaran pertinentes a efecto de implementar medidas que conduzcan el mejoramiento del estado de salud de los habitantes del área de Centro América y Panamá.

Ante esta situación y con el resultado del informe final del XIX Congreso de FOCAP con sus conclusiones y recomendaciones el gremio Odontológico Centroamericano inicia con gran entusiasmo el tratar de contribuir efectivamente para este logro.

La divulgación de lo que es Docencia-Servicio está jugando un papel importante en el área Centroamericana y todos los países cuentan con el informe final de las comisiones de FOCAP, los brotes de esta integración docente asistencial no se han hecho esperar ya que todos los países Centroamericanos en una u otra forma cuentan ya con acciones coordinadas entre entidad formadora de recurso humano odontológico y prestadora de servicio.

En los países Centroamericanos la imagen de la Odontología está cambiando grandemente, las escuelas tradicionales de Odontología con cupos limitados contrarios a las necesidades orales de la población prácticamente han desaparecido, los ingresos mayores están predominando, han nacido también facultades privadas que harán que en pocos años las promociones de Odontólogos sea grande, ante esto los Ministerios de Salud no podrán soportar la demanda de obligatoriedad de un año social o rural previo a graduarse pues hay países en que aunque todos los servicios de salud fueran dotados de consultorios odontológicos no llegarían ni siquiera a la cuarta parte de las necesidades de plazas para colocar a los estudiantes.

La Docencia-Servicio soluciona esta problemática, dando oportunidad de práctica a toda la población de estudiantes de Odontología. Como un fenómeno también derivado de las condiciones socio-políticas en ciertos países del

área Centroamericana hacen que las Facultades de Odontología hayan proliferado con la creación de Universidades privadas, estas Facultades están teniendo problemas para su implementación en cuanto a equipo e instrumental no solamente por los altos costos de ellos sino porque la situación económica que están soportando los países del área hace que haya una gran restricción de divisas.

La fácil aplicación de tecnología propia de cada país, el binomio docencia servicio usando la infraestructura física de las entidades prestadoras de servicio hace que estos nuevos organismos formadores de Recurso humano encuentren parte de solución a los problemas que están enfrentando.

La Docencia-Servicio también puede llegar a solucionar problemas derivados de situaciones políticas internas de cada país como el caso de la Universidad Nacional de El Salvador que perdió sus instalaciones con la mayoría de su equipo e instrumental quedando prácticamente en el "exilio" con el mismo número de estudiantes. La Docencia Servicio comienza a jugar un papel importante en esta Universidad al iniciar los alumnos algunas acciones en los establecimientos de salud, a través de convenios previamente analizados. Uno de ellos el de El Salvador se presenta como anexo de este documento.

El beneplácito de las asociaciones, Sociedades o Colegios Centroamericanos que pueden ver coronados sus objetivos y fines plasmados en sus estatutos es grande, no solo como entidades independientes sino también como Federación ya que la superación Odontológica en sus aspectos científicos, éticos y culturales, la seguridad gremial y la proyección de la Odontología al medio social no pueden tener una oportunidad mejor que a través de la Docencia-Servicio.

Por tanto se propone: Contribuir en todo lo posible para llevar a feliz término las Recomendaciones del Informe Final de las Comisiones Conjuntas de Educación y Salud Pública del XIX Congreso de FOCAP de marzo de 1983 que son:

#### RECOMENDACIONES:

1.— Las Comisiones Permanentes de Educación Odontológica y de Salud Pública Bucal, en vista de haber realizado un trabajo coordinado que ha sido evaluado por ambas comisiones como necesario y productivo, se permiten proponer a la Junta Directiva de FOCAP la modificación del Artículo 45 de sus Estatutos (Capítulo III) en el sentido que se fusionen los incisos b y c en uno solo que se denomine Docencia-Servicio.

Existe consenso en que el tema Docencia-Servicio amerita ser abordado en forma conjunta y permanente, ya que ello responde mejor a la decisión de inscribirse e impulsar el proceso Docencia-Servicio.

2.— Es muy importante desarrollar todas las estrategias posibles para lograr una permanente interacción entre las instituciones formadoras de Recursos Humanos y las Prestadoras de Servicios. Por lo tanto, FOCAP debe por su naturaleza contribuir efectivamente para tal efecto, disponiendo recursos político-administrativos y financieros para facilitar la celebración de talleres o seminarios con el objeto que periódicamente los responsables de las Unidades de nivel central en Salud Bucal de los Ministerios, de Seguros Sociales y los Decanos de las Facultades de Odontología, se reúnan para garantizar el seguimiento y consolidación de acciones de integración docente asistencial.

3.— Establecer programas permanentes de interacción con OPS/OMS para la cooperación técnica entre los países del área de Centro América y Panamá, para el desarrollo del Proceso-Docencia-Servicio en Salud Bucal.



## ANEXO

### PROYECTO DE CONVENIO ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y LA(S) FACULTAD(ES) DE ODONTOLOGIA DE LA(S) UNIVERSIDAD(ES) DE EL SALVADOR

#### CONSIDERANDO

Que la conjunción de esfuerzos y recursos entre las Facultades de Odontología, el Ministerio de Salud y la Comunidad son muy importantes para transformar las condiciones de salud bucal de la población.

Que el Ministerio de Salud Pública dentro de sus funciones es responsable de la atención de la salud de la población de la eficacia de sus programas y la capacitación constante de su personal.

Que las Facultades de Odontología de las Universidades de El Salvador son las entidades responsables de la formación de los profesionales de la Odontología.

Que en cumplimiento de sus funciones, el Ministerio de Salud Pública y las Facultades de Odontología realizan acciones complementarias que benefician a la población y fortalecen a las instituciones mismas.

Que el Ministerio de Salud Pública ha brindado colaboración para la realización de algunas actividades de enseñanza–aprendizaje, colaboración que es necesario fortalecer para la mejor formación de los odontólogos.

Que la presencia del recurso humano odontológico en proceso de formación y de los docentes de la Facultad de Odontología constituye un recurso de alta calidad para la prestación de servicios y para la promoción de la salud bucal, componente importante de la salud general.

Que es necesario definir mediante instrumento legal las relaciones, obligaciones y derechos de los participantes interinstitucionales.

#### POR TANTO

Convienen en

- 1o. Crear un comité de integración formado por el jefe de la División de Odontología, el Decano de la Facultad participante, dos Odontólogos del Ministerio de Salud y dos Odontólogos Docentes de la Facultad de Odontología participante en el modelo de Docencia–Servicio.
- 2o. El Comité de integración realizará las funciones inherentes a su jerarquía asegurando que todas las actividades dentro del proceso docencia–servicio sean producto del trabajo conjunto y permanente de las instituciones involucradas en él, desde la etapa de planificación hasta la de evaluación y retroalimentación. Se destacan a continuación algunas de sus funciones.
  - 2.1 Nombrar comisiones ordinarias y extraordinarias de trabajo.
  - 2.2 Aprobar y poner en vigencia las disposiciones tendientes al fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales, a la organización y al logro de la máxima eficiencia de las actividades que se defina realizar.
  - 2.3 Resolver los problemas que surjan en el transcurso del trabajo en aquellos casos en que los mismos no hubieren sido resueltos en los niveles operativos.
  - 2.4 Modificar los términos del presente convenio, según se estime necesario para la buena marcha de los programas odontológicos.
  - 2.5 Propiciar el intercambio científico con el objetivo de mantener actualizada y fomentar la preparación científica del personal participante en el programa.
  - 2.6 Buscar fuentes de financiamiento.

- 3o. De acuerdo con la reglamentación pertinente de las instituciones participantes, éstas contribuirán en la medida de sus posibilidades con sus recursos.
- 4o. Las dependencias del Ministerio de Salud Pública facilitarán previa solicitud a la Dirección General de Salud, las instalaciones que el Comité Integrador seleccione, para que puedan ser utilizadas por docentes y estudiantes en la realización de experiencias de enseñanza—aprendizaje.
- 5o. El personal que presta sus servicios profesionales en las dependencias del Ministerio de Salud Pública, simultáneamente con el cumplimiento de sus atribuciones, participará en forma reglamentada en los programas docentes y de investigación que la(s) Facultad(es) de Odontología realice(n) en la dependencia respectiva.
- 6o. Las Facultades de Odontología a solicitud del Comité de Integración reconocerá Calidad Docente a los profesionales de los servicios de Salud Pública que participen en el programa Docencia—Servicio de acuerdo a las respectivas reglamentaciones.

Por su parte, el Ministerio dará calidad de funcionario de los servicios de salud a los docentes de la(s) Facultad(es) que participen en las actividades docente—asistenciales y de investigación que se realicen como parte del programa, de acuerdo a las respectivas reglamentaciones.

- 7o. Las instituciones participantes en este convenio al iniciar acciones de docencia—servicio deberán a través de una planificación adecuada, garantizar la continuidad de los programas.
- 8o. Las instituciones involucradas harán anualmente las previsiones presupuestarias para aportar los recursos que el programa implique.
- 9o. Toda ayuda de Organización Nacional o internacional, pública o privada que se conceda, ya sea al Ministerio de Salud Pública o a la Facultad de Odontología específicamente para el programa Docencia—Servicio, tendrá que ser utilizada directamente en beneficio del programa.
- 10o. Todos los aspectos de este convenio que así lo necesiten, serán reglamentados por el Comité de Integración.
- 11o. Por la índole de su naturaleza este convenio será de duración ilimitada debiendo ser ajustado de acuerdo con las necesidades originadas en la práctica de los programas de docencia—servicio.
- 12o. El presente convenio entrará en vigor al ser firmado por el Señor Ministro de Salud Pública y el Rector de la Universidad respectivamente.

**GRUPO DE TRABAJO – DOCENCIA SERVICIO**  
**EXPERIENCIA DOCENCIA – SERVICIO DE LOS PROGRAMAS**  
**ACADEMICOS DE ODONTOLOGIA DEL PERU**

**Por: Dr. Benjamín Perea Ruiz\***  
**Dr. Gilberto Domínguez del Río\*\***

**República Dominicana – Santo Domingo,**

**Octubre, 1983**

**\*) Director del Programa Académico de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos UNMSM.**

**\*\*\*) Profesor Principal del Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos UNMSM.**



## EXPERIENCIA DOCENCIA SERVICIO DE LOS PROGRAMAS ACADÉMICOS DE ODONTOLOGIA DEL PERU

### 1. INTRODUCCION

El objetivo de esta cita en la cual estamos reunidos los representantes de un gran sector de la Odontología Latinoamericana, debe tener por finalidad, analizar la realidad nacional de cada país y exponer nuestras posibilidades y limitaciones, respecto al porqué, la atención odontológica no ha podido siquiera en parte atender la salud bucal, flagelo que es común denominador en esta parte de nuestro Continente.

Nuestra misión es pues encontrar soluciones, formulando planes y proyectos, que a mediano o corto plazo puedan encaminar a resolver el problema mediante una mayor cobertura de atención a las clases menos favorecidas.

El Perú con una extensión territorial de 1'300. km.2, 18 millones de habitantes y aproximadamente 4,500 odontólogos y con una geografía muy suigéneris (Costa – Sierra y Selva) nos presenta un reto muy difícil para poder asimilar la problemática de salud bucal de la gran mayoría de peruanos.

Hasta la década del 60, sólo contábamos con una Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, posteriormente se crearon las Facultades en la Universidad San Luis Gonzága de Ica, Universidad Particular Cayetano Heredia y Federico Villarreal en Lima y Universidad Católica de Santa María en Arequipa. En todas ellas se sigue el molde tradicional de la enseñanza de las Escuelas Dentales Americanas y de Europa, o sea el sistema de cátedras, encerrada dentro de los ámbitos de cada Facultad.

A partir de 1970 y de acuerdo a los cambios estructurales que señala el gobierno de la época, se produce un cambio de mentalidad, se proyecta y se pone en marcha una metodología distinta y recién se toma conciencia de la realidad nacional, en lo que concierne a Odontología, se inicia la formación y capacitación del futuro profesional para poder formar parte integral de un equipo de salud, capaz de poder entender y atender la problemática de salud bucal en el país.

Para este fin se tomó en cuenta “tres factores: 1ro. Las necesidades de salud de la comunidad. 2do. Las funciones y acciones para atenderlas y 3ro. Los objetivos educacionales para formar el recurso apropiado para las otras variables”

Al analizar el primer ítem, nos encontramos ante una verdad alarmante y que nos llama a la reflexión por su gravedad; de acuerdo a los estudios realizados por APAO, encontramos que sólo un 18% de peruanos reciben algún tipo de atención bucal en los servicios de Salud Pública, Instituto Peruano de Seguridad, Fuerzas Armadas y Práctica Privada, el resto de la población, o sea la gran mayoría, se encuentran desamparadas de esta atención; esta situación se genera entre otros factores, debido a la falta de recursos económicos, ignorancia en el cuidado de su salud bucal, falta de recursos humanos para poder cubrir la gran extensión territorial, excesiva concentración de Dentistas en la capital de la República y algunas ciudades importantes.

El Gobierno instaura el Servicio Civil de Graduandos (SECIGRA–SALUD) con carácter obligatorio para los alumnos que han concluido su carrera universitaria y como requisito para poder obtener el título profesional (Medicina, Odontología y Enfermería) con una duración de un año. Los egresados mediante un sorteo van a prestar sus servicios en las diferentes zonas del país,, especialmente en aquellos lugares donde nunca había existido ningún tipo de atención para la salud, lo que significó un gran paso en la proyección a la comunidad. En el caso de Odontología, su objetivo primordial era la promoción, prevención y en algunos casos el tratamiento limitado, ya que se carecía de una infraestructura, lamentablemente este proyecto no llegó a cubri las expectativas que se habían cifrado, debido a la falta de recursos económicos del Gobierno Central y una inadecuada coordinación entre el Ministerio de Salud y la Universidad.

En la actualidad está en vigencia el Servicio Rural Urbano Marginal (SERUM) en la práctica esta modalidad está circunscrita a las zonas urbano marginales y es realizado por graduados. Su duración es de seis (6) meses y no es de carácter obligatorio.

Los Programas Académicos de Odontología, dentro de las modificaciones sustantivas, han incluido en su currículo de estudios las Asignaturas de Odontología Comunitaria, por medio de las cuales, tanto profesores como alumnos, desarrollan actividades en la comunidad con el propósito de analizar y resolver cuantitativa y cualitativamente las necesidades de salud bucal, identificando el problema y planteando soluciones de acuerdo a las características y necesidades de cada zona. El objetivo principal es orientar el proceso enseñanza–aprendizaje y diseñar las funciones y acciones más adecuadas para desarrollar el recurso humano en formación para garantizar un equilibrio entre aprendizaje en Docencia–Servicio con sentido humanístico y científico.

## II. CONCEPTO DE DOCENCIA—SERVICIO

La información que nos presenta la Organización Mundial de la Salud a través del Banco de datos para los Países sub—desarrollados, es realmente alarmante, por indicar que existe un deterioro manifiesto en la salud bucal de la población. Esta información coincide con indicadores de Salud Bucal existentes en el País y comprueban que los esfuerzos de los diferentes sectores comprometidos con esta problemática no han producido un impacto de mejoría de la salud bucal de la población, con deterioro manifiesto en las zonas rurales y marginales de las grandes ciudades.

El diseño de los modelos denominados Docente—Asistencial, han estado condicionados a las conductas e intereses institucionales en forma aislada con aparentes propósitos de coordinación.

Así el Sector Educativo a través de las Facultades de Odontología (Programas Académicos de Odontología) han diseñado programas denominados de “proyección a la comunidad” con el principal objeto de mejorar la enseñanza de sus estudiantes en base a la práctica comunitaria, tanto en zonas marginales de las grandes ciudades como rurales.

Los Servicios de Salud a través del Ministerio de Salud, Seguro Social, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, como acciones de salud institucionalizadas, han facilitado la práctica de los estudiantes como una manera de disminuir costos del personal de Recursos Humanos, mediante la concertación de Convenios con las Universidades del país.

En todo caso estas experiencias han iniciado y creado un interés por integrar los recursos de la Universidad y de las Instituciones de Salud. Es probable que el sector más importante, el que está ligado íntimamente con los intereses es la propia comunidad, que nada y poco ha sido consultada para definir realmente qué, cómo, cuándo, dónde y de qué manera es que se podría contribuir en la solución de su problema de salud bucal.

Si partimos del concepto que la Integración Docencia—Servicio se inicia en las necesidades de salud bucal en sus diferentes momentos y circunstancias y que a partir del diagnóstico socio—patológico específico de cada área de trabajo, se diseñan modelos de servicio a partir del cual se definen la formación de recursos humanos que estos servicios requieren; tendríamos que aceptar que es indispensable redefinir el concepto Docencia—Servicio a través de una estrategia en el que la Investigación mediante un desarrollo coherente, plantee propuestas de formulación de leyes, normas y procedimientos que modifiquen sustantivamente este nuevo enfoque.

Esto implica:

- Conocimientos socio—epidemiológicos del proceso de salud—enfermedad en las diferentes estructuras de nuestra sociedad.
- Investigación de Modelo de Servicio que rompiendo el modelo tradicional del sillón—equipo dental, se planteen nuevas formas de atención de servicio estomatológico que responda a las necesidades de la comunidad específica que se quiere atender.
- Que los recursos humanos estomatológicos estén racionalizados y coordinados, respondiendo a las necesidades de estos modelos de servicio a través de la división del trabajo del recurso humano que se forma desde las funciones más simples a las más complejas.
- Que la Investigación sea el componente indispensable para la búsqueda de la solución de estos problemas, los recursos disponibles en la estructura social propia de la comunidad específica.
- Que la Prevención como acciones de salud, tales como la Fluorización de la sal común; la adición del fluor en el abastecimiento público del agua, sean el común denominador indelible de este nuevo concepto.
- Que la tecnología apropiada rompa la dependencia de las importaciones indiscriminadas de equipo e instrumental sofisticado, y
- Que el conocimiento Odontológico sea transferido a la propia comunidad, para que identifique y concientice su problema, a partir del cual participe en forma activa y directa en la solución de sus problemas.

En suma, que este proceso esté basado en la integración Investigación—Servicio—Docencia, como alternativa para lograr salud para todos en el año 2,000.

### III. RESULTADOS DE LA APLICACION PRACTICA DE ESTE PROCESO DE INTEGRACION DOCENCIA-SERVICIO-INVESTIGACION

Los servicios de Salud Institucionalizados y no Institucionalizados deberán modificar los modelos tradicionales de servicios, mediante el aumento de cobertura, para que a través de diseños simplificados de atención odontológica sean capaz de llegar a las zonas más alejadas del país y cubra las grandes poblaciones especialmente la niñez y la adolescencia, mediante la participación organizada de la comunidad, las estudiantes de odontología, asistentes dentales, promotores de salud y docentes.

La Universidad tendrá una mayor cobertura de servicios para el aprendizaje del estudiante, en condiciones reales, permitiendo al educando capacitarse mediante la interpretación de la realidad social en el que se desarrolla el fenómeno de salud-enfermedad y buscar las soluciones propias del lugar, en el momento y las condiciones que ellas requieran.

Estos permitirá potencializar los recursos disponibles de las Instituciones de Salud, de la Universidad y de la propia comunidad, orientada a contribuir en el desarrollo integral de nuestros pueblos a través del componente salud.

### IV. EXPERIENCIAS EN LOS PROGRAMAS ACADEMICOS DE ODONTOLOGIA DE LAS UNIVERSIDADES DEL PAIS

La Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos UNMSM, hoy Programa Académico de Odontología, inició sus experiencias de campo a partir de 1968, con la creación de la Cátedra de Odontología Preventiva y Social.

Las primeras experiencias estuvieron diseñadas para realizar trabajos de campo en Centros Educativos y algunos poblados rurales, sin una estructura coherente.

A partir de 1972, como consecuencia de un cambio estructural del Currículum, en el que los aspectos pragmáticos-tecnológicos y artesanales que constituían el fundamento del antiguo currículum de estudios, fueron reemplazados por una concepción científica humanística, en la que el estudiante, con una mentalidad preventiva y un alto sentido de sensibilidad social, debería constituirse en un agente de cambio de una sociedad, que como la muestra tiene que enfrentarse al reto de una realidad nacional de grandes necesidades y con insuficientes recursos para la solución de los mismos.

De esta manera a través de la carrera profesional, se diseñaron actividades pre-profesionales, desde el primer semestre hasta el último, con actividades eminentemente prácticas, que van aumentando en el transcurso de los semestres hasta desarrollar en el 8vo. y 9no. semestre, prácticas intensivas en las comunidades marginales ubicadas en el distrito del Callao, Programa Sta. Rosa y en el distrito de Playa Rímac, en que realizan actividades intensivas con una carga académica horaria de 272 horas-año y la participación permanente de los docentes de la Universidad, del Ministerio de Salud y la propia comunidad.

El programa consiste en actividades permanentes que realizan los estudiantes a nivel del hogar, mediante visitas domiciliarias, en los Centros Educativos con programas permanentes organizados en los mismos locales y la atención permanente en los servicios de Salud de Santa Rosa y Playa Rímac.

El aspecto más saltante de esta experiencia, está referido a que después de 10 años de esfuerzo, con la cooperación, fundamentalmente de la comunidad, se ha podido implementar un programa Estomatológico permanente. Estos servicios odontológicos en el que el ingenio y el trabajo directo de algunos técnicos de la propia localidad, han permitido iniciar la instalación de estos servicios odontológicos que esperamos se amplíen a las poblaciones aledañas de los denominados pueblos jóvenes o zonas marginales.

La actividad pre-profesional más prolongada es la que se desarrolla a través del Internado Hospitalario de Odontología, que al término de su carrera el estudiante realiza durante 365 días de trabajo permanente a dedicación exclusiva, mediante rotaciones durante 9 meses en el propio hospital, realizando actividades complejas en los diferentes servicios médicos orientadas al afianzamiento de los conocimientos médicos generales, la integración de los conocimientos en las condiciones reales de nuestras instituciones de salud.

Durante 3 meses realiza su actividad intensiva en el Valle de Cañete en un programa denominado Internado Rural, en el que los estudiantes acompañados del médico sanitario y el promotor de salud escolar, desarrollan programas de apoyo a la atención primaria, atendiendo la comunidad, en las que la mayoría de ellas la única vía de comunicación son carreteras afirmadas y caminos de herradura de 8 a 10 horas de caminata como promedio; en el que se está experimen-

tando modelos de servicio con participación directa de estos pueblos y con sorprendentes resultados que modifican totalmente los modelos tradicionales de atención odontológica.

Estas actividades se realizan mediante convenios docente–asistenciales con el Ministerio de Salud, Seguro Social, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales.

Cabe destacar que estos programas tienen fundamentalmente la cooperación de la propia comunidad debido a los limitados recursos de la Universidad y de las instituciones de salud, que poco y nada invierten para estos programas.

Cabe destacar que tampoco hemos tenido la oportunidad de recibir ayuda nacional privada y mucho menos la internacional. En todo caso, este esfuerzo titánico muchas veces para docentes y alumnos, justifica la irreversibilidad de estos servicios que por ser creación de la propia comunidad, son los que más se preocupan por su permanente existencia.

#### **UNIVERSIDAD SAN LUIS GONZAGA DE ICA**

Realiza sus actividades de Servicio Docente–Asistencial, en las zonas marginales, mediante el diagnóstico socio–económico y epidemiológico de Salud Bucal.

Las características generales son el uso de Equipo simplificado, formación y utilización de Promotores de Salud Bucal.

Estos Programas se desarrollan mediante Convenios con la Región Sur Medio de Salud del Ministerio de Salud y la Dirección Departamental de Educación.

#### **UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL**

Se realizan las actividades en comunidad, mediante el diagnóstico socio–económico y epidemiológico de Salud Bucal y atenciones de salud en las zonas urbanas y comunidades rurales concentradas y dispersas.

Desarrolla actividades en algunos Municipios o Gobiernos Locales y experiencias hospitalarias durante un mes. Estas actividades se realizan en Convenios como el Ministerio de Salud y los Gobiernos locales.

#### **UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA**

Realiza sus actividades mediante Convenios con el Ministerio de Salud en Comunidades Urbano–marginales y atención escolar cercanos al Programa Académico, mediante la participación con los estudiantes en los primeros semestres de estudios.

En el cuarto año, realizan actividades en un programa de una Comunidad rural concentrada y dispersa durante cinco meses, cada alumno mediante un Convenio con la Región Centro Médico de Salud y un curso de externado Estomatológico médico quirúrgico en el último año, con una permanencia de seis meses por alumno.

Sus programas se desarrollan con la ayuda de la Kellogg Foundation y otras Instituciones Internacionales de Cooperación.

#### **UNIVERSIDAD SANTA MARIA DE AREQUIPA**

Realiza actividades en las Zonas Urbano marginales mediante trabajos multidisciplinarios y multiprofesionales, estando el Internado Hospitalario en fase de implementación.

Tiene Convenios con la Diócesis Católica y el Ministerio de Salud Región Sur.

La Asociación Peruana de Programas Académicos de Odontología, mediante la cooperación por la Kellogg Foundation, realiza apoyos mediante Asistencia Técnica periférica de Docentes y entrega de material de higiene bucal para los programas de atención primaria, que realizan las Universidades.

En términos generales se puede observar que la Universidad del País mediante los Programas Académicos de Odontología, está desarrollando una extraordinaria experiencia de actividades en la comunidad. Una evaluación adecuada y una redefinición conceptual de docencia, Servicio e Investigación, permitirá potencializar estas acciones tendentes a aumentar la cobertura con respuestas acordes con las realidades específicas de cada comunidad.

## V. CONCLUSIONES

1.— La investigación Docencia—Servicio permite la participación directa de la Universidad facilitando condiciones reales de aprendizaje, aumento de cobertura de la Atención Estomatológica en zonas rurales y marginales de las grandes ciudades como respuesta a las necesidades de la propia comunidad.

2.— Es posible implementar modelos de servicios con recursos, equipos e instrumental simplificados en cualquier zona o localidad de limitados recursos y las experiencias deben de constituirse en fuentes de información que le permita a los países introducir este tipo de Programas con una Permanencia garantizada.

3.— Es fundamental y necesario que las Universidades acudan a las instituciones privadas y filantrópicas o a los organismos internacionales que tienen por finalidad velar por la salud, haciéndoles conocer nuestros planes y programas referentes a esta actividad, solicitando ayuda, ya sea en forma económica, de intercambio docente, de experiencias similares, asesorías, etc., y así poder materializar nuestros programas.

## VI. RECOMENDACIONES

1.— Es indispensable la evaluación periódica de las experiencias de Investigación Docencia—Servicio, para ir adecuando y reajustando de acuerdo a las condiciones de cada localidad.

2.— Divulgar estas experiencias con el objeto de que sirvan como modelos en otras localidades semejantes.

3.— Gestar un movimiento cooperativo de ayuda nacional e internacional para el desarrollo de los Programas de Investigación Docencia—Servicio en el campo de la Estomatología, exigiendo que los Gobiernos garanticen su inclusión en los Programas Generales de Salud.

4.— Constituir una Comisión o Grupo de trabajo interuniversitario a nivel de América Latina para la coordinación de esta propuesta con el apoyo de la UDUAL.

Lima, Perú  
Octubre 1983



## INTEGRAÇÃO DOCÊNCIA—SERVIÇOS EN ODONTOLOGIA\*

Edrizio Barbosa Pinto\*\*

As nossas primeiras palavras nesta memorável Reunião são dirigidas à Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, agradecendo a honra que nos concedeu convidando-nos para participar do Grupo de Trabalho de tão importante Reunião, que reflete a constante preocupação da Organização com a melhoria do ensino odontológico, procurando adequá-lo à realidade Latinoamericana, com vistas a ambicionada meta “SAUDE PARA TODOS NO ANO 2000”.

Sentimos, cada vez com maior intensidade, a participação da OPS e da W. K. Kellogg Foundation nos Programas do importante e indissolúvel binômio Educação—Saúde na América Latina, contribuindo decisivamente para a criação da nossa própria tecnologia, visando atender aos imensos contingentes populacionais órfãos da assistência odontológica preventiva e restauradora.

A Integração Docência—Serviços constitue importante estratégia para a melhoria dos padrões de saúde bucal da comunidade do nosso continente.

O quadro epidemiológico da cárie dental e das doenças periodontais no Brasil e nos demais países da América Latina, em todas as faixas etárias, serviu para demonstrar a total desvinculação do trabalho odontológico com a realidade concreta, sugerindo a inexistência de cirurgiões—dentistas tecnicamente qualificados para a solução dos problemas mais prevalentes.

A visão gradual dessa realidade, por parte dos responsáveis pela formação dos recursos humanos para o atendimento as necessidades existentes, motivou a busca de soluções para a problemática.

Dos questionamentos, dos debates, das observações e da crescente insatisfação social, chegou-se a um diagnóstico situacional: os recursos disponíveis não atendiam satisfatoriamente às necessidades por não serem adequadamente formados para tal.

O ensino odontológico não estava atendendo ao seu objetivo precípua de formar profissionais biologicamente orientados, tecnicamente capazes e socialmente sensíveis.

As Faculdades preocupavam-se muito com a formação tecnicista. Os recursos humanos formados pelas Faculdades de Odontologia até bem pouco tempo eram super—especialistas, com pouca visão preventiva e quase nenhum senso social.

Era a alienação social. Formavam-se expressivos contingentes de recursos humanos para atender a uma pequena parcela privilegiada da comunidade, enquanto que os grandes contingentes populacionais continuavam à margem da assistência odontológica.

Os órgãos prestadores de serviços governamentais ou particulares absorviam estes recursos humanos alienados da realidade social, os quais, em consultórios sofisticados, atendiam diminutas parcelas da comunidade.

Paradoxalmente os serviços investiam os seus recursos financeiros na aquisição de luxuosos consultórios, faltando sempre dotações para a aquisição de materiais para a realização de uma odontologia restauradora, restringindo-se a prática condenável da Odontologia mutiladora.

Generalizava-se entre os dirigentes de Faculdades, professores e alunos, uma angústia, uma insatisfação em relação ao processo educacional vigente, expresso na qualidade do seu produto final.

A Associação Brasileira de Ensino Odontológico—ABENO, desde que assumimos a sua Presidência em 1971, em suas reuniões anuais, realizadas, rotativamente, nas suas seis zonas geo—educacionais, debatia o problema como tema oficial, ou em discussões paralelas, envolvendo a comunidade docente de todas as faixas etárias e de todos os estágios a carreira do magistério.

Das discussões na Diretoria, na Comissão de Ensino e na Assembléia Geral, a ABENO chegou à conclusão de que, já estando suficientemente amadurecida a problemática, o caminho seria a elaboração de um novo Currículo Mínimo, visando a formação de um producto final capaz de realizar em sua prática profissional a Odontologia reclamada pela realidade brasileira.

\*) Trabalho apresentado no dia 4 de outubro de 1983, na Escuela de Odontologia San Pedro de Macoris — República Dominicana, a convite da OPS/OMS, durante a Reunião de la Comisión Técnica de licencia Servicios de OFEDO/UDUAL.

\*\*) Presidente de Associação Brasileira de Ensino Odontológico—ABENO, Vice—Presidente de Associação Latino—Americana de Faculdades de Odontología—ALAFOD, Coordenador da Comissão Nacional de Sanidagio—CNO e Diretor da Faculdade de Odontologia de Permanenciae.

Em 1978, na sua reunião de Fortaleza, Estado do Ceará, foi elaborado o novo Currículo Mínimo pela Comissão de Ensino da ABENO, a seguir enviando a todas as Faculdades, Escolas e Cursos de Odontologia do Brasil, para receber sugestões, a fim de que o novo Currículo representasse o anseio da docência odontológica brasileira.

Após o recebimento e adoção de sugestões, a ABENO enviou o novo Currículo Mínimo ao Ministério da Educação e Cultura para o seu encaminhamento ao Conselho Federal de Educação, a quem, pela legislação vigente, cabe fixar os mínimos de conteúdo e duração dos cursos de nível superior.

Em 1979 a Secretaria da Educação Superior do Ministério da Educação e Cultura criou a Comissão de Especialistas em Ensino de Odontologia, constituída por “experts” em educação odontológica e pelo Presidente da ABENO.

Os membros da Comissão elegeram para presidir a mesma, o Presidente da ABENO, e decidimos enviar o currículo para todas as Faculdades, Escolas e Cursos de Odontologia do Brasil, desta vez, em nome do Governo que desejava, pela segunda vez, auscultar o pensamento da comunidade universitária brasileira.

Algumas Faculdades estranharam o fato de estarem sendo ouvidas novamente, ao que nós respondíamos que a primeira vez estávamos dirigindo-nos aos mesmos como Presidente da ABENO e, desta vez, como Representante do Ministério de Educação e Cultura, pois a preocupação era que o Novo Currículo Mínimo emergisse das bases.

No seu parecer favorável à aprovação do novo Currículo Mínimo, o Relator no Conselho Federal de Educação, professor doutor Paulo do Valle Mendes, assim se expressou em um dos tópicos de seu parecer: — “O objetivo fundamental da proposição em exame é assegurar uma sólida formação aos profissionais da Odontologia, adequada à realidade da saúde oral da população brasileira. Procura imprimir ao Curso uma orientação voltada para a Odontologia Social, buscando preparar o aluno para atuar em equipes de saúde”.

Em outro tópico do Parecer, o relator destacou a importância da ação integradora na formação do cirurgião-dentista, dizendo: “Esta articulação é reclamada não somente entre as Escolas de Odontologia e as instituições de atendimento à saúde oral, como na própria estrutura acadêmica de modo a evitar que as Faculdades organizem seus currículos plenos voltados à formação de especialistas e sub-especialistas na graduação. Este Conselho tem o dever de orientar as instituições de ensino sobre a realidade da organização dos serviços, particularmente no campo de saúde, posto que é a demanda a esses serviços que deve indicar o perfil do futuro profissional. Assim, a sugestão relativa à presença de estudantes e professores em serviços odontológicos da rede assistencial deve ser levada em conta pelas Faculdades, pois contribui para a elevação da qualidade do atendimento, além de produzir questionamentos e estímulos ao aperfeiçoamento da equipe da instituição. Mais ainda, favorece o desenvolvimento de atitudes propícias à nunca por conduzir à melhoria do padrão dos procedimentos técnicos. Os resultados dessa integração serão certamente a qualificação do ensino, enquanto mais próximo do serviço, e a qualificação dos serviços, enquanto mais adequados à realidade”.

A ABENO viu consagrada no Parecer e na aprovação do novo Currículo Mínimo todas as suas teses voltadas para a preocupação maior com o Social.

Os objetivos do novo Currículo Mínimo são: “Formar um Cirurgião-Dentista com habilidade de aplicar princípios biológicos, técnicos e éticos para resolver os problemas das doenças buco-dentais mais prevalentes na região geo-educacional da Instituição e em programas estratégicos de interesse nacional e formar um cirurgião-dentista clínico geral voltado para os problemas de saúde bucal, com filosofia preventiva e social, apto e conscientizado para atuar na sua comunidade, integrando-se às atividades das outras profissões da área de saúde”.

Pelo novo Currículo Mínimo aprovado em 1982, e posto em vigor a partir do corrente ano, o curso de graduação de Odontologia ampliou a sua carga horária de 3.240 para 3.500 horas.

Destaca-se no novo Currículo Mínimo a introdução das Ciências Sociais nas quais serão ministrados aos alunos conhecimentos fundamentais de Sociologia, Antropologia e Psicologia. Obrigatório também passou a ser pelo novo Currículo Mínimo a ministração de conhecimentos de Planejamento e Administração de Serviços de Saúde Comunitária, Trabalho em grupo, Técnicas e Equipamentos Odontológicos Simplificados.

No novo Currículo Mínimo, está consubstanciado em dois artigos, o seguinte: “A Prevenção constituir-se-á orientação do ensino focado nas diferentes disciplinas ou atividades” e “As atividades extramurais serão desenvolvidas sob a forma de estágio supervisionado, preferencialmente em Sistemas Públicos de Saúde”.

Após a aprovação do novo Currículo Mínimo, a ABENO teve a preocupação de reunir a sua Comissão de Ensino com a presença de vários “experts” em Odontologia e em Educação, e sugeriu conteúdos programáticos mínimos das novas matérias incluídas no Currículo, chegando ao detalhe de sugerir cargas horárias máximas e mínimas para as mesmas.

Foi a preocupação no sentido de que as Faculdades ao elaborarem o Currículo Pleno e passassem a implementá-lo, não oferecessem distorções à filosofia do Currículo.

Estava resolvida, com a publicação no Diário Oficial da República Federativa do Brasil do dia 16 de setembro de

1982 do novo Currículo Mínimo, o problema do aparelho formador, faltando a necessária complementação para a resolução do problema de saúde bucal do povo brasileiro, a reformulação do aparelho prestador de serviços.

Providencialmente, um dos integrantes da Comissão de Especialistas em Ensino de Odontologia do Ministério da Educação e Cultura, professor Paulo da Silva Freire, foi convidado para Coordenador Nacional de Assistência Odontológica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS e, de imediato, o Presidente do INAMPS, professor Aloysio de Salles Fonseca, instituiu através de Portaria de 24 de novembro de 1982 uma Comissão para “realizar estudos e propor a adoção de uma nova política de assistência odontológica por parte de INAMPS”, colocando o Presidente da ABENO como membro da referida Comissão, além de outros dirigentes da ABENO e de de nacionais de Odontologia serviços do Brasil.

A filosofia que presidiu a adequação do novo Currículo Mínimo à realidade brasileira, passou a ser orientação dos trabalhos da Comissão que instituiria a nova política de assistência odontológica do Governo, havendo, conseqüentemente, o imprescindível entrosamento entre o aparelho formador e o aparelho prestador de serviços.

Após meses de trabalho a Comissão apresentou documento contendo o quadro epidemiológico, a análise crítica do Modelo atual da assistência odontológica na Previdência Social e a proposta de reorientação da mesma.

Na introdução do documento a Comissão salientava “elabora com significativa importância e componente específico no contexto das ciências da saúde, a Odontologia, tradicionalmente, manteve-se afastada dos programas globais de prestação de cuidados à saúde da população. Dentre os fatores determinantes desta situação, destacavam-se de um lado a falta de métodos comprovadamente capazes de interferir positivamente no ciclo das doenças bucais e, de outro, o elevado custo dos serviços odontológicos. O advento do uso do flúor na prevenção da cárie dental –a doença bucal de maior prevalência –constituiu-se marco fundamental para que começassem a se processar mutações conceituais com relação à participação da Odontologia no elenco de profissões que têm por missão zelar pelo bem estar da comunidade”.

Analisando o quadro epidemiológico a Comissão salientava que “O Brasil com 7, 2 CPO por criança aos 12 anos, situa-se entre os países que concentram as maiores deficiências e dificuldades, uma vez que reúne, aos problemas econômicos, um grande consumo de açúcar, uma forte relação dentista/habitantes e altos índices de cárie, numa situação que virtualmente não se modificou ao longo da última década”.

Após substancial análise do modelo da assistência odontológica, a Comissão apresentou a síntese das suas principais distorções:

“indefinição de diretrizes políticas para a atenção odontológica previdenciária;

inversão de prioridades na utilização dos setores público e privado, em especial quanto ao não entrosamento com Secretarias de Educação e de Saúde, estaduais e municipais.

escassa utilização de métodos preventivos;

cobertura populacional deficiente, com má distribuição geográfica dos recursos materiais e humanos;

não utilização de métodos de trabalho eficientes;

procedimentos gerenciais obsoletos;

uso excessivo de mão-de-obra profissional para execução de tarefas que poderiam ser delegadas a pessoal auxiliar (de nível elementar e médio) com custos menores e o mesmo grau de qualidade;

falta de orientação do odontólogo para a solução dos problemas do exercício profissional;

utilização abusiva de equipamento, instrumental e insumos sofisticados para execução de tarefas que poderiam ser realizadas com materiais de mais baixo custo;

ênfase na atenção á livre demanda, o que impede o atendimento dos grupos e problemas considerados como prioritários;

- dificuldades de articulação com as demais instituições do setor público envolvidas na prestação de serviços odontológicos;
- crescimento desordenado das unidades assistenciais odontológicas, principalmente através de serviços de terceiros;
- falta de planejamento e mecanismo adequados de controle e avaliação; e,
- concentração excessiva de equipamentos nas regiões centrais das áreas urbanas em detrimento das periféricas”.

Concluindo o documento, a Comissão propôs a reorientação da assistência odontológica na Previdência Social, que através de Portaria Ministerial de 16 de maio de 1983 do Ministro Helio Beltrão, da Previdência e Assistência Social, foi aprovada a proposta de reorientação da assistência odontológica no âmbito da previdência social, que tem os seguintes objetivos:

- “Estender a cobertura dos serviços odontológicos básicos a toda população;
- reduzir a incidência das doenças bucais de maior expressão epidemiológica, através da aplicação racional de métodos de massa e de atenção individual aos grupos prioritários;
- aumentar a produtividade do sistema, buscando uma melhor relação custo/benefício; e,
- integrar ao sistema os órgãos públicos federais estaduais e municipais, assim como as instituições e entidades de ensino, beneficentes e organizações sindicais e patronais, proporcionando uma descentralização das atividades e maiores possibilidades de atendimento”.

Ao divulgar o Documento Final de Reformulação da Assistência Odontológica da Previdência e Assistência Social do Brasil, assim diz o Governo brasileiro, “espera-se, pois, que com a gradualidade necessária a todo processo de mudança, mas com a firmeza que assegura a sua efetividade, a atual proposta de reorientação da assistência odontológica no âmbito da previdência social, possa inaugurar um período mais auspicioso para a população brasileira, quanto à sua saúde bucal”.

Registramos que antes mesmo da aprovação do novo currículo mínimo pelo Governo Federal, grande número de Faculdades de Odontologia já o estava adotando, sobretudo no que diz respeito a integração Docência Assistencial e Docência-Serviços.

As primeiras experiências no Brasil da democratização das Faculdades, com o início da derrubada de seus muros, foi a integração Docência-Assistencial partindo-se numa segunda etapa para a integração Docência-Serviços, esta última mais complexa pois exigia uma modificação de mentalidade tanto na docência como nos serviços.

Os textos legais ora vigentes, consubstanciaram-se nas experiências que já vinham sendo vivenciadas.

A integração Docência-Serviços não foi imposta por Lei, Decreto, Portaria ou Resolução e sim por uma consciência oriunda da autocrítica global de que a Odontologia não vinha, como ainda não vem, em toda plenitude, cumprindo a sua missão eminentemente preventiva, social e restauradora.

Esta prática odontológica terá um marco teórico centrado em investigações sócio-epidemiológicas, clínico-patológicas e biológicas que conduzem ao conhecimento da realidade concreta, aplicando a prevenção integral, a simplificação, a desmonopolização de conhecimentos mediante a estruturação em nível de atenção, pelo uso de tecnologia apropriada e com ampla e permanente participação da comunidade objetivando a maior satisfação das necessidades.

Hoje no Brasil, os estabelecimentos de ensino odontológico formam, e o aparelho prestador de serviços utiliza cirurgiões-dentistas com formação técnico-científico-cultural, visão preventiva e sensibilidade social, para atender as necessidades reais da comunidade, atuando dentro das condições sócio-econômico-culturais vigentes.

Com um currículo inovador e um programa de assistências governamental em consonância com o mesmo, será possível a verdadeira integração Docência-Serviços.

Vivenciando a integração Docência-Serviços, pretendemos conseguir no Brasil, a melhoria das condições de saúde

bucal, da comunidade de todos os níveis, especialmente as de menor poder aquisitivo, pois teremos novos recursos humanos na equipe de Odontologia (professores, alunos, cirurgiões—dentistas, pessoal auxiliar e administrativo), envolvidos em um só projeto com a mesma filosofia e os mesmos objetivos.

O acordo CAPES—ABENO/KELLOGG, através do qual 16 Faculdades de Odontologia estão executando projetos inovadores, está decalcado na nova filosofia vigente no Brasil.

Conscientizamo—nos que temos um grande débito com os expressivos contingentes populacionais marginalizados da assistência odontológica, sobretudo da preventiva e restauradora.

A ABENO vem procurando cumprir a sua missão de educar Povo e Governo colocando—se sempre em atitude de independência e vigilância, completamente isenta de problemas políticos e ideológicos, para obter, como realmente obteve, a credibilidade perante as comunidades universitária e governamental e a comunidade em geral, pois a educação e a saúde são supra—partidárias e supra—ideológicas.



**MINISTERIO DE SANIDAD  
Y ASISTENCIA SOCIAL**

**DIRECCION DE SALUD PUBLICA  
DIVISION DE ODONTOLOGIA SANITARIA  
CARACAS – VENEZUELA**

**“ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACION  
DOCENCIA–ASISTENCIAL”**

**Autor: Dra. María A. Rauseo de Macsotay  
Jefe de la División de Odontología Sanitaria**

**Trabajo presentado en la Reunión sobre  
“Integración Docente–Asistencia”  
de la Organización de Facultades, Escuelas y  
Departamentos de Odontología de América Latina – O.F.E.D.O. – U.D.U.A.L.**

**San Pedro de Macorís – República Dominicana  
3 al 9 de octubre de 1.983**



## CONTENIDO

- 1 INTRODUCCION.
- 2 ANTECEDENTES.
  - 2.1 CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA ENSEÑANZA.
  - 2.2 CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS SERVICIOS.
  - 2.3 EVOLUCION EN AMERICA LATINA.
  - 2.4 EVOLUCION EN VENEZUELA.
    - 2.4.1 PROYECTO RINCONADA.
    - 2.4.2 PROGRAMA LIDICE.
    - 2.4.3 PROGRAMA SAN FRANCISCO.
- 3.- ANALISIS DEL PROCESO EVOLUTIVO EN DOCENCIA SERVICIO.
  - 3.1 COMPETENCIA CIENTIFICA.
  - 3.2 COMPETENCIA ADMINISTRATIVA.
  - 3.3 COMPETENCIA DE OPORTUNIDAD.
- 4.- ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACION DOCENCIA SERVICIO.
- 5.- CONCLUSIONES.
- 6.- BIBLIOGRAFIA.



Mediante estas cortas líneas hago llegar mi palabra de agradecimiento al Dr. Benjamín Gómez Herrera, Asesor O.M.S., por su amplia colaboración en la elaboración del presente trabajo. Así como también al Personal de Secretaría de la División de Odontología Sanitaria, muy especialmente a la Sta. Yamilet Arcila, quien con su mística y voluntad hizo posible la transcripción del mismo.

Dra. María A. Rauseo de Macsotay



## 1.— INTRODUCCION

En la actualidad la profesión Odontológica ha ido tomando mayor significación dentro del Hemisferio Occidental, como expresión compartida con amplios sectores de la opinión pública que van tomando conciencia del proceso de la salud de sus distintos componentes, los cuales son enfatizados a través de actividades organizadas internacional o nacionalmente para reforzar la necesidad sentida por los pueblos, en beneficio de su mejoramiento social.<sup>1</sup>

En el concepto de salud propuesto por la O.M.S., se contempla una interacción del individuo con su sociedad y su medio, a través de un proceso que busca el bienestar físico—mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. Es decir la salud no tiene significado individual y sólo se logra en comunidad.<sup>2</sup> El estado de salud de los individuos que conforman una sociedad es una resultante directa de su propia organización y estructuración socio económica y cultural. Esto evidencia la necesidad de estudiar científicamente esa realidad para que a partir de ese conocimiento, se establezcan las relaciones causales del fenómeno salud—enfermedad y se apliquen las medidas adecuadas de prevención, curación y rehabilitación.<sup>3</sup>

En razón de las necesidades de salud de la población de América Latina y de las características histórico—evolutivas que matizan a la Enseñanza de la Odontología y a la Prestación de servicios (públicos o privados), se ha considerado como estrategia innovadora, un nuevo modelo de formación de recursos humanos, dentro del concepto de integración docente—asistencial, o docencia—servicio.

Esta alternativa confluente luego de las investigaciones que en América Latina se ha realizado en las dos últimas décadas, relacionadas al perfil profesional el cual debería incluir ciertas actitudes en la formación social, biológica y administrativa que permita al Odontólogo (profesional o educando), establecer medios de comunicación con la comunidad<sup>4</sup> y de allí derivar, los programas de salud acordes con su realidad.

Para ello se ha insistido en la reprogramación o reformulación de los currícula en odontología, y la adecuación de los servicios, como estrategia básica para lograr el cambio de la práctica odontológica del futuro.

Sin embargo las tentativas de llegar a un diseño docente asistencial (de docencia—servicio), se han quedado en fases incipientes,<sup>5</sup> sin lograr cambios específicos, para lo cual es necesario establecer las causas inherentes que condicionan la lentitud del proceso, o que limitan la consecución del objetivo específico.

Es esta la razón para presentar algunas ideas, sobre las estrategias que deberían seguirse, para el cambio social de la odontología a través de la planificación integral de la formación de recursos humanos, y la prestación de servicios, en beneficio de la comunidad globalmente considerada.

## 2.— ANTECEDENTES

### 2.1 CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA ENSEÑANZA. CARACTERISTICAS

La formación de recursos humanos, en su desarrollo histórico, presenta aspectos cuantitativos y cualitativos que es importante analizar. En lo cuantitativo la explosión de estudiantes en las Universidades, es de todos conocida, dando origen a que estas busquen el servicio, pero sólo para la solución de su problema de cupo intramural y no en pos de una verdadera integración con los servicios.

Lo más destacado en cuanto a lo cualitativo son los aspectos de objetivos y enfoques. En cuanto a los propósitos, la práctica social ha intentado y logrado reproducirse en la mayor parte de los currícula. Así se observa que a pesar de que los objetivos de las facultades y escuelas se han manifestado como tendientes a la solución de los problemas de la sociedad, su "Curriculum" o sea, sus verdaderas acciones, orientan la formación del estudiante hacia la misma práctica que predomina; a pesar de hacer énfasis en sus programas escritos, en la importancia de los aspectos de promoción de salud, y protección específica de enfermedades, se dirige la enseñanza hacia los mismos aspectos de reconstrucción y mutilación dando la máxima prioridad a asignaturas tales como operatoria, exodoncia y prótesis.<sup>6</sup>

El aprendizaje se realiza alejado de la realidad de los servicios, con una plétora de información, exagerada a nuestro entender, sin haber analizado la importancia o nó de esos contenidos en la formación del estudiante.

Se utilizan maniqués y simuladores para las prácticas en las llamadas "Preclínicas". El estudiante no participa en el desarrollo de la comunidad, por lo tanto no crea conciencia crítica hacia el cambio de la realidad encontrada.

## 2.2 CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS SERVICIOS. CARACTERISTICAS.

En Venezuela, como en la casi totalidad de nuestros contextos, los servicios son proporcionados por los profesionales quienes ejercen en forma privada o como parte de alguna institución estatal. También prestan servicios, personas formadas empíricamente. En cualquier forma la otorgación de servicios está representada por el Odontólogo o el empírico, quién trabaja solo junto al sillón, teniendo a veces una persona sin preparación formal quién lo ayuda en sus labores, utiliza equipo e instrumental tradicional y sofisticado, así como material de uso complejo, caro e importado casi siempre.

Los servicios así otorgados son los que el paciente solicita, teniendo poca oportunidad de un diagnóstico adecuado. Predomina la mutilación y reconstrucción, siendo poco frecuente encontrar prácticas dirigidas a la protección específica o al tratamiento precoz; siendo además repetitiva y rutinaria. Esta es una de las razones del origen de las especialidades, las que requieren mayor preparación formal y son ejercidas por menos grupo de profesionales, quienes por consiguiente ponen precios más altos a sus servicios.

Los servicios estatales copian el modelo de Atención de la práctica privada, atiende la demanda espontánea de la población que acude principalmente buscando alivio del dolor y se concentra en las etapas tardías de la enfermedad. Por otra parte el profesional trabaja con muy poco personal auxiliar, los equipos son obsoletos, caros y con muy pocos cuidados en su mantenimiento. La cobertura es poco significativa.<sup>6</sup>

Existencia de muchos organismos prestadores de salud, los cuales no coinciden en sus normas, pautas o procedimientos, o en oportunidades ni siquiera los tienen.

La comunidad no participa en los planes y programas de salud, o si lo hace es en forma irrelevante.

## 2.3 EVOLUCION EN AMERICA LATINA

Algunos de los cambios introducidos en la formación y utilización de recursos humanos para la salud bucal ahora vigentes en muchos países del Continente, tuvieron como punto de partida el cuestionamiento al ejercicio tradicional, proceso iniciado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquía – Medellín – Colombia.<sup>7</sup> En este movimiento se planteaba la necesidad de formar Odontólogos más ajustados a la realidad social, proponiendo la formación de auxiliares, a quienes se delegaría funciones hasta ese momento reservadas al Odontólogo.

Esta proposición, generó abierto rechazo por parte de los Odontólogos locales, hasta el punto de originar un manifiesto de la Sociedad Odontológica Antioqueña.

En la actualidad la aceptación y apoyo son unánimes, produciéndose a través del tiempo un cambio de conducta y actitud.

En el Perú, en 1.968, un grupo de educadores realizó análisis de la experiencia en las Escuelas Dentales, basándose en modernos conceptos de la psicología del aprendizaje y teniendo como marco de referencia la concepción sociológica global de la realidad peruana.

Este análisis llevó a la identificación de múltiples problemas, tanto en la enseñanza como en el servicio. Entre los primeros: énfasis en asignaturas preclínicas, enseñanza dirigida a la práctica privada, casi inexistencia de la investigación, etc.

Entre los segundos: Ejercicio Individual, dirigido a las élites económicas baja productividad del Odontólogo, limitación en la utilización de personal auxiliar, etc.<sup>8</sup>

En México, los esfuerzos realizados para formar recursos humanos distintos a los tradicionales han permitido observar aspectos de interés. Entre ellos que las instituciones como U.A.M. Xochimilco, E.N.E.P. – Zaragoza y la Universidad de Nuevo León, al compararse en relación a los cambios propuestos, presentan diferencias notables en cuanto a su modelo e intensidad de los mismos.<sup>9</sup>

Sin embargo muchos de estos cambios se basan en la utilización del servicio como un recurso educativo de gran importancia.

En Ecuador se realizó un notable esfuerzo de 1.972 a 1.976 por planificar, ejecutar, desarrollar y evaluar nuevas modalidades en los servicios orientados a la ampliación de la cobertura, reducción de costos, sin bajar la calidad y siendo el medio rural el eje del programa. Incorporando personal del nivel auxiliar de la propia comunidad y racionalizando las funciones en el trabajo en armonía con los perfiles de los diferentes Recursos Humanos.<sup>10</sup>

En Cuba, en el camino emprendido hace 3 años, en la “Estomatología en la Comunidad” ha sido necesario adecuar la formación del personal profesional y auxiliar en Atención Primaria, mediante actividades de superación y perfeccionamiento, reformando los planes de estudios para los diferentes recursos humanos; y partiendo del criterio de que la comunidad solo se puede estudiar en la propia comunidad.<sup>11</sup>

En Uruguay, la Facultad de Odontología de la Universidad Mayor, cuestionó la filosofía basada en el daño y orientada al tratamiento, que se ha manifestado en ser individualista, para sectores reducidos, con atención mutilante; y ha elaborado proyecto Docente–Asistencia, interrelacionando los sectores que han actuado separados y que apunta hacia la racionalización de los recursos.<sup>12</sup>

En Bolivia, el reconocimiento de la existencia de incoherencias entre los problemas de salud bucal y el tipo de formación de los estudiantes originó un cambio en la carrera, orientado a incorporar mayor proporción de actividades del área social, así como desempeñar funciones en Atención Primaria.<sup>13</sup>

En República Dominicana, el Programa Nacional de Salud Oral se inició en 1.978, teniendo como propósito aumentar la cobertura de los servicios en calidad y cantidad y buscando la Coordinación e Integración con las Universidades; Autónoma de Santo Domingo, Católica Madre y Maestra y Central del Este, ampliando el perfil formativo y ocupacional, incorporando actividades de salud bucal en el quehacer de los promotores de salud. El desarrollo Odontológico se genera a través de la creatividad, la crítica y autocrítica de la Universidad, la producción de conocimientos y una práctica transformadora.<sup>14</sup>

En general en América Latina, en multiplicidad de eventos realizados y en diversas publicaciones científicas, se han propuesto infinidad de alternativas de cambio relacionadas con la Docencia–Servicio.

Se han creado los Departamentos de Preventiva y Social, cuyo objetivo primordial es hacer hincapié en la enseñanza de la prevención y algunos aspectos de las ciencias sociales además de una serie de aprendizajes de Bioestadística, Planificación, etc. como medio para alcanzar cambios en la práctica odontológica. La estrategia que siguieron fue la creación de actividades extramurales o de campo.

Actualmente, a pesar de que hay Facultades que están contemplando incorporar estos Departamentos dentro de sus currícula, existen otras que creen en la necesidad de reorganizarlos, debido al divorcio existente entre ellos y el resto de actividades de la Facultad. Llevando en casos ha producir 2 Programas Docentes el intra y extramural, generando la controversia entre los Odontólogos Clínicos y los Sanitaristas.<sup>15</sup>

Así mismo se crearon las “Clínicas Integrales”, observándose que muchos años después no se sabe a ciencia cierta que era lo que se quería integrar, si son actividades técnicas, o si son programas interdisciplinarios de actividades técnico–clínicas, en pacientes clasificados, y seleccionados para que el estudiante cumpla con requisitos, como condición para promoverlo a otros niveles.

La programación de actividades extramurales o de campo: campañas para exodoncias, visitas socioeconómicas, epidemiológicas, etc. las cuales son perjudiciales, porque no se atienden necesidades sentidas o lo que es peor se crean expectativas que luego no se satisfacen.

El análisis de la situación actual, la crítica del modelo vigente y la identificación de barreras, facilitan la elección de las estrategias para la integración docencia–servicio.

## **2.4 EVOLUCION EN VENEZUELA**

### **2.4.1 PROYECTO RINCONADA.<sup>16</sup>**

Los laboratorios de comunidad de la Facultad de Odontología del Zulia, creados a partir de 1 970 en la búsqueda de soluciones, en la producción de cambios en los índices de morbimortalidad, en la orientación de cambios de la práctica odontológica caracterizada por ser individualista, curativa, baja productividad, etc. fueron ubicados en varias poblaciones, pero desvinculados de la infraestructura social y de servicios. Es así como surge en 1.981 la propuesta de integración Docencia–Servicio emanado del Ministerio de Sanidad, Región Zuliana,<sup>16</sup> como el conjunto de esfuerzos entre Comunidad, Universidad y Servicios, encaminado a transformar las condiciones de salud de la población.

Este proyecto busca aproximarse al modelo de atención de alta productividad, menor costo, con amplia y efectiva participación de la comunidad modelo definido por la política del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en su documento “Venezuela hoy, Metas en Salud Bucal para el año 2,000”

#### 2.4.2 PROGRAMA LIDICE.<sup>18</sup>

Es un Programa inter-institucional entre el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y en donde tienen cabida los estudiantes del 9no. y 10mo. semestre de la Facultad de Odontología –Universidad Central de Venezuela.

De acuerdo al modelo de servicio que se diseña y aplica participan además personal auxiliar de las categorías asistentes e higienistas, con delegación de funciones. Las instituciones que aportan recursos tienen participación en la planificación, ejecución y evolución del proceso.

#### 2.4.3 PROGRAMA SAN FRANCISCO.<sup>19</sup>

Es un programa entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en el Edo. Lara y la Facultad de Odontología del Zulia, y sus objetivos más resaltantes son la Regionalización de la Atención por niveles, la formación de Recursos Humanos, estudiantes del último semestre y Asistentes Dentales dentro de los Servicios (realidad concreta), y al mismo tiempo brindar atención integral con aumento de la cobertura.

Se forman así mismo Promotores de Salud, de la propia comunidad.

### 3.– ANALISIS DEL PROCESO EVOLUTIVO EN DOCENCIA SERVICIO

La realidad actual parece demostrar, que tanto a nivel de Escuelas de Odontología, como de Servicios de Salud, la reacción–acción acerca de la implementación de los conceptos de docencia–servicio, no han dado los resultados esperados.

La reacción, si posiblemente puede haber sido en algunos casos receptiva, pero no ha correspondido con una acción positiva.

Los problemas que por mucho tiempo han sido señalados a la formación de recursos odontológicos con esquemas transplantados, sin adaptación ni implementación adecuadas, metodologías de enseñanza estáticas, conocimiento parcelado, sistemas de evaluación desubicados de la moderna pedagogía, etc... mantiene una actitud por demás poco cambiante del proceso educativo, matizado por algunas acciones “distractoras”, como las experiencias extramurales y otras que han suscitado cuando no controversia o polémica, desconfianza por parte de los profesores clínicos, sobre la bondad del cambio.

Se ha señalado igualmente que esos “distractores curriculares” en ocasiones obedecen a la necesidad de dar solución a la explosión demográfica estudiantil, para liberar la presión intramural con programas fuera del ámbito o del recinto físico de la Facultad.

Por su parte los servicios, mantienen dentro de su planificación y estructura, los patrones que los originaron: dar atención “de emergencia” fundamentalmente a los demandantes de salud, énfasis en la odontología mutilatoria o curativa, esta última sin consecuencia benéfica para la salud bucal de la colectividad; además dentro de su pretendido progreso, reproduce la odontología flexneriana, modelo de las escuelas de Odontología de corte biólogo, Odontología por especialidades, con la tecnificación del acto biológico.<sup>20</sup>

Es indudable, que no se ha logrado llegar al concepto de integración docencia–servicio, surgiendo en la mayoría de los casos, un divorcio o abismo entre los servicios que el estudiante presta en la realidad de una comunidad, y la odontología que se ejerce en el artificio de una clínica intramural; dos diferentes escuelas, dos diferentes facultades, las dos en desprestigio “recíproco”.

Estas anotaciones generales, además de importantes estudios presentados en diferentes reuniones en América Latina, llevan a la necesidad de establecer nuevos métodos o estrategias, que resulten en una racionalización y activación del proceso docencia–servicio.

Para establecer esas estrategias, es importante en principio señalar, o identificar, los obstáculos o problemas que se han confrontado, a igual que los recursos que hasta ahora se han empleado; casi como una medición de áreas de competencia (fuerzas) para poder alcanzar la meta final, o etapas intermedias,<sup>21</sup> si la estrategia así lo impone.

Trataremos de identificar algunos condicionantes o problemas que a nuestro parecer han limitado la implementación de una odontología innovada, en lo integral y en su modelo de práctica.

Pueden ser analizadas en áreas comunes que determinen “competencia” entre las Facultades de Odontología, y los Servicios de Salud.

### **3.1 COMPETENCIA CIENTIFICA**

Especialmente determinada por la falta de puntualización de los objetivos de SALUD, y del conocimiento científico y tecnológico que se establece en razón directa de las necesidades y condiciones socio–económico–culturales de la comunidad.

En este sentido existe casi como una oposición de las Escuelas de Odontología a reformular los currícula y sus contenidos, así como de los Servicios de adecuar su tecnología dentro de conceptos de alta calidad y rendimiento. Dentro de ello se puede establecer, falta de formulación de lo que sería una tecnología apropiada, fundamentada en los aspectos biológicos y sociales. (La Universidad opta por el cientificismo –El Servicio por la producción).

### **3.2 COMPETENCIA ADMINISTRATIVA**

Como consecuencia de lo anterior, la administración docencia–servicio tiene dos definidas y encontradas concepciones. Por lo tanto es imposible llegar a definir las acciones y menos los objetivos (en muchos casos) de la competencia administrativa para regular los programas docente–asistenciales, dentro de metas previamente señaladas, entendidas y aceptadas.

### **3.3 COMPETENCIA DE OPORTUNIDAD**

No existe un concepto entre las partes sobre la oportunidad de integración del programa. Generalmente esta oportunidad está marcada por los intereses individuales de cada elemento constitutivo.

El momento en el cual el estudiante debiera estar en contacto con la realidad social, a través de los servicios no obedece a planteamientos técnicos educacionales, es así como en la mayoría de los casos, la oportunidad se ha determinado para que sea en los últimos semestres de la formación del recurso, otros en los semestres intermedios y en pocos casos en los primeros del proceso educativo.

Los servicios no han estudiado conjuntamente con la Universidad, a pesar de los convenios que se establecen, el momento en que debe existir el aprovechamiento del recurso en formación, con el fin específico de implementar programas de odontología integral, cuyo fundamento básico es la prevención y mantenimiento de la salud.

Puede agregarse a estas áreas de competencia, otros condicionantes específicos, que determinen obstáculo para los logros pretendidos, entre ellos los relacionados al factor económico o de financiamiento, y la participación comunitaria.

De acuerdo con ello podríamos enunciar a manera de propuesta algunas de las estrategias o estratagemas, que pudieran emplearse en docencia–servicio.

## **4.– ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACION DOCENCIA–SERVICIO**

4.1 Explicitar claramente en las políticas de salud de los Servicios, la base conceptual, objetivos, beneficios, etc., de la integración Docente–Asistencial.

4.2 Regionalizar la Atención por niveles enfatizando la Atención Primaria como base del sistema de salud, y articulando con la formación de Recursos Humanos, desde los comienzos de la carrera de manera, que la producción, transmisión y aplicación del conocimiento sean partes de un mismo proceso.

4.3 Trabajar sobre la investigación científica: Socioepidemiológica, Clinicopatológica y Biopatológica, cuyo producto genere además de la transformación de la práctica el modelo educativo a utilizar en las realidades estudiadas.

4.4 Formar diversos tipos de recursos odontológicos, a ser utilizados en diferentes instancias: Odontólogos, Técnicos Medios, Auxiliares, Promotores, etc. (Aprendizaje en Servicio y Conjunto).

4.5 Fomentar la no utilización de maniqués, tipodontos, o situaciones y ambientes artificiales en ninguna instancia de la formación, por el contrario enfrentar al estudiante con las realidades y necesidades de los individuos en las co-

munidades, dándole respuestas a la grave problemática de salud bucal de nuestros pueblos, con un sentido crítico, de aprender—haciendo y aprender—transformando.

4.6 Aplicar métodos de educación continuada de corta duración, a los recursos humanos en Salud Bucal que conlleven a la internacionalización del proceso, al cambio de actitudes y a la integración de los sectores involucrados.

4.7 Garantizar la participación de la comunidad tanto en la fase de planeación como ejecución y evolución en todos los niveles de la administración del proceso a su nivel de competencia.

4.8 Desarrollar Talleres o Seminarios Periódicos, para que en una interacción permanente los sectores comprometidos garanticen la vigencia y permanencia de acciones en beneficio del proceso de integración Docente—Asistencial.

4.9 Adecuar la capacidad y funcionamiento de los servicios a los principios de simplificación, desmonopolización, etc., que conlleven a la agilización del proceso de integración.

## 5.— CONCLUSIONES:

Hemos visto a lo largo de todo el documento, las inquietudes manifiestas en la América Latina, en relación al proceso Docencia—Servicio, los cambios surgidos en muchos países producto de los cuestionamientos por parte tanto de las Universidades como de los Servicios, quienes en busca de soluciones a la problemática Odontológica plantean de una u otra forma acercamientos, reformas, etc., tanto en los currícula, como en el ejercicio de la práctica.

Además han coincidido en la incorporación de un tercer elemento indispensable como es la participación de la comunidad, en diferentes aspectos de los programas de Salud Bucal.

Sin embargo hasta la actualidad casi todas estas tentativas han sido tímidas, o se ha quedado en fases incipientes, no logrando sus propósitos, quizás porque los componentes: Servicio y Docencia, deben estar dentro de un mismo sistema en una conjunción de intereses y objetivos que incluyan la utilización y la formación de Recursos Humanos en Odontología. De no darse esta realidad, será imposible transformar la situación de salud de nuestros pueblos.

## 6.— BIBLIOGRAFIA

- 1.18 Rauseo de Macsotay, María A.— “Venezuela hoy, Metas en Salud Bucal para el año 2,000”. 69<sup>o</sup> Congreso Mundial F.D.I. Río de Janeiro — Brazil. p. 25, 1.981, publicación M.S.A.S.
- 2.19 Rauseo de Macsotay, María A.— Atención Primaria en Salud Bucal en Venezuela, Cuatro Programas Operativos. II Conferencia de Facultades, Escuelas, y Departamentos de Odontología de América Latina. (O.F.E.D.O. — U.D.U.A.L.) Pto. Azul—Caracas 1.982.
- 3.— Jiménez N. Heberto, Cova Rey R. y Arango A. “Laboratorios de Comunidad como instrumentos para la investigación Científica de Salud y Sociedad” — Venezuela. Rev. Educ. Med. Salud. No. 4, 1.978.
- 4.— Beltrán, Roberto. Formación de Recursos Humanos Odontológicos en la perspectiva integral de cobertura, habida cuenta de sus relaciones multidisciplinarias, intersectoriales, y de la necesidad de sus articulaciones internas y con la comunidad.  
  
Mimeog. Informe del Taller de Recursos Odontológicos Nov.—Dic. 1981. Puerto Plata, Rep. Dominicana.
- 5.15 Arango L. Alberto. Docencia — Servicio en Odontología. Anotaciones sobre recursos humanos en Odontología. Mimeog. Ponencia presentada en el 13<sup>o</sup>. Congreso de Odontología Institucional México — Agosto 1.976.
- 6.— Rauseo de Macsotay, María A. “1er. Encuentro Intersectorial para la Evaluación de la Práctica Odontológica en Venezuela”. Centro de Recursos Odontológicos para el niño. Cerón Mimeograf. p. 10. Marzo 1.982. Archivos División de Odontología. M.S.A.S. — Venezuela.
- 7.— Octavio Gómez, Alpidio Jiménez y Raúl Mejía.— “El aporte de la Universidad de Antioquía a la Odontología Latinoamericana”. Rev. Educ. Med. Salud, Vol. 12. No. 4, 1.978.
- 8.— Guillermo Zárate, Juan Bernal, Naldo Balerezzo, Jorge Izquierdo. “La experiencia de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en Educación Odontológica”. Rev. Educ. Med. Salud. No. 4.
- 9.— Georgina Hermosillo, López C. Víctor, Alvarez J. García Miguel, Silva Héctor. “Formación y Utilización de Recursos Odontológicos en México”. Rev. Educ. en Salud. No. 4. 1.978.

- 10.—Yepez Patricio. “La Experiencia Ecuatoriana: El trabajo rural como eje para el desarrollo de los servicios odontológicos”. Rev. Med. Salud. No. 4.
- 11.—Delgado, Luis. Informe presentado en la Reunión de Trabajo sobre Atención Primaria en Salud Bucal. “Atención Primaria en Salud Bucal en Cuba”. Marzo 1.983. Costa Rica.
- 12.—Liebe Walter, Proyecto de Cooperación Docente—Asistencial. Facultad de Odontología, Universidad Mayor de Uruguay. Informe de la III Reunión Innovaciones, Maracaibo—Venezuela, Nov. 1.979 AVEFO, Documentos. No. 16. Julio 1.980.
- 13.—Mariscal Héctor, “Innovaciones en la enseñanza y servicios a la Comunidad, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Mayor de San Simón”. Cochabamba, Bolivia. Trabajo presentado en III Reunión del Programa Innovaciones. Maracaibo, Venezuela. Nov. 1.979. AVEFO, Documentos No. 6, julio 1.980.
- 14.—Heredía Agustín. “Programa Nacional de Salud Oral”. Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social. República Dominicana. Trabajo presentado en la III Reunión del Programa Innovaciones, Maracaibo, Venezuela, Nov. 1.979, AVEFO. Documentos No. 6, Julio 1.980.
- 16.—“Proyecto Rinconada — Diseño e Implementación de un Modelo de Atención Primaria”. Facoluz — Maracaibo — Venezuela. 1.981.
- 17.—Propuesta Servicio — Docencia entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y la Universidad del Zulia.  
Dirección Regional de Salud Pública. Maracaibo — Venezuela 1.981.
- 20.—Vilaca Méndes, Eugenio. Marco Conceptual para la Educación Odontológica en América Latina.  
Ponencia II Conferencia Udual. Caracas 1.982.
- 21.—Vilaca Méndes, Eugenio. La evolución del concepto de Odontología alternativa de la Odontología Simplificada a la Odontología Integral.  
Ponencia II Conferencia Udual.



**REPUBLICA DE PANAMA**  
**PROPUESTA PARA LA INTEGRACION DOCENCIA–SERVICIO**

**Presentado por:**  
**Dr. Rubén De La Guardia**  
**Dr. Antonio Finlayson**  
**Dr. Aristides Vial**

**Santo Domingo, República Dominicana**



## INTRODUCCION

Los esfuerzos realizados en beneficio de la Salud Bucal por las diferentes Instituciones que ofrecen servicio, no han producido los resultados esperados por múltiples razones, muchas de las cuales se repiten en diferentes países de Latino América entre estos, podemos señalar la migración y la escasa falta de planificación urbana que producen problemas de concentración de la población y aceleran la creación empírica de modelos de atención y estos, acompañados de las limitaciones presupuestarias inciden en la productividad de los servicios.

Paralelamente a los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, la Facultad de Odontología, que desde 1975 había iniciado programas con miras a adecuar los recursos en formación a los sistemas del sector público y privado, efectuó una evaluación de sus programas comunitarios demostrándose claramente la ausencia de participación efectiva de los servicios públicos en la planificación, la organización y ejecución de los mismos. No es hasta 1982 que por invitación, la Facultad de Odontología se integra al grupo de trabajo de los sistemas de servicio público.

Las instituciones en Panamá, encargadas del servicio—docencia, a través del Sistema Integrado de Salud y la Facultad de Odontología han podido en los últimos años alcanzar una coordinación marcada entre sus servicios, al grado que ya (1983) se están ejecutando programas a nivel nacional con una participación multiinstitucional. Como resultado el Departamento de Odontología del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social utilizando como marco de referencia “La Política de Salud del Estado” ref\* han establecido objetivos comunes del tipo de servicio, procedimientos y recursos, integrados a planes y programas nacionales, y los cuales sirven también a la Facultad de Odontología.

El esfuerzo desarrollado en este sentido para la coordinación interinstitucional y la integración docencia—servicio, constituye el presente trabajo, el cual ha sido elaborado por invitación de la OFEDO—UDUAL para ser presentado a consideración de la comisión técnica de Docencia—Servicio que se celebra en San Pedro de Macorís, República Dominicana del 3 al 6 de octubre de 1983.



## SITUACION ACTUAL

Los avances al momento que se relacionan con las estrategias se definen en los siguientes puntos:

### 1.— Acuerdo Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social y Facultad de Odontología.

Toda capacitación o perfeccionamiento profesional se hará a través de la Facultad de Odontología, en base a los planes y programas de las Instituciones de Servicio.

#### a.— Programa de Docencia.

Este programa se desarrolla con profesores de la Facultad de Odontología de acuerdo a las áreas identificadas como prioritarias y en los lugares seleccionados. Cada curso o seminario taller se realiza bajo los criterios del manual de normas y procedimientos.

### 2.— Manual de Normas y Procedimientos. 1.2.1

La integración de los servicios del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social supone la unificación de criterios en los sistemas, modelos de atención y la estructura administrativa. Un paso al logro de la integración se obtuvo a través de la formulación conjunta (Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social y Facultad de Odontología) del Manual de Normas y Procedimientos.

### 3.— Programa de Capacitación de Odontólogos Internos.

El área de docencia como parte integrante del sistema de salud, tomó conciencia de su papel desarrollando acciones para formar un profesional que se integre con efectividad a la sociedad panameña en los aspectos biológicos, técnicos y humanísticos. Dentro de estos conceptos la Facultad de Odontología, a través del área de Odontología Social realiza programas de investigación en la Administración de Modelos de Atención Simplificadas, en miras de buscar y abaratar los insumos y por ende el costo de la actividad odontológica que contempla lo siguiente:

- 1.— Estandarización
- 2.— Desarrollo de tecnología apropiada
- 3.— Simplificación de técnicas y equipo
- 4.— Trabajo en equipo

Estas experiencias recapituladas en un programa de Educación Continuada se realizó con funcionarios de salud (odontólogos internos) utilizando las facilidades físicas del programa comunitario de Penonomé. Con una duración de 12 semanas y para un grupo de cinco (5) odontólogos, tres (3) graduados en la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá, se desarrollaron once (11) áreas de conocimiento con financiamiento conjunto y contribución del tiempo de los profesores de la Facultad de Odontología.

### 4.— Programa de Docencia para funcionarios de salud bucal. 2.1.1

Bajo la dirección del Sistema Integrado de Salud se preparó un programa de Educación Continua con temas de prioridad y por regiones. Por invitación, los profesores de la Facultad de Odontología se trasladaron a los lugares programados, para presentar a odontólogos funcionarios los temas de su competencia.

De igual forma y a nivel de personal auxiliar se desarrollaron programas de capacitación y perfeccionamiento.

A nivel administrativo, se desarrolló un seminario de planificación, con los auspicios de la OMS/OPS en la Facultad de Odontología. En esta primera actividad coordinada participaron administrativos del nivel ejecutivo del Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social y Facultad de Odontología.

5. – Programas de Salud Escolar, Caja de Seguro Social y Facultad de Odontología.

Usando como base la programación de Educación, Promoción y Prevención que tiene la Facultad de Odontología para sus estudiantes, hemos programado actividades en las que participan odontólogos y asistentes de la Caja de Seguro Social y los estudiantes de III año de la Facultad de Odontología.

En años anteriores estas actividades eran realizadas únicamente por profesores y estudiantes de la Facultad de Odontología y se limitaban a los programas antes mencionados.

En esta tarea que llevamos a cabo, hemos incluido la parte curativa en las Policlínicas de la Caja de Seguro Social. La finalidad es actualizar a los funcionarios, hacerles ver la importancia de la prevención con sus enfoques, e ir formando a los estudiantes de acuerdo a la política de salud del Estado.

6. – Participación de los recursos Institucionales en los programas de la Facultad de Odontología. 1.3.1

Aún cuando los programas comunitarios de la Facultad de Odontología no constituyen planes integrados de Docencia–Servicio, existen signos aislados que demuestran la voluntad participativa de todos los sistemas de salud del país.

Para ambos programas, iniciados hace siete (7) años, se utilizaron las facilidades físicas del Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social bajo el Sistema Integrado de Salud, que aunque hoy ocupan los mismos espacios físicos, los equipos fueron reemplazados por la Facultad de Odontología. Tanto el Ministerio de Salud como la Caja de Seguro Social, han contribuido con material dental y el pago de honorarios por servicios prestados especiales y no ofrecidos comúnmente por los programas de salud.

En diferentes momentos del desarrollo de los programas, la Facultad de Odontología ha contratado a los odontólogos internos como instructores. Hoy, el instructor del programa de Penonomé, es un odontólogo del Sistema Integrado de Salud cumpliendo su internado.

**PROPUESTA:** Todos los programas de docencia–servicio deben actuar con objetivos y metas comunes logrando soluciones a las enfermedades prevalentes y diseñando sistemas que permitan la prevención de las mismas, ampliación de la cobertura, con alta calidad y a un costo razonable.

OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECIFICOS
<p>1. Integración de los Servicios de Salud Odontológica de la población de la República de Panamá y adecuación de estos objetivos a la formación de los Recursos Humanos Odontológicos.</p>	<p>1. Integración de los planes y programas de los servicios odontológicos.</p> <p>1.1 Establecer los procedimientos administrativos en base a criterios unificados.</p> <p>1.2 Unificar los procedimientos clínicos en las diferentes áreas de servicios que se ofrecen.</p> <p>1.3 Fortalecer los equipos de trabajo para garantizar un rendimiento y nivel de producción óptimo.</p> <p>2. Establecer un programa de educación permanente.</p> <p>2.1 Para odontólogos funcionarios.</p> <p>2.2 Para odontólogos internos.</p> <p>2.3 Para personal administrativo.</p> <p>2.4 Para personal auxiliar.</p> <p>2.5 Para estudiantes de la Facultad de Odontología.</p> <p>3. Incrementar los programas preventivos y de educación sobre salud bucal a nivel comunitario.</p> <p>3.1 Reorganizar la estructura de conducción y gestión preventiva en función de lo establecido por ley, aplicando criterios de eficiencia y descentralización administrativa.</p>

OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATEGIAS
<p>1. Integración de los Servicios de Salud Odontológica de los habitantes de la República de Panamá.</p> <p>Todos los servicios de Salud pueden actuar con objetivos y metas comunes logrando soluciones a las enfermedades prevalentes y diseñando sistemas que permitan la prevención de los mismos.</p>	<p>1. Integración de los planes y programas de los servicios odontológicos.</p> <p>1.1 Establecer los procedimientos administrativos en base a criterios unificados.</p> <p>1.2 Unificar los procedimientos clínicos en las diferentes áreas de servicios que se ofrecen.</p> <p>1.3 Fortalecer los equipos de trabajo para garantizar un rendimiento y nivel de producción óptimo.</p>	<p>1.1.1 Constituir comisiones mixtas integradas por representantes de las Instituciones de Servicio (Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social).</p> <p>1.1.2 Establecer los mecanismos de enlace entre los niveles de decisión, a fin de hacer posible la permanente actualización y reajuste de las acciones administrativas.</p> <p>1.1.3 Realizar los estudios necesarios para determinar las proyecciones que a nivel estructural tendrán las propuestas, proyectos y presupuestos.</p> <p>1.2.1 Constituirá comisiones mixtas integradas por representantes de la profesión; odontólogos de la práctica privada, funcionarios de los servicios y profesores de la Facultad de Odontología.</p> <p>1.2.2 Estudiar los procedimientos existentes, crear los medios para corregir, simplificar y optimizar las técnicas clínicas.</p> <p>1.2.3 Registrar los procedimientos en documentos o manuales que constituyan las normas y procedimientos.</p> <p>1.3.1 Constituir comisiones para determinar la competencia de los recursos humanos: categorizarlos y formar grupos de trabajo de acuerdo a las necesidades de las regiones bajo su competencia.</p>

	<p>Establecer un programa de educación permanente.</p> <p>2.1 Para odontólogos funcionarios.</p> <p>2.2 Para odontólogos internos.</p> <p>2.3 Para personal administrativo.</p> <p>2.4 Para personal auxiliar.</p> <p>2.5 Para estudiantes de la Facultad de Odontología.</p>	<p>2.1.1 Diseñar programas de educación que estimulen los hábitos formados y que tiendan a lograr los cambios de actitud.</p> <p>2.1.2 Programar la participación de los recursos (Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, Facultad de Odontología y gremio) en la organización y ejecución de los programas.</p> <p>2.2.1 Crear un ambiente de renovación de conocimiento con materiales y métodos avanzados.</p> <p>2.2.2 Utilizar métodos de participación, análisis crítico y evaluación con las certificaciones apropiadas.</p> <p>2.3 Renovar los procedimientos con la asesoría de recursos administrativos de otras Instituciones (Universidad de Panamá, Facultad de Administración Pública, y Facultad de Empresas y Contabilidad).</p> <p>2.3.2 Identificar procedimientos viables de otras áreas de las profesiones y garantizar el apoyo logístico necesario.</p> <p>2.4.1 Establecer las áreas de competencia, definir criterios y métodos para la actualización, estandarizar las funciones del personal contratado.</p> <p>2.4.2 Definir requisitos mínimos para la certificación de personal no graduado en la facultad de Odontología y otra Institución.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>3. Incrementar los programas preventivos y de educación dental a nivel comunitario.</p> <p>3.1 Reorganizar la estructura de conducción y gestión preventiva educativa en función de lo establecido por ley, aplicando criterios de eficiencia y descentralización administrativa.</p>	<p>2.5.1 Establecer programas para la utilización racional del recurso en formación, las áreas de gran demanda institucional, utilizando a funcionarios previamente capacitados.</p> <p>3.1.1 Organizar programas permanentes de actividades de salud, dirigido a todas las edades, en especial a los escolares para complementar su formación.</p> <p>3.1.2 Ampliar conceptual y operativamente las acciones de difusión de modo que la comunidad con sus distintas expresiones de cultura, participe efectivamente y hagan sus aportes propios.</p> <p>3.1.3 Brindar amplia oportunidad de participación, como medio de integrar todos los recursos disponibles y propiciar la maduración individual y colectiva.</p> <p>3.1.4 Definir criterios en materia de publicaciones de modo que se cumplan los fines de apoyo a la docencia, investigación y difusión de los materiales audio-visuales.</p> <p>3.1.5 Constituir comisiones de estudio de carácter interdisciplinario para el análisis de los problemas de salud nacional y formular soluciones alternativas.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**CONCLUSION:** La presente propuesta desarrollada por la República de Panamá, constituye en su conjunto una estrategia para la Integración Docencia-Servicio, y significa el aporte del país a la Comisión Técnica OFEDO/UDUAL, la que en base a la discusión y análisis de ésta y otras propuestas, pueda formular el PLAN DE ACCION que permita lograr la integración como un elemento concreto en el quehacer odontológico.

### **III. PONENCIAS**

#### **TEMA No. 3**

#### **PLAN DE ACCION PARA EL DESARROLLO DE LA DOCENCIA–SERVICIO**

##### **INSTITUCIONES:**

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social  
(SESPAS)

Universidad Autónoma de Santo Domingo  
(UASD)

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña  
(UNPHU)

Universidad Central del Este  
(UCE)

y Universidad Católica Madre y Maestra  
(UCMM)

República Dominicana

“La Experiencia Dominicana”

Dres. Adlem Haslam y Betty Soto – Nicaragua

“Plan de Acción para la Integración Docencia–Servicio”

Dr. Alberto Arango – OPS/OMS  
“Plan de Acción”



**UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA  
—UDUAL—**

**ORGANIZACION DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA  
(OFEDO—UDUAL)**

**COMISION TECNICA DE DOCENCIA—SERVICIO**

**TEMA No. III:**

**“PLAN DE ACCION PARA LA INTEGRACION DOCENCIA—SERVICIO”**

**“LA EXPERIENCIA DOMINICANA”**

**PONENTES:**

**SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SANTO DOMINGO  
UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRIQUEZ UREÑA  
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ESTE  
UNIVERSIDAD CATOLICA MADRE Y MAESTRA**

**San Pedro de Macorís  
3—6 octubre de 1983**



## “LA EXPERIENCIA DOMINICANA”

### INTRODUCCION

Esta ponencia pretende exponer críticamente ante los miembros de la comisión Técnica de Docencia—Servicio de OFEDO—UDUAL las diversas experiencias obtenidas en República Dominicana a partir de un proceso continuo y dinámico que se ha estado desarrollando en forma permanente durante los últimos años con la participación activa de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), la Universidad Central del Este (UCE), y la Universidad Católica Madre y Maestra (UCMMM).

Por ello, esta presentación será realizada en secuencia por quienes hemos sido designados representantes de las instituciones ya mencionadas.

### ANTECEDENTES:

La República Dominicana, por sus características económicas y sociales, pertenece a los países denominados “en desarrollo”; con una extensión territorial de 48.442 Km<sup>2</sup>, comparte con Haití la segunda isla de las Antillas Mayores.

De un total de 5.6 millones de habitantes, un poco más de 55% es menor de 18 años, cerca de un 48% reside en el área rural y el restante 52% en el área urbana.

En cuanto a la salud bucal se refiere, estudios epidemiológicos realizados por la SESPAS (1982) han revelado que más del 95% de la población infantil está afectada por caries dental y que apenas un 6% de la misma presenta una higiene bucal aceptable. Otras investigaciones han demostrado que más del 80% de los dominicanos entre los 10 u 80 años está afectado en algún grado por la enfermedad periodontal incrementándose la severidad de las mismas en los grupos más postergados de la población y conforme avanza la edad.

Por otro lado, informaciones obtenidas de trabajos de tesis desarrollados en algunas universidades del país, han demostrado que en adición a los problemas de caries y enfermedad periodontal, los relacionados con oclusión, articulación temporomandibular y mucosa, presentan una elevada prevalencia.

Todo esto, contribuye a que los 60 años, el 63% de la población dominicana requiera algún tipo de rehabilitación protésica.

De los 800 Odontólogos activos a nivel nacional, un 80% aproximadamente está concentrado en las principales ciudades del país, existiendo en la zona rural una relación de un (1) Odontólogo por 17,000 habitantes. Se estima que sólo un 37% de este recurso está involucrado en alguna medida en los servicios públicos, correspondiendo a la SESPAS unos 162 Odontólogos distribuidos en todo el territorio nacional.

En adición a estos factores, es preciso considerar a la práctica Odontológica predominante, la cual se caracteriza por basarse en modelos de países con ingreso per cápita elevado y altamente desarrollados, con una tecnología orientada al ejercicio curativo en grandes centros urbanos; y una limitada producción de conocimiento, lo que no ha permitido un aumento cuantitativo y cualitativo de la cobertura de los servicios de salud bucal.

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social ante la necesidad de llevar la atención Odontológica a los sectores populares de la población se planteó como requisito fundamental conocer cuales son las características que definen las reales necesidades de salud bucal de la población, las condiciones de los servicios destinados a atenderlas así como los diversos tipos de recursos humanos existentes y en formación.

De allí que los planteamientos para la solución del problema, debían buscar las causas en su profundidad, rebasando el marco biológico y los alcances puramente tecnológicos que han caracterizado a la Odontología en particular y a las profesiones de salud en general.

Se consideró por tanto que la Regionalización de los servicios que se estaba organizando en el país, debía servir de base para la estructuración del Programa Nacional de Salud Bucal buscando niveles de aproximación entre SESPAS y las Universidades en las regiones geográficas de su influencia, para en esta forma orientar la integración de los servicios con la docencia y regionalizar en el país, la atención de la Salud bucal a través de un subsistema inscrito en los lineamientos técnicos determinados por la Secretaría.

Este subsistema de salud bucal, integrado por los niveles de Atención Primaria, Atención Básica y Atención Integral articulados entre sí y constituidos por cuatro componentes programáticos fundamentales; Investigación, Promo-

ción y Prevención, Atención Odontológica y Desarrollo de los Recursos Humanos fue diseñado bajo los criterios de regionalización, integración servicio–docencia, y activa participación comunitaria.

La SESPAS con la asistencia técnica y cooperación de la OPS/OMS y el PNUD dió inicio al programa Nacional de Salud Bucal en 1978; así también al proceso de integración servicio–docencia con la apertura de la Carrera de Estomatología de la Universidad Católica Madre y Maestra en Santiago de los Caballeros mediante un convenio entre ambas instituciones. Es preciso hacer notar sin embargo que con anterioridad a esta fecha, ya se habían realizado serios esfuerzos por establecer coordinaciones entre el Departamento de Odontología de la UASD y la SESPAS para facilitar el desarrollo de las actividades extramurales de dicha institución docente.

#### **PLAN DE ACCION:**

Debido a que las diversas actividades que forman parte del Programa Nacional de Salud Bucal, se desarrollarían dentro del marco de la Integración servicio–docencia, se planteó que la implementación de las mismas se realizará en base a los objetivos, metas y normas planteadas por SESPAS, a las necesidades del medio, a los recursos disponibles y a las exigencias curriculares y particularidades de cada institución docente.

Bajo estos lineamientos se fueron desarrollando actividades de investigación, educación, prevención, atención y capacitación de recursos humanos cuya cobertura y profundización ha dependido a veces de los niveles de internacionalización del proceso al interior de cada institución docente involucrada en el Programa Nacional.

A fin de garantizar y fortalecer al proceso de integración servicio–docencia a través de su institucionalización, en 1981, se firmó un convenio entre la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social representada por el Sr. Secretario de Salud y las Universidades del país que en ese entonces tenían Escuelas o Departamentos de Odontología, representadas por sus respectivos Rectores o representantes.

#### **ASPECTOS RELEVANTES**

Es indudable que se han logrado avances en el Programa Nacional de Salud Bucal a través de la integración servicio–docencia, los cuales globalmente considerados repercuten directamente y en forma positiva en los aspectos más importantes de la Odontología en nuestro país.

De ahí que consideramos conveniente señalar que en los últimos años, el PNSB con la cooperación técnica de la OPS/OMS y el apoyo del PNUD ha permitido en los niveles de atención primaria y básica, la ejecución y publicación de dos estudios epidemiológicos sobre caries e higiene buco–dental, el conocimiento sobre la concentración natural de fluoruros en las aguas de consumo del país, la evaluación sistemática de las actividades preventivas a nivel nacional, la determinación de la efectividad de los enjuagatorios de fluoruro, la caracterización de los sistemas innovadores de atención como paso previo a la determinación de su productividad y rendimiento y un registro preliminar de la condición de salud bucal realizado por promotores de Salud.

Así también, estudios del proceso Salud–enfermedad bucal de un barrio marginado de Santo Domingo (Guachupita) y de la Sierra en las etapas de procesamiento y planificación respectivamente.

Por otro lado, se han instalado y puesto en funcionamiento sistemas simplificados de fluoruración de agua potable en Baní, San Fco. de Macorís y San Juan de la Maguana (150,000 habitantes), se ha logrado la incorporación de 150,000 escolares del área urbana y 25,000 del área rural a los programas de auto–aplicación de fluoruros y educativos, la producción de un paquete de aprendizaje grupal sobre educación en Salud bucal, el cual se ha aplicado a unos 1,300 promotores y 500 maestros en dos zonas del país, y la elaboración de un audiovisual sobre el mismo tema.

Asimismo la atención anual de unos 400,000 pacientes y diseño, construcción y puesta en funcionamiento de sistemas de atención Odontológica innovados en los servicios e instituciones docentes.

También es preciso mencionar la celebración de múltiples reuniones de carácter nacional e internacional para el análisis y proposición de alternativas de solución de los principales problemas relacionados con la producción de conocimiento, de servicios, recursos humanos así como de estrategias para la transformación de la salud bucal de la población.

Es hacer notar, la creación del Centro de Recursos Odontológicos de la División de Salud Bucal de SESPAS como la unidad operativa responsable para la producción de conocimiento Científico y Tecnológico y la formación de los recursos humanos necesarios para la obtención de las metas del P.N.S.B.

El desarrollo de estas actividades en coordinación con la UASD, UNPHU, UCE y UCMM, ha empezado a producir

cambios en las modalidades de atención de la práctica Odontológica, en la priorización de los grupos a ser atendidos, así como en los niveles de la participación de los sectores populares.

Así también, ha constituido un estímulo para que otros centros de Educación Superior que en la actualidad imparten en la carrera de Odontología en el país hayan iniciado su incorporación al P.N.S.B., el cual ha servido de fuente para la generación de acciones internacionales en el campo de la Odontología.

(Resolución XXXIII del Consejo Directivo de OPS. 1981).

## **LIMITANTES**

La SESPAS, así como reconoce los avances obtenidos por el Programa Nacional de Salud Bucal a través de la Integración Servicio--Docencia, ha identificado también importantes limitaciones que obstaculizan el desarrollo del mismo y constituyen a veces barreras muy difíciles de "salvar".

La insuficiente asignación de recursos humanos, financieros y físicos para los servicios y la docencia, actitudes no comprometidas con el proceso de integración por parte de Odontólogos de los servicios y la docencia, los planes de estudios vigentes de la gran mayoría de las instituciones docentes, los niveles de capacitación de los recursos humanos en los servicios y la influencia determinante de la práctica Odontológica actual constituyen en sentido general los aspectos más limitantes del Programa

## **PROYECCIONES**

En sentido global se plantean las proyecciones generales del PNSB para los próximos años.

- Aumento cualitativo y cuantitativo de la cobertura de los servicios de Salud Bucal a la población de las áreas rural y urbano marginada del país.
- Desarrollo y fortalecimiento del Centro de Recursos Odontológicos (CRO).
- Apoyar el desarrollo y fortalecimiento de la Asociación Dominicana de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (ADFEDO).



•••

**COMISION TECNICA DE DOCENCIA-SERVICIO  
OFEDO-UDUAL**

**PONENCIA PRESENTADA POR LA  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SANTO DOMINGO**

**S.P.M.  
1983**



## INTRODUCCION

El Departamento de Odontología de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) adscrito a la Facultad Ciencias de la Salud, desarrolla sus actividades en el edificio que ocupa desde 1947. En la actualidad cuenta con una matrícula aproximada de 800 estudiantes distribuidos en toda la carrera.

En los últimos 50 años, han egresado del mismo más de 1,000 Odontólogos. Es de notar que por los motivos antes expuestos así como por los estatutos que la fundamentan, el Departamento de Odontología de la UASD posee características muy peculiares que ameritan un análisis crítico.

Su plan de estudios de 10 semestres académicos, dos (2) del Colegio Universitario y ocho (8) de Odontología, está estructurado por materias agrupadas sin eje integracional. La carrera de Odontología tiene una carga horaria de 4,208 horas de las cuales más del 30% corresponden al componente teórico y cerca del 70% al práctico. Este último a su vez se distribuye en:

400 horas de pre-clínicos, 448 en actividades preventivas y sociales, 1,000 horas en clínicas intramurales y las restantes en básicas y de apoyo.

El elemento básico en el cual se fundamenta la docencia es la cátedra tradicional con participación pasiva del estudiante.

En su esencia el presente plan de estudio vigente desde hace 14 años ha sufrido escasas y aisladas modificaciones. Es preciso destacar sin embargo que en los últimos años se han modificado la implementación de algunos componentes prácticos relacionados con las actividades comunitarias, la incorporación de algunos elementos innovadores en las clínicas intramurales y una mayor participación de los estudiantes en actividades de investigación, prevención y atención.

Debemos destacar que mucho antes de que en nuestro país se hablara de la necesidad de integrar docencia y servicio, ya nuestra Universidad realizaba actividades de educación, prevención y atención en escuelas primarias (en Santo Domingo, comunidades rurales (Baní) y en varios hospitales de la ciudad y del interior. Apoyando y ampliando de esta forma los programas de la División de Salud Bucal de la SESPAS.

## MARCO CONCEPTUAL – ALGUNOS COMPONENTES

La Universidad Autónoma de Santo Domingo, concibe que la Institución asuma su mayor grado de desalienación y de compromiso 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 reconceptualización del proceso salud–enfermedad, práctica de salud, etc.

En este contexto, el departamento de Odontología de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UASD, siendo coherente con el Estatuto Orgánico, considera que la visión de la Universidad debe estar encaminada a elevar el nivel cultural de nuestra sociedad, formando críticamente los científicos, profesionales y técnicos necesarios para apoyar la transformación que demanda el desarrollo nacional e independiente.

Debemos estar consciente que, nuestro papel de individuos y grupos pertenecientes a una institución como la UASD, progresista, democrática, nos obliga a ser críticos a las actuales estructuras sociales y Universitarias, por cuanto, la oportunidad de haber logrado un nivel académico superior, nos hace comprometer profundamente con las grandes mayorías de nuestro pueblo que exige mejores condiciones de vida y de salud, incluida la salud bucal.

En la primera conferencia de OFEDO–UDUAL, celebrada en Santo Domingo en 1980, el Depto. de Odontología plantea que el plan de estudios debe ser modificado y aporta algunos elementos que deben constituirlo.

En ese sentido afirma que el curriculum de Odontología se debe concebir como un proceso continuo, de complejidad creciente, determinado en última instancia por las relaciones de producción.

La carrera de Odontología se deberá desarrollar tomando al individuo y a la colectividad desde la perspectiva social.

Las actividades de enseñanza–aprendizaje serán ejecutadas en la perspectiva de integración docencia–servicio. El proceso de formación se organizará en base a las funciones que deberá cumplir los distintos miembros del equipo Odontológico propiciando la eficiente relación entre sí y con los otros integrantes del equipo de salud. Se estimulará la par-

ticipación de la colectividad a través de sus organizaciones. Se otorgará al trabajo profesional un sentido de sentido social y no el de una actividad meramente lucrativa.

#### **ASPECTOS RELEVANTES EN LA INTEGRACION: Docencia—Servicio**

En la actualidad los estudiantes de Odontología desarrollan actividades de atención Odontológica durante todos los semestres.

A partir del tercer semestre hasta el octavo semestre en las clínicas intramurales se desarrollan todas las actividades que el actual plan de estudios considera fundamental en el aspecto clínico. Las horas de prácticas van en aumento, de 64 horas en el 3er. semestre a 320 horas en el 8vo. semestre.

Conjuntamente en los semestres 2do., 3ro. y 4to. se realizan actividades de investigación, educación y prevención por medio de las cuales apoyamos y ampliamos los programas de prevención de la SESPAS, en varias escuelas estatales ubicadas en barrios urbanos—marginales.

En 6to. semestre se desarrollan actividades de investigación, prevención y atención Odontológica en comunidades rurales y urbano marginales. Estas actividades son coordinadas con las organizaciones del lugar donde las mismas son desarrolladas.

En 7mo. y 8vo. semestre se desarrollan actividades de atención Odontológica en tres centros de salud (dos de SESPAS y uno popular con la participación de SESPAS). En este nivel es donde se da mayor integración docencia—servicio en el momento actual.

Los tres centros de salud antes mencionados tienen sistema modular, donde está presente en cada uno de ellos, un Odontólogo del servicio y un docente.

Una de las mayores ventajas para el servicio, es que nuestros estudiantes no se forman en el mismo. Con ello no se distribuye la calidad, ni la cantidad en los servicios. En cambio a la docencia, el servicio le da múltiples posibilidades:

- 1ro. Exponer al estudiante a una práctica supervisada.
- 2do. Detectar en el trabajo, fallas del proceso de formación y superarlas.
- 3ro. Simplificar métodos y técnicas aprendidas en las clínicas de intramuro.
- 4to. Superar los requerimientos en la evaluación y trabajar en base a pacientes dados de alta.

En los próximos días la UASD asumirá toda la responsabilidad administrativa de servicio en el módulo de las Caobas.

Por otro lado, en la clínica modular de la UASD de intramuro, atenderá niños escolares una vez a la semana.

#### **ASPECTOS LIMITANTES EN LA INTEGRACION: Docencia—Servicio**

Al analizar nuestro plan de estudio vigente estamos conscientes que no responde a los principios fundamentales de la UASD, ni a los objetivos enunciados por el Departamento, y además no responde a las necesidades de salud bucal del pueblo dominicano; a pesar de los numerosos y loables intentos de modificación en la implementación del plan de estudios.

Nosotros contemplamos serias dificultades para generalizar en toda la carrera el modelo de docencia—servicio. Las acciones comentadas en el apartado anterior más bien constituyen actividades aisladas, que sí se corresponden con determinadas asignaturas del plan de estudios.

En la actualidad para el plan de estudio las actividades que se realizan en los módulos de la SESPAS no están integradas orgánicamente al proceso de formación Odontológico son más bien actividades asistenciales.

Todavía hoy a pesar de la basta experiencia acumulada en el trabajo comunitario seguimos enclavados en la enseñanza tradicional donde lo fundamental es el aula, los pre—clínicos y clínicas intramurales.

La poca incorporación de los docentes es una de las principales limitaciones en el proceso de integración docencia-servicio. Creemos que en esto hemos demostrado incapacidad lo que estamos trabajando, para involucrarlos en este proceso.

## **ESTRATEGIAS**

1ro. Incorporar a todo el personal docente.

2do. Evaluación y diseño modular que responda a la integración investigación docencia–servicio que permita al estudiante convertirse de un ser pasivo a un ser activo, capaz de dar respuestas a las responsabilidades que como trabajador de la salud tiene frente a su sociedad.



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

**ORGANIZACION DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA  
(OFEDO-UDUAL)**

**COMISION TECNICA DE DOCENCIA-SERVICIO**

**TEMA No. III**

**PLAN DE ACCION PARA LA INTEGRACION DOCENCIA-SERVICIO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRIQUEZ UREÑA  
SAN PEDRO DE MACORIS, REPUBLICA DOMINICANA  
OCTUBRE DE 1983**



## INTRODUCCION

La Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, surgió en 1966 como una institución privada de educación superior, cuya meta consiste en formar hombres y mujeres ciudadanos con actitudes positivas ante el desarrollo y capacidad intelectual continuamente ejercitadas y cultivadas que les permitan situarse en su medio social con conciencia crítica y conocimiento cabal de su papel en los procesos socioculturales de los cuales son parte.

Como toda institución moderna, tiene un lugar decisivo en la búsqueda de caminos hacia el desarrollo socio-económico, ya que la eficacia de este último supone la formación y capacitación de hombres y mujeres a la altura de la tarea. Si de llegar a un desarrollo integral se trata, impartir conocimientos es tan solo una parte de la función educativa de nivel superior y de ningún modo agota el campo de acción de esta Universidad, como tampoco lo hace el esfuerzo por proporcionar adiestramiento técnico y científico.

Hasta la fecha la UNPHU, ha aportado a la Sociedad Dominicana más de seis mil egresados que desempeñan actividades profesionales de diversa índole, sin embargo de ningún modo se considera un producto terminado y consciente de que todo lo "Vivo" se transforma y adapta continuamente como condición básica para seguir gozando de vida, siempre sabe que habrá en todo momento muchos pasos más allá que cubrir.

El desarrollo de la República Dominicana, siempre requerirá nuevas creaciones en el área de formación y utilización de los recursos y una adaptación permanentemente ágil a las características económicas sociales y culturales de nuestra realidad cambiante. De acuerdo a esto, la Universidad se dirige hacia realizaciones que aún no están iniciadas pero que están siendo consideradas seriamente para futuros más o menos cercanos, conforma a la naturaleza de cada una. En la misma forma, se propone fortalecer las ya existentes con cambios coherentes con los del país.

### 2.— ESCUELA DENTAL – MODELO EDUCATIVO

La Escuela Dental, surgió en 1966, enmarcada desde su inicio dentro de la filosofía institucional de la UNPHU y encuentra su objeto en el marco de una disciplina formal.

El modelo educativo desarrollado orienta la transmisión de conocimientos a través de la enseñanza de asignaturas o materiales en donde el alumno y maestro agotan semestralmente el campo de conocimiento de cada una de ellas.

El currículum se organiza en doce semestres integrando asignaturas científicas en el ciclo de estudios básicos con asignaturas propiamente técnicas o aplicadas en el período de formación odontológica; por lo general, las primeras antecediendo a las segundas.

Las actividades prácticas inicialmente se realizan en laboratorios o espacios educativos llamados preclínicos, en donde se tratan de reproducir a escala los problemas de la realidad.

El servicio social llamado "Prácticas Extramurales", igual que en la mayoría de escuelas de Odontología latino-americanas, surgió como un elemento adherido al currículum, tratando de romper el esquema tradicional. Hasta el momento, solo encontraría justificación como retribución de trabajo a los sectores populares marginados y no como elemento formativo. A través de los diferentes períodos transcurridos a partir de su aparición, en la formación de los recursos humanos Odontológicos, tanto a nivel auxiliar como profesional o especializado. Se creyó como un factor de cambio, producto del cual podría obtenerse un profesional para las diferentes ramas de la práctica profesional.

Diversas reorganizaciones con incorporación de nuevas disciplinas y abandono de otras, contenidas en los diferentes niveles del programa de formación Odontológica han sido realizadas, esperando así, una mayor eficiencia del proceso educativo y conjugar más armónicamente la formación con la práctica profesional predominante, definiendo objetivos educacionales en términos de conducta, pero manteniendo su enfoque clínico-biológico en el ejercicio de la profesión.

### 3.— EXPERIENCIAS EN FORMACION DE RECURSOS ODONTOLOGICOS A TRAVES DEL MODELO DE INTEGRACION SERVICIO—DOCENCIA—INVESTIGACION

La situación económica, las posibilidades de supervivencia, causas de enfermedad y muerte, situación nutricional, alfabetización, tendencias demográficas, sistemas de prestación de servicios, etc., han precisado de las diferentes instituciones prestadoras de servicio y formadoras de recursos humanos, una nueva organización de servicio que permita a los nuevos profesionales contribuir a la transformación de la condición de salud bucal de la sociedad dominicana; apli-

cando soluciones técnicas que respondan a sus objetivos sociales, partiendo éstas del conocimiento de la realidad concreta.

La Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, con el objeto de integrarse al nuevo sistema de docencia en servicios, sin romper la estructura de su modelo de enseñanza, ha utilizado como estrategia el desarrollo de su programa Extramural implementando, en coordinación con SESPAS, cuatro (4) sistemas de servicios a nivel de pre-grado y uno a nivel de especialización:

Uno de tres operatorios, ubicado en áreas físicas de un plantel de educación pública. Fray Ramón Pané.

Dos, con una unidad fija y una móvil, en áreas físicas de un hogar-escuela para niñas huérfanas y de un asilo para niños provenientes de familias de escasos ingresos.

Los tres sistemas anteriormente mencionados, están dentro del área metropolitana de Santo Domingo. Sin embargo, existe uno en el área rural, ubicado en una escuela construída dentro de la Hacienda Experimental de la Universidad. Los servicios prestados a este nivel son mayormente dirigidos a personas que residen en comunidades próximas a la Hacienda, así como la población estudiantil que concurre a esta escuela.

Con respecto al programa desarrollado en los sistemas urbanos de servicios, es importante mencionar que nuestro objetivo, hasta el momento es, ofrecer Odontología a nivel básico, aplicando seriamente medidas de prevención y educación de alcance masivo, como son las aplicaciones tópicas de fluoruro en enjuagatorios y Gel y el cepillado Diario Supervisado con participación activa de los maestros.

En el nivel de especialización en el área de cirugía buco-maxilo-facial, se ha instalado en el Hospital Dr. Darío Contreras una unidad de atención, en la cual los residentes se forman prestando servicios a pacientes traumatizados o con defectos bucales congénitos que demandan los servicios en este centro de salud especializado.

La UNPHU durante algunos períodos académicos anteriores, registró una baja matriculación, de modo que en los últimos niveles sólo se disponía de aproximadamente 20 ó 30 estudiantes. Sin embargo, semestralmente se realiza tratamiento completo a un promedio de 150 pacientes habiendo saneado la población escolar del Hogar Escuela Mercedes Amiama, estando seguros de poder mejorar nuestro rendimiento sin lesionar su formación, ni la calidad de los servicios, sólo buscando estrategias para solucionar o disminuir los alcances de algunas limitantes que nos impiden operar más eficientemente en el modelo.

#### 4.- LIMITACIONES

-Al cabo de varios períodos académicos participando en el Programa Nacional de Salud Bucal de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, a través de nuestro programa de labores Extramurales, hemos podido considerar que nuestra principal limitante en la adopción de esta nueva alternativa de formación en servicios es, que nuestro modelo docente había sido diseñado, no sólo para formar recursos Odontológicos que ofrezcan sus servicios a la comunidad, a través de las instituciones estatales, sino, recursos con el perfil profesional que les permita contribuir a la transformación de la condición de salud desde las diferentes ramas de la práctica profesional.

- El modelo de Servicio-Docencia-Investigación dentro del programa nacional hasta el momento ha tenido un manejo administrativo muy personalizado.

- En todos los sistemas de servicios existe una escasa o nula disponibilidad de auxiliares de Odontología.

- En varias ocasiones por períodos considerables fue suspendido el servicio por deficiencias administrativas en la solicitud y despacho de materiales dentales y en otras, la Universidad decidió suplirlo para evitar suspensión.

- Todos los sistemas escolares, que aunque nos permiten realizar acciones organizadas orientadas al saneamiento completo de las poblaciones escolares, tienen períodos de receso vocacional más extensos que el de la escuela dental, no teniendo los estudiantes posibilidades de prestar servicios en otro lugar o centro hospitalario, representando este hecho sub-utilización de los recursos humanos en formación.

- La disponibilidad de recurso humano técnico para la reparación y mantenimiento de los equipos es muy limitada, contándose con solo seis (6) para todo el país, cuya demanda imposibilita dar prioridad a los sistemas de servicio donde se imparte docencia, teniéndose que suspender las actividades por algunos períodos de tiempo, en perjuicio no sólo del servicio, sino también del alcance de los objetivos docentes.

- Los recursos docentes y de servicios han tenido escasas oportunidades para la capacitación y actualización en el área de sus funciones.

- Durante el proceso de formación estudiante y aún en el momento de finalizar la carrera se ofrece acentuada prioridad a la investigación en las áreas bioclínico-patológica, no en la producción de conocimientos sobre la realidad

social dominicana y la formación de los recursos.

Existe una acentuada falta de unificación de criterios en los aspectos prácticos, teóricos y administrativos entre los docentes entre sí y entre los docentes y el recurso Odontológico al servicio de la SESPAS.

– La capacitación pedagógica del personal del servicio que participa en la formación de los recursos ha sido escasa o prácticamente nula. Además es necesario una mayor actualización de los docentes en esta área.

– Existen en los docentes de todos los niveles una actitud desfavorable hacia la integración, hecho que dificulta la participación activa y cooperadora de los estudiantes al servicio.

Aunque es importante reconocer que esta misma actitud es recibida por los estudiantes y docentes de parte del recurso Odontológico del servicio.

– Los recursos humanos docentes y del servicio no conocen, ni manejan la teoría ni los objetivos propuestos a ser alcanzados a través de la integración, por lo que ha sido un tanto difícil para ellos identificarse con sus funciones dentro del modelo.

## 5.— PROYECCIONES

La UNPHU, dentro de sus proyectos inmediatos para participar en la búsqueda de soluciones al problema de salud existente mayormente en la clase marginada, se propone la creación de tres modelos comunitarios permanentes de prestación de servicios de salud integral, ubicación en áreas marginadas de Santo Domingo, en donde se considerará la formación de estudiantes de Odontología así como de otras áreas a través del ofrecimiento de sus servicios.

A partir de que el estudiante sea expuesto a este programa, se espera que enfoque la condición de salud bucal como parte del problema global de las comunidades.

En este momento es preciso señalar los proyectos que se tienen para mejorar las condiciones de salud y vida de los habitantes de las proximidades de la Hacienda de Nigua, incluyendo los servicios Odontológicos que hasta ahora han sido ofrecidos en forma periódica y en facilidades físicas móviles. Se espera la participación de los estudiantes en el estudio de los problemas socioeconómicos y culturales de los habitantes y en el diagnóstico de salud de dichas comunidades.

Dentro del recinto de la Universidad, va a ser edificado un hospital Universitario con capacidad para el ofrecimiento de servicios de salud de todos los niveles, incluyendo tratamientos con necesidad de hospitalización y en donde además los servicios Odontológicos a la comunidad van a ser incluidos para aumentar la capacidad de los ya existentes en las clínicas de intra y extramuros.

## 6.— CONCLUSION Y RECOMENDACIONES

En el inicio de esta etapa de evaluación de los resultados obtenidos hasta este momento, en la implementación de este modelo, que de seguro podrá ser tomada como experiencia objetiva para otros países latino-americanos, que incursionan o han incursionado en él, nos permitimos concluir solo exponiendo algunas recomendaciones que junto a otras expuestas por otras universidades, podrán ser analizadas y discutidas para ser incluidas dentro del plan de acción a desarrollar en las próximas etapas de desarrollo de la formación de los recursos a través de la prestación de los servicios.

– Es necesario que se institucionalicen los aspectos administrativos del nuevo modelo de servicios, de modo que la distribución equitativa de los recursos de acuerdo a las necesidades de cada una de las universidades les ofrezca las mismas oportunidades para desarrollar su modelo formativo a través de los servicios.

– En lo antes expuestos no solamente queremos incluir los recursos físicos y financieros sino, la participación en igualdad de condiciones de todas las instituciones formadoras de recursos en la toma de decisiones y en la búsqueda de estrategias, que de algún modo serán aplicadas en la prestación de los servicios y como consecuencia en la formación de los recursos.

– En el momento en que cada Universidad lo considere conveniente debemos abocarnos a una reorganización curricular en busca de adaptar nuestro modelo docente a las necesidades nacionales de salud.

– Las Universidades deben considerar la participación del recurso humano al servicio de la SESPAS en las actividades de capacitación y actualización en el área de la docencia.

– La SESPAS en coordinación con las diferentes universidades debe organizar actividades, con el objeto de que los recursos docentes y de servicio manejen la teoría y objetivos de la integración Servicio–Docencia–Investigación.

– La SESPAS como proveedora de los recursos físicos y materiales (equipos odontológicos, instrumental, etc.)

debe revisar sus canales administrativos con el objeto de corregir cualquier ineficiencia que conlleve a una suspensión del servicio.

— Debe ser aumentado el recurso odontológico a nivel de auxiliares, a partir del cual podrán simplificarse la realización del tratamiento a partir de la utilización de técnicas Odontológicas innovadas.

— Aunque se mantengan algunas reservas en el uso de los espacios físicos de los servicios para las universidades a las cuales han sido asignadas, debe ser considerado que en momentos en que dichas universidades estén en períodos vacacionales cualquiera de las demás en momentos de necesidad pueda operar el sistema con sus propios recursos humanos.

— Las universidades, por el dinámico quehacer que les ocupa de formar recursos humanos útiles, a las necesidades del país debe evaluar sus productos a través de investigaciones que permitan la producción de conocimientos en la formación de los recursos humanos.

— En el desarrollo de los programas en los diferentes sistemas de servicio, debe restársele prioridad a la Odontología restauradora y ofrecer más énfasis a las acciones preventivas y de educación para la salud.

Finalmente, la SESPAS para asegurar el buen aprovechamiento de sus cuantiosas inversiones en aparatología Odontológica, debe crear un sistema de servicios técnicos de mantenimiento periódico preventivo, ofreciendo prioridad a los sistemas de servicio—docencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.—Diseño Curricular. Documento Mimeografiado.
- 2.—Documento básico Sobre la Estructura Académico—Administrativa de la Carrera de Estomatología de la Universidad Católica Madre y Maestra (Proyecto).
- 3.—La UNPHU: Una Universidad para el desarrollo. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo.
- 4.—Salud Bucal y Estrategias de Salud: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, 1981.
- 5.—Taller de Recursos Odontológicos, Espacio Odontológico: Patricio Yépez. Puerto Plata, República Dominicana: Organización Panamericana de la Salud, 1981.
- 6.—Yépez Patricio, La Integración Docencia—Servicio. II Conferencia de Facultades y Escuelas de Odontología de América Latina. Venezuela, 1982.
- 7.—Taller Recursos Odontológicos (1981: Puerto Plata, República Dominicana). Relato. Puerto Plata, Rep. Dom.: Organización Panamericana de la Salud, 1981.
- 8.—Taller Administración de los Servicios de Salud Bucal en Salud Pública (1980: Samaná, República Dominicana). Relato. Samaná, República Dominicana: Organización Panamericana de la Salud/Programa de las naciones Unidas para el Desarrollo, 1980.

\*\*\*

COMISION TECNICA DE DOCENCIA—SERVICIO  
OFEDO—UDUAL

PONENCIA PRESENTADA POR LA  
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ESTE

S.P.M.  
1983



**PONENCIA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ESTE,  
EN LA REUNION DE LA OFEDO-UDUAL**

**COMISION TECNICA SERVICIO-DOCENCIA**

La Universidad Central del Este, fundada el 15 de octubre del año 1970, está localizada en la provincia de San Pedro de Macorís, situada hacia el Sur Este de la Isla, alrededor de 70 kilómetros de distancia de la ciudad capital.

La provincia de San Pedro de Macorís tiene una población de 132,495 habitantes y la cabecera de la provincia que recibe el mismo nombre, tiene una población de 78,562 habitantes. Esta población recibe atención a través de la práctica Odontológica Institucional, SESPAS, IDSS, práctica privada formal, informal y la Universidad.

La actividad económica principal es la industria azucarera. Existen también diferentes industrias, ej. Cementos Nacionales y una Zona Franca Industrial, etc.

**OBJETIVO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD**

Contribuir a la formación de profesionales y técnicos de diversas disciplinas que puedan integrarse al desarrollo social y cultural del país.

La Escuela de Odontología se fundó en el año 1976.

**OBJETIVOS PARTICULARES DE LA ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

Formar profesionales capaces de prever, detener y curar las enfermedades bucales más prevalentes así como restaurar las funciones estomatognáticas perdidas.

**PROGRAMA DE ESTUDIO**

El programa de estudio está estructurado por asignaturas teórico-prácticas que son ejecutadas mediante cátedras tradicionales. La ejecución de este programa durante la carrera toma un tiempo de 10 semestres, incluyendo el Colegio Universitario.

La Universidad tomando en consideración que el estudiante debe realizar sus prácticas en las mejores condiciones de objetividad introdujo la eliminación y a la vez implementa en su clínica integral un modelo de enseñanza que permitió la no utilización de especialistas en el entrenamiento de sus estudiantes de clínica integral, esto como es lógico, dió por resultado que el paciente sea visto como una totalidad y el estudiante nunca pierda el concepto de integración y donde el paciente no está subordinado a los requisitos del alumno.

Además, todo el sistema de atención está basado en la técnica a cuatro (4) manos, el trabajo por cuadrante y la utilización de equipos simplificados, consiguiendo la eficacia y la eficiencia. Vemos por semestre 1,200 pacientes proxímadamente, de los cuales damos de alta a un promedio de 240.

**RECURSOS HUMANOS Y EQUIPOS**

**RECURSOS:** Docentes 26 profesores,  
Dos Odontólogos de SESPAS y 325 estudiantes.

**EQUIPOS:** 16 Unidades – Clínica Integral  
10 Unidades – Clínica Periférica (B. JAPON).

Los estudiantes de la carrera de Odontología tienen dentro de su pensum las clásicas prácticas Extramurales funda-

mentalmente realizadas en la periferia de la ciudad de San Pedro de Macorís, también se realizan en varias Escuelas primarias, una de ellas pertenece al Consejo Nacional de la Niñez. En estos lugares los estudiantes realizan labores de prevención y saneamiento básico.

### **ACUERDO CON SESPAS**

En el año 1981 se firmó un acuerdo con la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), para brindar servicio a la comunidad donde la Universidad aportaría parte de los recursos humanos y SESPAS, equipos y materiales dentales; realizándose estas prácticas en el Hospital "Dr. Carl Th Georg" en la misma ciudad de San Pedro de Macorís, y en el Sub-Centro de Salud del municipio de Hato Mayor del Rey, esta comunidad está situada a unos 30 kilómetros de la ciudad de San Pedro de Macorís. Ambos cuentan con cuatro (4) unidades.

### **MODALIDAD SERVICIO-DOCENCIA, UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ESTE**

Producto de una serie de situaciones como fueron: a) Poco espacio físico, b) Organización y para dar mejor cumplimiento a los acuerdos con SESPAS, nuestra Escuela decidió que las labores realizadas por los estudiantes en los servicios fueran incorporadas al conjunto de actividades de Clínica Integral-Saneamiento básico, como es de esperarse, esto trajo algunos cuestionamiento, entre ellos el hecho que los Odontólogos al servicio de SESPAS, tenían que supervisar y evaluar los trabajos de los estudiantes, pero todas estas interrogantes fueron plenamente satisfechas, al ver que el rendimiento de los estudiantes y la calidad de los trabajos realizados no difería del trabajo efectuado en el recinto Universitario.

En este momento dos niveles de Clínica Integral están haciendo su ciclo completo en uno de los Hospitales de SESPAS, siguiendo lógicamente las normas del ministerio, que no entran en contradicción con el proceso formativo por el cual atraviesa.

### **CRITERIO SOBRE PRACTICA SERVICIO-DOCENCIA**

Es evidente que en este momento del análisis tenemos que partir de la premisa de que no disponer todavía de un criterio homogéneo sobre qué debe ser un sistema de Servicio-Docencia, en lo que a nuestra Institución se refiere.

Estamos firmemente convencidos que la unidad Servicio-Docencia es parte de una acción conjunta o si se quiere una estrategia donde el Estado busca ampliar su cobertura y por qué no decirlo disminuir sus costos con la utilización de los estudiantes. Por otro lado la Universidad busca que el estudiante trabaje en condiciones reales a la vez tenga un dominio de las enfermedades más prevalentes.

### **ALGUNAS LIMITACIONES EN LA IMPLEMENTACION SERVICIO-DOCENCIA**

- 1.- La continuidad en el servicio no se ha logrado en un 100 o/o.
- 2.- Incomprensión de algunos docentes y Odontólogos del servicio en la ejecución de las actividades.
- 3.- La participación de la comunidad hasta el momento ha sido pasiva.
- 4.- Limitada incorporación del elemento investigativo.
- 5.- Por mucho tiempo no hubo una comunicación estrecha entre el Ministerio y la Universidad, que definiera el papel de ambas Instituciones.
- 6.- La falta de adecuación de las prácticas Extramurales en función del programa de estudio.

### **PERSPECTIVAS**

Las perspectivas para una mejor integración en el sistema servicio-docencia son muy favorables, cada día son mayores los canales de comunicación con la Secretaría de Salud Pública.

Dentro de poco tiempo la Universidad cumpliendo con su postulado de contribuir al desarrollo social en combinación con la División de Salud Bucal, comenzará un programa de servicio–docencia en uno de los bateyes de los Ingenios Azucareros, y se incorporará un programa de atención escolar dentro del Campus Universitario.

Cubrir toda la Región Este con el servicio–docencia, acuerdo UCE–SESPAS, es una de nuestras metas. Para esto contribuirá el nuevo sistema de servicio intramuro que contará con 29 unidades de atención y la implementación de los planes más arriba señalados.

### CONCLUSIONES

Es evidente que el servicio–docencia es una estrategia bilateral beneficiosa no solo para el Estado sino para las Universidades.

Es importante que se tracen de manera pormenorizada los deberes y alcances de cada una de las partes.

Consideremos que hemos contribuído de una manera parcial al mejoramiento de las condiciones bucales de la colectividad donde hemos estado prestando servicios en combinación con SESPAS. Y que para alcanzar la salud para todos en el año 2,000, la integración servicio–docencia es fundamental.



**UNIVERSIDAD CATOLICA MADRE Y MAESTRA  
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA  
PROGRAMA DE INTEGRACION SERVICIO – DOCENCIA**

**ANTECEDENTES**



## ANTECEDENTES

La Universidad Católica Madre y Maestra (UCMM) define entre sus funciones la de contribuir a la solución de los problemas de la República Dominicana. De acuerdo con esa concepción, la UCMM plantea que la problemática de salud requiere del aporte de diversos recursos humanos, los cuales deben ser formados en base a las necesidades de las distintas regiones del país.

La formación de esos recursos implica adquirir, utilizar y producir conocimientos científicos y tecnológicos, al mismo tiempo que proporcionar atención adecuada, en calidad y cantidad, a la población.

Con la finalidad de generar nuevas experiencias que permitan desarrollar y esclarecer este planteamiento, la UCMM decidió en 1976 ampliar la Facultad de Ciencias de la Salud, creando la Carrera de Estomatología.

Por otro lado en el documento titulado Desarrollo Económico y Social para la República Dominicana, para la década del 1976–1986, se establece dentro de sus metas específicas el sector salud, incluyendo la atención bucal, esto generó la formulación de un programa Servicio-Docencia, tendente a integrar al estudiante a la comunidad, mediante un proceso formativo que se fundamenta en el binomio aprendizaje–trabajo.

Ese programa es parte del plan de salud de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

Las vertientes de trabajo procedentes de la UCMM y del Estado Dominicano y la colaboración de la OPS, concluyeron para desarrollar la Carrera de Estomatología en la FCS–UCMM, que se inició en agosto de 1978 con la incorporación de 50 estudiantes.

## MARCO TEORICO

Se concibe el currículo de estomatología como un proceso continuo y de complejidad creciente que está 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 Estomatología en la FCS–UCMM se desarrolla tomando al individuo, la familia y la colectividad como unidades bio–psico–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 la integración docente–asistencial, y son articuladas (desde el punto de vista operativo) en tres niveles de atención: primaria, básica e integral.

El proceso educacional se organiza en base a las funciones que deben cumplir los distintos miembros del equipo estomatológico 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 estimula la participación directa de la colectividad a través de sus miembros, sus líderes y sus organizaciones. Se otorga al trabajo profesional un sentido de servicio social y no el de una actividad meramente lucrativa. Se adopta una actitud positiva frente al desarrollo económico, social, científico y cultural de la sociedad dominicana. Se auspicia el fortalecimiento de una práctica de salud en grupo con miras a incrementar la cobertura, actuando a nivel institucional (servicios de salud) y de la propia comunidad.



## **PRINCIPIOS METODOLOGICOS**

1. **Aprendizaje en Servicio.** El aprendizaje profesional se realiza durante un proceso en el cual el elemento formativo principal es el trabajo que el propio estudiante efectúa durante la atención de las necesidades de salud de la población.

2. **Aprendizaje en Condiciones Reales.** Se propicia la integración temprana del estudiante con grupos humanos que tienen necesidades reales de salud bucal, evitándose la utilización de simuladores y la creación de situaciones y ambientes artificiales para el aprendizaje.

3. **Subordinación de la Teoría a la Práctica.** Se concibe que el aspecto esencial del aprendizaje estriba en la integración del individuo con el medio que lo rodea. Por lo tanto, el aprendizaje odontológico adecuado se logra mediante un conjunto de actividades que deberán ser desarrolladas por cada estudiante con la finalidad de que este 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, es sólo un elemento de apoyo que necesariamente deberá confrontarse con las experiencias del propio estudiante.

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

4. **Aprendizaje siguiendo un orden de complejidad creciente.** Las experiencias de aprendizaje tienen una secuencia que permite escalar el aprendizaje de las funciones odontológicas y de los conocimientos teóricos de apoyo siguiendo un orden lógico de menor a mayor complejidad. Con ello se facilita la adquisición e internacionalización de experiencias, destrezas y conceptos. y el subsiguiente perfeccionamiento de los mismos, hasta configurar en cada estudiante una formación profesional propia e integral.

## **MODELO OPERATIVO PROGRAMA ESTOMATOLOGICO DOCENTE-ASISTENCIAL**

### **PRIMER NIVEL – ATENCION PRIMARIA**

En esencia, la atención primaria consiste en la asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables y generen su participación, y cuyo costo sea compatible con las posibilidades económicas de la comunidad y el país.

En el campo odontológico, comprende un conjunto de acciones destinadas a satisfacer las necesidades elementales en salud bucal de una población, tomando como base el binomio escuela-comunidad. Desde el inicio debe tenerse en consideración que en este nivel están involucrados diversos aspectos del desarrollo socioeconómico, por lo tanto, las necesidades elementales no son iguales en los diferentes grupos sociales que componen una población.

### **SEGUNDO NIVEL – ATENCION BASICA**

Comprende las actividades destinadas a resolver los problemas de mayor prevalencia en salud bucal de los grupos de población infantil y adulto. Se utilizan métodos, técnicas y medios simplificados acordes con las necesidades y recursos de cada comunidad.

### **TERCER NIVEL – ATENCION INTEGRAL**

Comprende las actividades destinadas a resolver los problemas de mayor complejidad en la población infantil y adulta, tanto ambulatoria como hospitalizada, que han sido detectados y referidos de los niveles primario y básico. Se utilizan los procedimientos estomatológicos más adecuados en cada caso, pero siempre con la tendencia a la simplificación.

## RECURSOS

	SESPAS	UCMM
HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>-11 Odontólogos</li> <li>-19 Auxiliares</li> <li>- 1 Secretaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-21 Docentes (10 T.C. - 11 S-D)</li> <li>- 5 Auxiliares</li> <li>- 2 Técnicos Clínicos</li> <li>- 5 Secretarias</li>   <li style="padding-left: 40px;">Atención Primaria</li> <li>-54 Estudiantes</li>   <li style="padding-left: 40px;">Atención Básica</li> <li>-50 Estudiantes</li>   <li style="padding-left: 40px;">Atención Integral I</li> <li>-50 Estudiantes</li> <li style="padding-left: 40px;">Atención Integral II</li> <li>-55 Estudiantes</li> <li>- 3 Módulos en Atención Básica e Integral</li> </ul>
FISICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 Módulos en Atención Básica e Integral</li> <li>- 22 Equipos</li> <li>- Instrumental</li> <li>- Biomateriales para niños y embarazadas</li> <li>- Micro-Laboratorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-24 Equipos</li> <li>- Instrumental</li> <li>- Biomateriales para Adultos</li>   <li>- Laboratorio Regional de Prótesis</li> </ul>

## CONCLUSION

Vivimos en un país tercermundista con grandes problemas, económicos, políticos y sociales lo que repercute en el estado de salud, con mayor énfasis en los grupos marginados, recibiendo limitada respuesta de las instituciones prestadoras de servicio.

Los recursos Odontológicos al egresar de nuestras Universidades son absorbidas por el sistema, ofrecen un servicio individualizado, en los centros de las ciudades alejados totalmente de la periferia, y de las zonas rurales, teniendo las comunidades que desarrollar la iniciativa creadora.

Estamos conscientes que la solución total de estos problemas no será posible en países como el nuestro dependiente científica y tecnológicamente de los centros hegemónico de la economía mundial, lo que determina el carácter mercantil de la profesión.

Partimos de la concepción de que el proceso salud–enfermedad es un fenómeno social, y está determinado por la inserción de los individuos en los medios de producción, que son los que determinan el perfil epidemiológico.

Estamos conscientes del papel que tienen que jugar las instituciones formadoras de recursos Odontológicos en el desarrollo y transformación de la sociedad, formando un recurso acorde con la demanda de nuestra realidad, siendo esta la razón fundamental para la formación y consolidación de modelo Servicio–Docencia.

Varias son las limitaciones con que nos hemos encontrado siendo de la principal el sistema económico social vigente. Una limitante individual y fundamental lo constituyen los estimuladores de proceso enseñanza–aprendizaje con una formación tradicionalista de tipo biológico le resta creatividad en un modelo en constante movimiento como es el modelo Servicio–Docencia.

Con todas las dificultades que podamos encontrarnos limando asperezas hasta consolidar definitivamente este modelo, y por formar un profesional con conciencia humanista, creativo y crítico de la situación real de nuestra sociedad.



**ORGANIZACION DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE  
ODONTOLOGIA DE LA UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA  
(OFEDO-UDUAL)**

**COMISION TECNICA DE DOCENCIA-SERVICIO  
3 AL 6 DE OCTUBRE DE 1983**

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ESTE. SAN PEDRO DE MACORIS  
REPUBLICA DOMINICANA**

**TEMA III:**

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

**DR. ALDEN HASLAM PINEDA  
DECANO DE LA FACULTAD DE  
ODONTOLOGIA  
UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE NICARAGUA  
(UNAN)**

**DRA. BETTY SOTO VASQUEZ  
RESPONSABLE DEL AREA DE  
SALUD BUCAL  
MINISTERIO DE SALUD (MINSAL)  
REGION II**

**LEON, NICARAGUA, SEPTIEMBRE DE 1983**

**"AÑO DE LUCHA POR LA PAZ Y LA SOBERANIA"**



---

**CONTENIDO:**

I. INTRODUCCION

II. BREVES CONSIDERACIONES SOBRE LA INTEGRACION DOCENCIA–SERVICIO.

III. PLAN DE ACCION PARA LA INTEGRACION DOCENCIA–SERVICIO: LA EXPERIENCIA DE NICARAGUA.

IV. CONSIDERACIONES FINALES.

10/10/10 10:10 AM

10/10/10 10:10 AM

10/10/10 10:10 AM

10/10/10 10:10 AM

10/10/10

## I.— INTRODUCCION:

En América Latina exceptuando a Cuba, la tendencia que predomina en relación a la práctica odontológica es la “privada”, contribuyendo además la “docencia” a reproducir los futuros profesionales bajo este mismo concepto. Por otro lado, la investigación en esta rama de las Ciencias de la Salud ha sido mínima o inexistente, orientada a la repetición de otras experiencias o simplemente limitada a ejercer un control de calidad de algunos productos dentales, perdiéndose de vista la producción de conocimientos.

En nuestro país la conquista Revolucionaria del poder popular el 19 de julio de 1979, produjo entre otros tantos beneficios para nuestro pueblo, el marco adecuado para el desarrollo conjunto de acciones entre la Educación Superior y las instituciones estatales de la producción o los servicios.

Es así, como desde los primeros momentos de gestión gubernamental, la Revolución Popular Sandinista, ha venido dando pasos efectivos, tendentes a una verdadera integración de propósitos y acciones, entre las instituciones formadoras de recursos y las usuarias de los mismos.

Partiendo del análisis de la problemática Salud—Enfermedad Bucal de nuestro pueblo, la Facultad de Odontología, se replanteó la transformación del currículum de la carrera llegando a la conclusión que, como parte de la respuesta a esta problemática, se tenía que formar un Odontólogo de práctica general, con funciones asistenciales con enfoque preventivo, investigativas, educativas y administrativas, con un alto espíritu social y humanístico.

Además se vió la necesidad de contar con un eje integrador de conocimientos y práctica que, denominándose Estudio—Trabajo, permitiera el desarrollo de actividades que vincularán a lo largo de todos los años de la carrera, a los estudiantes y docentes, con la realidad concreta del país.

La Filosofía que orienta el Programa Estudio—Trabajo, se fundamenta en el principio que considera el trabajo, como la condición básica y esencial de toda la vida humana y que, además constituye el elemento formador y transformador de la conciencia del hombre y la sociedad.

El estudio—trabajo es la materialización de la Integración Docencia—Servicio, que permitirá la confrontación de la teoría con la práctica y deberá conducir, a estudiantes y Docentes, hacia la formación del odontólogo que la Revolución necesita y por ende hacia un nuevo modelo de práctica Estomatológica.

Por todo lo antes mencionado surge la necesidad de crear un Programa en donde se efectúe la Integración—Docencia—Servicio, ejecutado Interinstitucionalmente (MINSAL—UNAN), de tal forma que se cree la organización de los Servicios, para brindar atención Estomatológica en sus diversos niveles, que permita la utilización máxima de los recursos humanos y materiales disponibles, posibilitando al mismo tiempo la Educación del personal en formación, en las estructuras donde más tarde se desempeñarán y que corresponde a la verdadera realidad de nuestro pueblo.

En el presente documento, luego de algunas consideraciones sobre la Integración—Docencia—Servicio, se describen en forma sucinta las acciones que, en el campo de la Salud Bucal, constituyen el plan operativo del proceso de integración docencia—servicio en Nicaragua.

## II. BREVES CONSIDERACIONES SOBRE LA INTEGRACION DOCENCIA SERVICIO:

La II Conferencia de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina (OFEDO/UDUAL), celebrada en Caracas, Venezuela, en octubre de 1982, tuvo como uno de sus tres temas oficiales “La integración Docente—Asistencial”, lo cual permitió que a ese importante nivel se discutieran y analizaran los aspectos esenciales de dicho proceso.

En el Relato General del referido evento se consigna que, la mayoría de los participantes, coincidieron en considerar a la Integración Docencia—Servicio como la “conjunción de intereses y acciones entre la universidad, los servicios y la comunidad, para alcanzar la salud bucal colectiva, es decir, para lograr un cambio social y un cambio en la práctica odontológica”.<sup>5</sup>

También se destaca en el relatorio que los grupos de trabajo dedicaron buena parte de sus discusiones, a la identificación de aquellos aspectos, de la integración servicio—docencia, que por su naturaleza constituyen los elementos claves de la condición transformadora del proceso. Dentro de ellos se consideraron como fundamentales la participación de la comunidad y la investigación.

Armando Betancourt,<sup>2</sup> al analizar las tendencias de mayor relevancia dentro de la integración docente—asistencial, cataloga como fórmula de trabajo ideal aquella en que se conjugan comunidad—servicio—universidad, “en donde, la

primera tiene la capacidad de participación democrática para expresar sus necesidades sentidas e intervenir en la toma de decisiones, para la determinación y apoyo a los planes y programas de salud y la evaluación de los mismos, la segunda tiene la capacidad de promover la participación de la población y configurar sus políticas de servicio en consideración a aquella y la tercera (la universidad) se incorpora, a través de todo el proceso de trabajo, en apoyo a las tareas comunes de servicio y complemento, con sus recursos para la investigación, la realización de estudios específicos”.

El papel fundamental de la investigación en el proceso de integración docencia–servicio, estriba en el hecho ampliamente aceptado de que, el conocimiento de la realidad concreta, es el que posibilita el diseño del modelo de servicio y que, a su vez, éste sea el que determine el modelo educacional.

Patricio Yépez,<sup>6</sup> considera que, la práctica de salud, la formación de recursos humanos y la producción de conocimientos, al interactuar sistemáticamente, conducirán a la estructuración y desarrollo de la integración servicio–docencia–investigación. Sostiene además que, el desarrollo de dicho proceso, tendrá sus repercusiones al modificar significativamente, tanto el modelo de práctica actual de salud como el modelo educacional.

Cabe advertir que, los planteamientos y análisis en torno a la integración docencia–asistencial, no pueden ni deben conducir a la elaboración de esquemas rígidos sobre su naturaleza y fines y, menos aún, acerca de la manera operativa en que debe llevarse a la práctica.

En el caso particular de Nicaragua, para tratar de plantear una solución en lo referente a la integración docencia–servicio, no podría dejar a un lado ciertos factores necesarios de modificar, heredados del régimen anterior, los cuales se han tomado como punto de partida para la elaboración de un plan de acción, de los que se pueden mencionar los siguientes:

- a) El divorcio y aislamiento de la estructura de los servicios odontológicos en relación con otras áreas de salud.
- b) La dimensión individualista de las estructuras destinadas a ofrecer servicios odontológicos, Ministerio de Salud Pública por un lado y la Facultad de Odontología por el otro.
- c) Las diferentes actividades que se llevaban a cabo correspondientes a los programas, tanto en docencia como en los servicios públicos, no correspondían a los objetivos definitivos en los mismos, situación que se producía en ambas instituciones y demás existentes.

Las actividades de servicios expresadas dentro de la estructura curricular de la Facultad, garantizaban la reproducción del tipo de profesional que necesitaba la sociedad existente (capitalista).

La práctica odontológica bajo la política del Ministerio de Salud Pública, buscaba solucionar los problemas brindando atención limitada (exodoncias), para dar mantenimiento a la fuerza de trabajo (obreros y campesinos) y poder reintegrarlos lo más pronto posible a su centro de trabajo, para su continua explotación provocando así el deterioro de la salud bucal del pueblo nicaraguense.

### **III. PLAN DE ACCION PARA LA INTEGRACION DOCENCIA–SERVICIO: LA EXPERIENCIA DE NICARAGUA:**

La integración docencia–servicio nace como la respuesta interinstitucional MINSA–UNAN, elaborando programas que propuestos a los niveles superiores, son aceptados y se ponen en marcha en julio de 1983.

Los Programas docente–asistenciales son:

- a– Programa Hospitalario
- b– Programa Escolar

Los dos programas parten de estudios previos realizados en escolares y en el servicio hospitalario.

Se escogen el Hospital “Oscar Danilo Rosales” para la ejecución del Programa Hospitalario, por ser este un Hospital Docente. Y, para el Programa Escolar, el antiguo local de la Facultad de Odontología, para aprovechar las instalaciones existentes.

#### **Programa Hospitalario:**

Este programa cuenta con tres servicios:

- Consulta Externa
- Hospitalizados

- Emergencia.

#### **Consulta Externa:**

Esta se brinda a través de la consulta externa del Hospital mediante:

- a– Servicios Básicos proporcionados por odontólogos generales.
- b– Servicio de Cirugía Oral y Maxilo–Facial la cual es atendida por especialistas.

#### **Hospitalizados:**

Este servicio presta atención a pacientes hospitalizados o ambulatorios con historia hospitalaria, que requieren tratamiento quirúrgico oral y/o maxilo facial.

#### **Emergencias:**

Este servicio funciona dentro de la misma emergencia del Hospital, donde son atendidos los pacientes remitidos a los otros servicios, de acuerdo a la naturaleza del problema presentado.

#### **Programa Escolar:**

Se desarrolla en la Unidad Docente–Asistencial “Niños Mártires de Ayapal”, ubicada en los locales e instalaciones que, la Facultad de Odontología posee en el Edificio Central de la UNAN–León, es decir, donde la misma funcionó hasta 1980.

Las referidas instalaciones reúnen unas series de ventajas que fueron aprovechadas para la organización de los servicios, los cuales están distribuidos de la siguiente manera:

- a) Ambiente administrativo.
- b) Ambiente para examen clínico, higiene bucal y medidas preventivas el cual cuenta con seis sillones equipados con lámparas y unidades de agua.
- c) Ambiente para saneamiento básico, cuenta con quince equipos odontológicos de los cuales 5 poseen alta velocidad.
- d) Ambiente para cirugía oral menor equipado con 3 unidades.
- e) Ambiente destinado a roentnología.

El recurso humano está constituido fundamentalmente por estudiantes de 4to. y 5to. Curso de Odontología. Su participación es programada de tal forma, que el servicio de salud bucal, se brinde de manera ininterrumpida, igual que los otros centros asistenciales del Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS).

Cabe señalar que los programas de docencia–servicio, facilitan a los estudiantes de odontología la realización del Estudio–Trabajo, el cual se concibe como un método de transformación, integración y dirección curricular, que consiste en la organización de situaciones de aprendizaje, directamente vinculadas al trabajo de prestación de servicios de salud bucal. De estas situaciones de aprendizaje se derivarán, por una parte, criterios realistas para seleccionar, dimensionar y ordenar los contenidos de la enseñanza y, por otra parte, actitudes, habilidades y destreza que sean congruentes con las políticas y programas del Sistema Nacional Unico de Salud, a fin de garantizar que los egresados, respondan al perfil ocupacional del odontólogo que nuestra realidad demanda.

Ambos programas cuentan con personal profesional a tiempo completo, nombrado por el Ministerio de Salud y con la participación de profesores de la Facultad de Odontología. El personal de apoyo es aportado por ambas instituciones.

La atención directa a los pacientes la brindan los estudiantes, de acuerdo al nivel de formación alcanzado en la carrera, contando con la orientación y supervisión de los profesionales odontólogos.

A los profesionales del Ministerio de Salud se les han asignado algunas horas de docencia dentro de la facultad, a fin de vincularlos más directamente con el trabajo académico.

Siendo la investigación un fundamento esencial del proceso de integración servicio—docencia, se han establecido las líneas de trabajo investigativo para el conocimiento de la realidad concreta, a desarrollarse en los dos programas a que se ha hecho referencia. Dichas líneas corresponden, entre otras, a estudios socio—epidemiológicos, el análisis de la eficacia y eficiencia de los programas y servicios y a la búsqueda de modelos alternativos de atención.

El funcionamiento de los programas de servicio—docencia, se rigen por las normas del Ministerio de Salud.

El abastecimiento de equipo, instrumental, materiales y demás elementos necesarios para el adecuado desarrollo de los programas, está a cargo del Ministerio de Salud.

Un aspecto importante que por lo tanto no se puede dejar de señalar, es la participación popular, la cual en Nicaragua está institucionalizada. La participación activa y consciente del pueblo organizado en todas las acciones de salud, desde los niveles decisorios hasta en la ejecución de las tareas más sencillas, es una práctica cotidiana que el Gobierno Revolucionario garantiza y que las organizaciones de masas promueven y hacen realidad.

Para la ejecución del Programa se escogieron 5 escuelas, que corresponden a las Areas de Salud del MINSA en la ciudad de León, basándose en factores tales como:

- a— Severidad del daño acumulado de acuerdo a estudios epidemiológicos actualizados.
- b— Condiciones—socio—económicas de los escolares.
- Participación en programa de prevención oral (fluorcolutorios, cepillado diario supervisado).

A cada una de las escuelas escogidas corresponde un día de la semana pretendiendo con esto, ir atendiendo simultáneamente las cinco escuelas y dar altas en cinco citas como máximo.

En este programa se puede destacar como ejemplo concreto de efectividad de la participación popular, la labor de los padres de familia que se responsabilizan de acompañar a los niños a la unidad docente—asistencial.

Se considera oportuno mencionar también aquí, las acciones interinstitucionales que han venido desarrollando el Area de Salud Bucal del Ministerio de Salud, tanto a nivel central como de la Región II, y la Facultad de Odontología, todo dentro de la perspectiva de impulso al proceso de integración servicio—docencia.

- a— Reuniones de trabajo trimestrales de los equipos de dirección de ambas instituciones.
- b— Participación del Decano, por lo menos una vez al mes, en las sesiones del Consejo Técnico del Area de Salud Bucal.
- c— Participación del Decano en las reuniones trimestrales del Area de Salud Bucal, con los responsables regionales de todo el País.
- d— Participación de la Responsable Nacional del Area de Salud Bucal y de la Responsable de la Región II, por lo menos una vez al mes, en las reuniones de coordinación del Decanato, con los Jefes de Departamentos Docentes, o en las sesiones de trabajo de la Comisión Docente Facultativa.
- e— Reuniones de trabajo quincenales entre el Decano y la Responsable del Area de Salud Bucal de la Región II.
- f— Programa de educación continua que comprende un curso, con duración de 14 horas, cada tres meses, dirigido a profesores, odontólogos de los servicios o de práctica privada y alumnos—ayudantes. Esto, hasta el momento, se ha limitado a la Región II, mediante el aprovechamiento de los recursos humanos de la Facultad de Odontología y la participación de Odontólogos visitantes de países solidarios.
- g— Aprovechamiento conjunto de las consultorías de expertos de OPS/OMS.
- h— Reuniones de coordinación con el Ministerio de Educación (MED) Región II, para implementación del programa de atención al Escolar.
- i— Talleres impartidos a Directores, Profesores y Padres de Familia de las escuelas seleccionadas en el programa de atención escolar.
- j— Reuniones de coordinación con el Director del Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales” para la Implementación del Programa Hospitalario.

#### IV. CONSIDERACIONES FINALES:

Se estima pertinente hacer algunas puntualizaciones sobre lo antes expuesto, a fin de precisar un poco sobre los planteamientos alrededor de la integración docencia–servicio y para resumir lo relativo a la experiencia propia.

a) El proceso de integración servicio–docencia, constituye una alternativa transformadora, con capacidad de ampliación del espacio odontológico, el cual consiste en el accionar docente–asistencial–investigativo incertado en un contexto socio–económico determinado.<sup>5</sup>

b) La participación activa y consciente del pueblo organizado y la investigación científica, constituyen elementos esenciales de la integración servicio–docencia y son los que imprimen el carácter transformador al proceso.

c) La forma operativa para llevar a la práctica la integración docencia–servicio es decir, lo relativo a la planificación, estrategia, ejecución, evaluación, etc., son asuntos que, como afirma Armando Betancourt,<sup>2</sup> deben ser resueltos bajo la interpretación, recursos y, en última instancia, el ingenio de cada país o institución.

d) El orden de los términos utilizados (servicio–docencia o docencia–servicio– no tiene por qué implicar la hegemonía o prioridad de uno sobre el otro, pues lo que se persigue es un mecanismo integrador de componentes en igualdad de condiciones.

e) En el caso de Nicaragua, se consideró que no pudiéndose dar el lujo de invertir mucho tiempo en discusiones y análisis teóricos, sobre la integración servicio–docencia, se estimó más productivo echar a andar el proceso, poniendo a funcionar dos programas y que sea la propia experiencia concreta, la que vaya demostrando la validez de los planteamientos y de la ruta escogida.

f) Se ha iniciado el trabajo en el campo docente–asistencial, a través de dos programas específicos (Hospitalario y escolar).

g) Cabe advertir que los programas docente–asistenciales, están funcionando paralelamente con las prácticas clínicas que los estudiantes realizan dentro de la Facultad, pues se trata de una etapa preliminar del proceso emprendido.

h) A pesar de la escasa experiencia obtenida, desde ahora se visualiza que la integración servicio–docencia, constituirá un mecanismo valioso para la transformación de la Odontología nicaraguense.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ARANGO B., L.A. Docencia–Servicio. San Cristóbal, Venezuela, 1978 (Mimeogr.)
2. BETANCOURT L., A. Integración Servicio–Docencia, Experiencia de las Escuelas y Facultades de Odontología Mexicanas. OFEDO–UDUAL, Caracas, Venezuela, 1982 (Mimeogr.)
3. MINSA–UNAN. Integración Docente–Asistencial. Programa de Atención en Salud Bucal a la Población Escolar. León, Nicaragua, junio, 1983 (Mimeogr.).
4. MINSA–UNAN. Programa Docente–Asistencial de Estomatología Hospitalaria, León, Nicaragua, julio, 1983. (Mimeogr.)
5. OFEDO–UDUAL. Relato General. II Conferencia de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina. OFEDO–UDUAL, Caracas, Venezuela, 1982.
6. YEPEZ, P. La integración Docencia–Servicio. OFEDO–UDUAL, Caracas, Venezuela, 1982 (Mimeogr.)



---

**UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA  
ORGANIZACION DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA**

**COMISION TECNICA DE DOCENCIA –SERVICIO  
3 AL 6 DE OCTUBRE DE 1983**

**TEMA III  
PLAN DE ACCION**

**SAN PEDRO DE MACORIS  
REPUBLICA DOMINICANA**

**LUIS ALBERTO ARANGO BOTERO  
ASESOR EN SALUD BUCAL  
OPS/OMS – AREA III**



## PROLOGO

Con el objeto de aplicar las Estrategias regionales de Salud para todos en el año 2000, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud adoptó el Plan de Acción en su XXVIII Reunión, celebrada en octubre de 1981. Representa un verdadero compromiso político entre los países del Hemisferio Occidental, que les sirve de marco de referencia para desarrollar las acciones necesarias para el cambio de las condiciones de salud, a través de reajustes de los planes nacionales de salud y de desarrollo.

Los objetivos esenciales que tienen las estrategias propuestas para el año 2000, han originado el plan de acción y se refieren fundamentalmente a la esperanza de vida al nacer, a la tasa de mortalidad infantil, a las inmunizaciones, al agua potable y evacuación de desechos y al acceso de la población a los servicios de salud. Por lo tanto, será necesario producir cambios en los sistemas de prestación de servicios para ampliarlos y para mayor equidad, eficiencia y eficacia. Asimismo, se deben establecer y reforzar vínculos entre el sector salud y otros, de acuerdo con políticas integrales de desarrollo económico y promoverse la cooperación interpaíses en la región.

El desarrollo de Recursos Humanos es un factor muy importante, ya que con la producción de conocimientos y la producción de servicios constituyen los elementos fundamentales en el proceso salud—enfermedad.

Siendo la Salud Bucal un componente importante en el proceso, juega su papel dentro de la ejecución del Plan de Acción, buscando el logro de algunos objetivos más específicos, a través de sus propias estrategias, dentro de las cuales, el desarrollo de sus recursos humanos es un aspecto fundamental.



## INTRODUCCION

Desde la segunda reunión del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS, para la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Escuelas de Medicina de América Latina, celebrada en Washington entre el 5 y el 13 de septiembre de 1974, se inició la ruptura del proceso de formación de Recursos Humanos en Salud que propone un esquema alternativo, al modelo predominante a base de experiencias extramurales de medicina comunitaria. El desarrollo de los recursos humanos en Salud Bucal también inició la redefinición de un nuevo derrotero haciendo diferencias fundamentales, entre aquellas prácticas extramurales provenientes de los departamentos de Odontología Preventiva y Social y la concepción de la integración de la investigación, el Servicio y la Docencia (IDA), conocida hoy como Docencia—Servicio, proceso del cual anteriormente nos ocupamos en otro trabajo.<sup>1</sup> Sin embargo, en la actualidad, a pesar de haber avanzado bastante en su conceptualización y su práctica, existen diferencias notables entre los países y entre instituciones del mismo país,<sup>2</sup> hecho que se ha manifestado a través de frecuentes reuniones nacionales, internacionales y de publicaciones al respecto. En consecuencia, para identificar el significado que le damos en este trabajo al binomio Docencia—Servicio, citamos algunos de los conceptos emanados de la Mesa Redonda de las comisiones conjuntas de Educación y Salud Pública, llevada a cabo en Guatemala en marzo de 1983, durante el XIX Congreso de la Federación Odontológica de Centro América y Panamá (FOCAP):

- a) “Docencia—Servicio es un proceso en el cual hay una conjunción de esfuerzos y de recursos en la que interactúan las entidades formadoras de Recursos Humanos, las prestadoras de servicios y la comunidad para transformar las condiciones de salud de esta última”.
- b) “El fundamento del proceso Docencia—Servicio es el conocimiento obtenido a través de la investigación científica, que permita el desarrollo de una práctica odontológica acorde a la realidad de nuestros países”.
- c) “El proceso Docencia—Servicio enfrenta adecuadamente la situación de Salud Bucal de la comunidad, aumentando la cobertura, elevando la calidad de los servicios prestados para transformar las condiciones de salud y racionalizando el uso de los recursos, para lo cual requiere cambios fundamentales en cada uno de sus componentes”.
- d) “La comunidad debe adquirir conocimientos que le permitan reconocer sus problemas, participando en la demanda de servicios y en la transformación de sus condiciones de salud”.
- e) “La Docencia—Servicio es un verdadero proceso de cambio social que persigue la solución de los problemas de Salud Bucal de la población y no una simple estrategia para resolver los problemas político—administrativos de las instituciones involucradas en el proceso”. (Ver anexo I).

- 1) Arango Botero, L. Alberto — Teoría y Práctica del Diseño Curricular en la Formación de Nuevos Recursos Humanos — Desarrollo de Recursos Humanos en Salud Bucal. II Conferencia de Facultades y Escuelas de Odontología de América Latina, 1982. Caraballeda, Venezuela. Págs. 6–7 y 8 mimeografiado.
- 2) Saturno Canelón — Relato general de la II Conferencia de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina (OFEDO—UDUAL) Tema III, Caracas, octubre, 1982.



## CONSIDERACIONES GENERALES

Las instituciones formadoras de Recursos Humanos de Salud Bucal, a nivel universitario y fuera de él y las instituciones prestadoras de servicios de Salud Bucal en los Ministerios y en el Seguro Social en algunos países, han venido desarrollando acciones que han definido como programas de Docencia–Servicio, ya sea con esta denominación o con otra que tiene la misma connotación. A pesar de no haberse, aún, logrado un consenso conceptual acerca del Proceso de Integración Docente Asistencial, las instituciones comprometidas con cambios, en busca de objetivos redefinidos para el mejoramiento de los recursos humanos o de los servicios, según sus propios marcos conceptuales, han venido reforzando sus actividades en uno y en otro sentido, a través de programas innovadores que están produciendo avances en los enfoques internos de cada una de las instituciones. Debido a los esfuerzos latinoamericanos para enfrentar el proceso Salud–Enfermedad bucal, en la última década, se está logrando una consolidación intrainstitucional de los programas innovadores, lo cual está produciendo, en alguna forma, una barrera al desarrollo del Proceso Docencia–Servicio, ya que no ha sido igualmente discutido, analizando, internalizado ni aplicado el verdadero marco conceptual de éste y, en muchas oportunidades, la denominación de Programa de Docencia–Servicio, parece haberse convertido en sinónimo de Programa Innovador. Lo anterior no quiere decir que para el logro de resultados positivos en un determinado programa, tenga éste que ser definitivamente uno de integración; lo que ocurre es que son acciones diferentes que corresponden a marcos teóricos diferentes. Sin embargo, por la falta de claridad conceptual existente, parece, a menudo, cuando se escuchan las definiciones y la descripción de algunos programas, que solamente se ha cambiado la denominación de experiencia extramural o Programa de Odontología Comunitaria, por el de Programa Docencia–Servicio. Lo anterior indica la posibilidad del refuerzo del status quo, en el Programa educativo sustentado en modelos artificiales de servicios de Salud Bucal. En consecuencia, es muy útil e importante visualizar y poner en práctica mecanismos que posibiliten el desarrollo del Proceso Docencia–Servicio en nuestros países latinoamericanos, en los cuales ya tenemos experiencias válidas y transferibles.

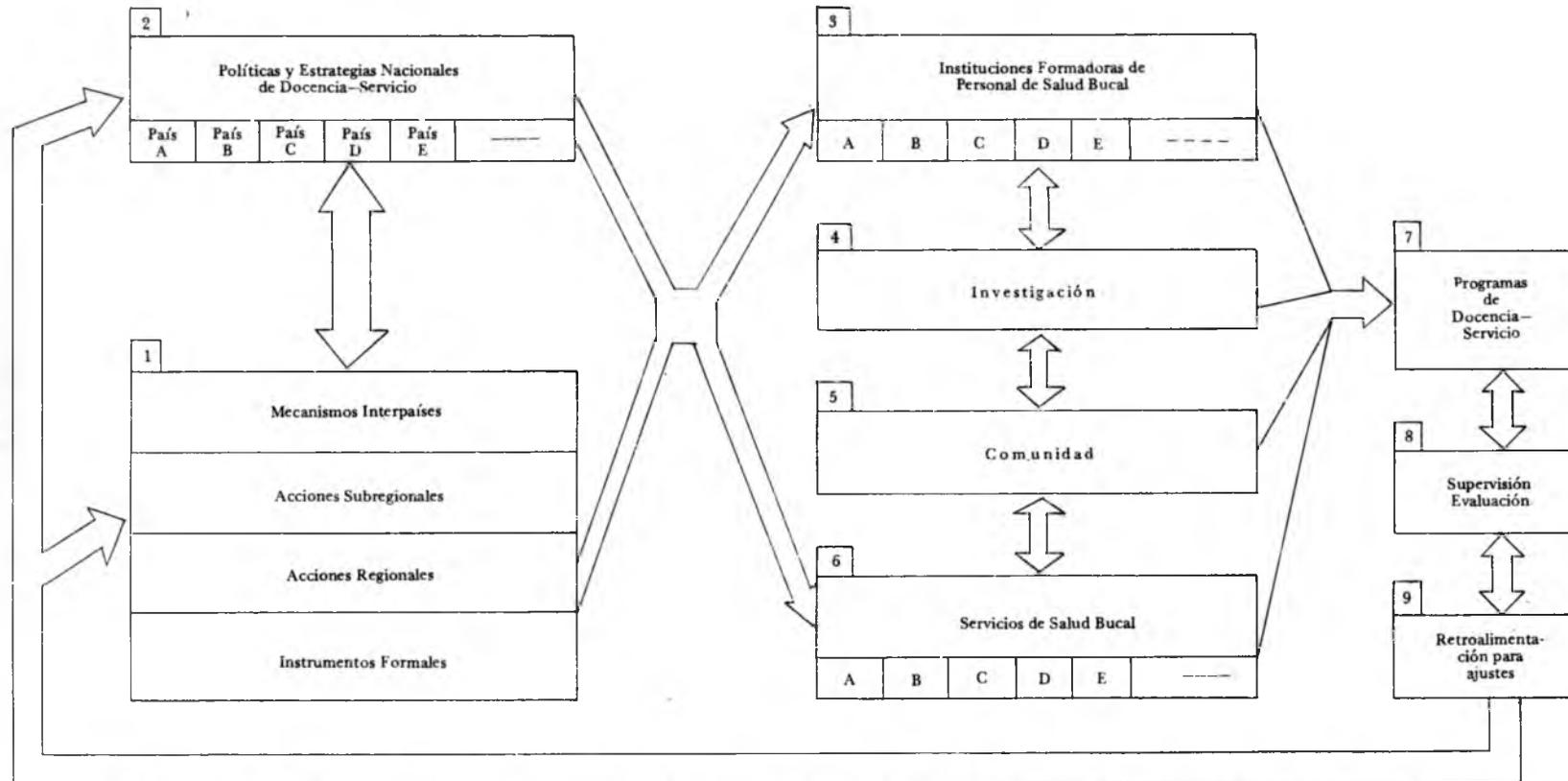
## PLAN DE ACCION

Para el desarrollo del Proceso Docencia–Servicio en Latinoamérica, es necesario tener en cuenta los mecanismos regulares que existen en los países, para la promoción, ejecución y evaluación de programas de Salud Bucal. Tales mecanismos son de jurisdicción regional, subregional o de país; por lo tanto, no es necesaria ni conveniente la creación de más instrumentos formales, sino, más bien, llevar a cabo ajustes estatutarios o programáticos para poder incorporar actividades que respondan a nuevas políticas de integración. Asimismo, es de vital importancia el esfuerzo de todos los mecanismos de documentación e información que permitan la oportuna aplicación de conocimientos producidos en la región, tanto en relación con investigaciones realizadas, como a la práctica del proceso. De esta manera se evitarán duplicaciones inútiles producidas por actividades paralelas y se agilizarán las acciones en la región.

Dentro de los mecanismos regulares que existen se identifican varias entidades que pueden considerarse como fundamentales para el plan de acción: la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina (OFEDO–UDUAL). La Federación Dental Internacional (FDI), la Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA), la Federación Odontológica de Centroamérica y Panamá (FOCAP), el Instituto de Recursos Odontológicos del Area Andina (IROAA). Asimismo, a nivel de los países, las Asociaciones de Facultades de Odontología y las Asociaciones de Salud Pública Bucal juegan también un papel importante.

El diagrama No. 1 ilustra el mecanismo de acción que el Plan de Acción de Docencia–Servicio debe seguir para que el proceso se desarrolle, aprovechando, de manera sistematizada, los recursos disponibles en la región.

DIAGRAMA No. 1  
MECANISMO REGIONAL DE PLAN DE ACCION  
PARA EL PROCESO DOCENCIA-SERVICIO



En el rectángulo número 1 se representan los instrumentos formales que son las organizaciones regionales, subregionales, anteriormente mencionados y las acciones interpaíses que producen cooperación técnica, financiera o político-administrativa. Asimismo, estructuran programas específicos para el desarrollo del proceso. Sus acciones interactúan con los países, de manera general (No. 2) en la definición de Políticas y establecimiento de estrategias, al mismo tiempo que cooperan, en forma particular, con las instituciones formadoras de Recursos Humanos en Salud Bucal (No. 3), con los servicios de salud (No. 6) y con la comunidad (no. 5); para actividades específicas de investigación (No. 4), con el objeto de desarrollar programas de Docencia-Servicio (No. 7) que, debidamente supervisados y evaluados (no. 8) producen información para el reajuste de las políticas y las estrategias.

## **NIVELES DE OPERACION DEL PLAN**

El Plan de Acción para el desarrollo del proceso Docencia–Servicio en Salud Bucal, operará a tres niveles: Regional, Subregional y de País, en cada uno de los cuales habrá actividades que se diferenciarán, más que todo, en cuanto a sus características generales, particulares o específicas, ya que el objetivo fundamental es el desarrollo del proceso mismo.

Es necesario tener en cuenta, además, que otra diferencia que tendrán las acciones, a cualquiera de los tres niveles que se ejecuten, es su carácter de directas o indirectas, debido a que, tratándose de un proceso globalizador, muchas actividades de Salud Bucal, aparentemente aisladas, caben en su contexto.



Instrumento Forma.	Nivel	Países	Sub-regional	Regional
Instituciones prestadoras de servicios de Salud Bucal: Ministerios, Seguros Sociales, etc.		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollo de investigación, especialmente socioepidemiológica.</li> <li>2. Redefinición de Políticas de Salud Bucal en base al conocimiento de la realidad concreta.</li> <li>3. Toma de decisiones políticas de incorporación en el Proceso DSSB.</li> <li>4. Firma de convenios Interinstitucionales.</li> <li>5. Participación en la organización y funcionamiento de comisiones interinstitucionales de Docencia-Servicio (Ejemplo Nicaragua).</li> <li>6. Adecuación progresiva del modelo de práctica a la realidad de Salud Bucal, de acuerdo con el conocimiento obtenido, a través de la investigación.</li> <li>7. Interacción con la comunidad organizada.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participación en eventos subregionales.</li> <li>2. Cooperación técnica con otros países en desarrollo.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participación en eventos regionales de Docencia-Servicio.</li> </ol>

Instrumento Forma.	Nivel	Países	Sub-regional	Regional
Asociaciones Nacionales de Facultades y Escuelas de Odontología.		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promoción del proceso de Docencia-Servicio en el país.</li> <li>2. Organización / celebración de Taller-Seminarios u otro tipo de reuniones para fomentar el proceso.</li> <li>3. Auspicio de programas interinstitucionales.</li> <li>4. Publicación de informes al respecto.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participación en eventos subregionales de DSSB.</li> <li>2. Mantener interacción permanente con otras organizaciones de la subregión.</li> <li>3. Revisión de estatutos para la inclusión de cláusulas que permitan el fomento de la DSSB.</li> <li>4. Promover talleres y seminarios a nivel sub-regional sobre el tema (ejemplo: Mesas Conjuntas de Salud Pública y Educación de FOCAP).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participación en eventos regionales.</li> <li>2. Afiliarse a organismos regionales como OFEDO-DUAL.</li> </ol>
Asociaciones Nacionales de Salud Pública Bucal		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fomento y realización de investigación socio-epidemiológica.</li> <li>2. Promoción del Proceso DSSB.</li> <li>3. Vigilancia del Proceso de prestación de servicios, acorde con la realidad concreta.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participación en eventos de DSSB a nivel subregional.</li> <li>2. Promover reuniones con organizaciones similares.</li> <li>3. Participar en programas de CTPD.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participar en eventos regionales como talleres y seminarios.</li> </ol>

Instrumento Forma.	Nivel	Países	Sub-regional	Regional
		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Celebración de talleres y seminarios interinstitucionales sobre DSSB.</li> <li>5. Inclusión en sus estatutos de cláusulas que permitan acciones formales de DSSB.</li> <li>6. Publicación de información sobre DSSB.</li> </ol>		
<p>Organizaciones Subregionales del gremio, Instituciones de Salud Bucal, tales como FOCAP e IROAA.</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cooperar con los programas nacionales de DSSB.</li> <li>2. Estimular en los países el desarrollo del Proceso.</li> <li>3. Fomento del desarrollo de la investigación, la documentación y la información en diferentes aspectos de Salud Bucal.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Favorecer y realizar investigación.</li> <li>2. Promover y reforzar la información y la documentación en DSSB.</li> <li>3. Incluir en sus estatutos reglamentos y programas, aspectos de DSSB.</li> <li>4. Arbitrar recursos técnicos y financieros, para desarrollo del Proceso.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participación en talleres, seminarios y otros eventos regionales de DSSB.</li> <li>2. Divulgar información y documentación sobre el tema.</li> <li>3. Estimular el desarrollo de acciones regionales.</li> </ol>

Instrumento Forma.	Nivel	Países	Sub-regional	Regional
			5. Participar en la CTPD.	
Organizaciones regionales de Salud Bucal, tales como OFEDO-UDUAL, filiales FDI-FOLA.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cooperación en la determinación de políticas de DSSB.</li> <li>2. Cooperación técnica y/o financiera para el desarrollo de programas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cooperación técnica y financiera para eventos subregionales sobre DSSB.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promoción y ejecución programada de acciones sobre DSSB e información al respecto.</li> <li>2. Contribución al establecimiento de políticas regionales al respecto.</li> <li>3. Celebración regular de eventos que refuercen el proceso.</li> <li>4. Fomento de la investigación socioepidemiológica y educativa en Salud Bucal.</li> <li>5. Divulgación de documentación e información.</li> </ol>	
Organizaciones de cooperación técnica internacional: OPS/OMS.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cooperación técnica para la investigación.</li> </ol>	Interactuar con las organizaciones subregionales para garantizar la máxima utilización de refuerzos y evitar duplicaciones.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preparación y ejecución de un programa detallado de trabajo, para evaluación del proceso.</li> </ol>	

Instrumento Forma.	Nivel	Países	Sub-regional	Regional
		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Participación en la determinación de políticas y programación de acciones de DSSB.</li> <li>3. Cooperar en la formación de personal para participar en el proceso.</li> <li>4. Cooperar con las instituciones formadoras de recursos humanos y prestadoras de servicio, para el mejoramiento de sus programas.</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Con participación técnica de los países y de los organismos sub-regionales y otros regionales, definir los indicadores y procedimientos de análisis para la evaluación del proceso.</li> <li>3. Desarrollar y distribuir instrumentos técnicos para el mejoramiento de la documentación y la información.</li> <li>4. Elaboración de informes sobre la marcha del proceso.</li> <li>5. Organización de talleres, cursos y programas.</li> <li>6. Arbitrar recursos técnicos y financieros para cooperar en el proceso, dentro de su planificación general y sus posibilidades presupuestarias.</li> </ol>

## CONCEUSIONES

La aproximación presentada a un Plan de Acción ha tomado en consideración la necesidad de sistematizar las acciones regionales de DSSB que pueden ser desarrolladas, en las cuales los recursos disponibles deben optimizarse. En consecuencia, debe elaborarse un plan de acción sólido, para lo cual es necesario disponer de información adecuada de los recursos disponibles en la región y también de las actitudes de las instituciones involucradas, ya que es indispensable la adquisición de compromisos formales que, de manera programada, permitan el desarrollo de acciones para el reforzamiento del Proceso Docencia–Servicio en Salud Bucal.

Corresponde, esta vez, a la reunión de la Comisión Técnica de Servicio–Docencia de la UDUAL, para la cual se ha elaborado el presente trabajo de propuesta inicial a un Plan de Acción, elaborar un anteproyecto que en forma definitiva origine el Plan Regional, en el cual se comprometan los países.

#### IV. – PROGRAMA

JUNES 3

8:30 AM INAUGURACION

1. – Himno Nacional de la República Dominicana.
2. – Palabras del Dr. José E. Hazím, Rector de la Universidad Central del Este.
3. – Intervención de la Dra. Martha López, Presidente de la OFEDO –UDUAL.
4. – Palabras del Dr. Carlos Brandariz, Representante de la OPS/OMS en la República Dominicana.
5. – Inauguración de la Reunión. Palabras del Dr. José García Ramírez, Subsecretario de Salud Pública y Asistencia Social.

9:30 AM TEMA I: ASPECTOS TEORICOS DE LA INTEGRACION “DOCENCIA –SERVICIO”

PONENTES: –Dr. William Vanegas VENEZUELA, Profesor de la Universidad de Zulia, MARACAIBO; Dra. Martha López, MEXICO, Presidente de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO –UDUAL) y Directora de Odontología en ENEP ZARAGOZA, U.N.A.M.

12:30 PM RECESO

2:00 PM TRABAJO DE GRUPOS.

MARTES 4

8:30 AM PLENARIA DEL TEMA No. I

9:30 AM TEMA No. II – ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACION DOCENCIA –SERVICIO.

PONENTES: –Dr. Ariel Gómez, ARGENTINA, Vice –Presidente de la Federación Dental Internacional FDI.

–Dr. Víctor Hugo Montes, COLOMBIA, Presidente de la Federación Odontológica Colombiana.

–Dr. Gregorio Arévalo, EL SALVADOR, Director Ejecutivo de la Federación Odontológica de Centroamérica y Panamá FOCAP y Jefe de la División de Odontología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Salvador.

–Dr. Benjamín Perea, PERU, Director del Programa Académico de Odontología de la Universidad Mayor de San Marcos (UNMSM) y Presidente de la Asociación Peruana de Programas Académicos de Odontología (APPAO), (Trabajo preparado en colaboración del Dr. Gilberto Domínguez del Río, Profesor del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UNMSM).

–Dr. Edrizio Barboza, BRAZIL, Director de la Facultad de Odontología de Pernambuco, y Presidente de la Asociación Brasileira de Enseñanza Odontológica. (ABENO)., y Vice-Presidente de ALAFO.

–Dra. María A. Rausseo de Maczotay, VENEZUELA, Jefe de la División de Odontología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

–Dr. Rubén de la Guardia, Coordinador de Post –Grado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá; Dr. Antonio Finlayson, Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá; Dr. Arístides Vial, Jefe del Departamento de Salud Oral del Ministerio de Salud de Panamá.

12:30 PM RECESO

2:00 PM Presentación Especial:

“Un nuevo simulador para la capacitación de Recursos Humanos en Odontología.

–Dr. Benjamín Gómez Herrera, VENEZUELA, Director del Centro de Recursos Odontológicos para el Niño (CERON). Caracas y Miembro del Panel de Expertos en Salud Oral de la OMS.

3:00 PM TRABAJO DE GRUPOS.

#### MIÉRCOLES 5

8:00 AM PLENARIA DEL TEMA II

9:30 AM TEMA III: PLAN DE ACCION PARA LA INTEGRACION DOCENCIA–SERVICIO.

PONENTES: “La experiencia de la REPUBLICA DOMINICANA presentada por:

–Dr. Antonio Mena, Coordinador del Centro de Recursos Odontológicos, División de Salud Bucal–Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), Dra. Selma Zapata, Profesora de Cátedra de Odontología Preventiva y Social de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD); Dra. Mercedes Osorio, Coordinadora de Prácticas Extramurales de la Escuela Dental de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU); Dr. Néstor Cerón, Coordinador de la Clínica Integral de la Escuela de Odontología de la Universidad Central del Este (UCE); Dr. Ramón L. Vargas, Coordinador de Atención Primaria del Departamento de Estomatología de la Universidad Católica Madre y Maestra (UCMM).

PONENTES: –Dr. Aldem Haslam, NICARAGUA, Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nicaragua, LEON–NICARAGUA; Dra. Betty Soto, Odontóloga Regional del Ministerio de Salud de NICARAGUA.

–Dr. Alberto Arango, Consultor OPS/OMS.

12:30 PM RECESO

2:00 PM TRABAJO DE GRUPOS

4:00 PM PLENARIA DEL TEMA III

#### JUEVES 6

8:30 AM Revisión y discusión del documento básico sobre integración docencia–servicio.

12:00 M. CLAUSURA.

---

## **V. PARTICIPANTES POR GRUPOS DE TRABAJO**



### **GRUPO No. 1**

- 1.–Dr. Rubén De la Guardia
- 2.–Dr. Marcos Díaz
- 3.–Dr. Ariel Gómez
- 4.–Dr. Benjamín Gómez Herrera
- 5.–Dr. Jorge Izquierdo
- 6.–Dr. Juan Martínez
- 7.–Dra. Bienvenida Montás
- 8.–Dra. Lidia Núñez
- 9.–Dr. Elbano Pieruzzi
- 10.–Dr. Virgilio Rojo
- 11.–Dr. Carmen Cristina Rosas, (Relatora)
- 12.–Dr. Héctor Silva
- 13.–Dra. Betty Soto
- 14.–Dr. William Vanegas
- 15.–Dr. Patricio Yopez
- 16.–Dra. Selma Zapata

### **GRUPO No. 2**

- 1.–Dr. Carlos Amiama, (Relator)
- 2.–Dr. Alberto Arango
- 3.–Dra. Ana Báez
- 4.–Dr. Edrizio Barbosa
- 5.–Dr. Néstor Cerón
- 6.–Dr. Leonardo Erickson
- 7.–Dr. Rodolfo Fernández
- 8.–Dr. Antonio Mena
- 9.–Dra. Lissi Payán
- 10.–Dr. Benjamín Perea
- 11.–Dr. José Salazar
- 12.–Dr. Ramón Vargas
- 13.–Dr. Aristides Vial, (Coordinador)

### **GRUPO No. 3**

- 1.–Dr. Gregorio Arévalo
- 2.–Dr. Danilo Báez
- 3.–Dra. Gloria Demey, (Relatora)
- 4.–Dr. Ariosto Díaz
- 5.–Dr. Antonio Finlayson
- 6.–Dr. Alfredo Gómez
- 7.–Dr. Aldem Haslam
- 8.–Dra. Marta López
- 9.–Dra. María MacZotay
- 10.–Dr. Víctor H. Montes
- 11.–Dra. Mercedes Osorio (Coordinadora)
- 12.–Dr. Huascar Pimentel
- 13.–Dra. Ana Santana
- 14.–Dr. Severino Valdéz



## **VI. DIRECTORIO**



NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	PAIS	CARGO
1. LEONARDO ERICKSON	CALLE 16 No. 4 EL MILLON II STO. DGO.	566-2283 532-8743 689-2445	REPUBLICA DOMINICANA	DIRECTOR DPTO. U.S.A.D.
2. ANTONIO FINLAYSON	ESTAFETA UNIVERSITARIA FAC. DE ODONTOLOGIA UNIVERSIDAD NAC. DE PANAMA PANAM, REP. DE PANAMA.	64-0635 23-6356 60-2632	PANAMA	DECANO
3. RUBEN DE LA GUARDIA	APDO. 2091 PANAMA I, REP. DE PANAMA	26-2126	PANAMA	COORDINADOR APOYO ADMINISTRATIVO-DO- CENTE, COORD. DE POST- GRADO.
4. ANA BAEZ DE PETERSEN	PROLONGACION BOLIVAR 1604 STO. DGO.	533-9504	REP. DOM.	ODONT. DEL DEPTO. I.D.S.S.
5. LIDIA NUÑEZ DE LANDRON	DIAGONAL C No. 8, MIRADOR NORTE STO. DGO.	566-7740 685-6325	REP. DOM.	ENCARG. DE SERVICIOS DENTALES I.D.S.S.
6. RAMON VARGAS	CALLE No. 9, CONDOMINIO ARAUCARIA, APTO. B2 LOS JARDINES, SANTIAGO	583-2994	REP. DOM.	COORD. NIVEL ATEN- CION PRIMARIA. UCMM.
7. ANA DILIA SANTANA	S.E.S.P.A.S. SALUD BUCAL S.N. CRISTOBAL ESQ. TIRADENTES STO. DGO.	685-8246	REP. DOM.	COORD. DE FOMENTO

8. HECTOR SILVA	CULIACAN 33 PH, MEXICO, D. F.	564-3700	MEXICO	CONSULTOR I.L.C.E.
9. BIENVENIDA MONTAS DE SOTO	TAMAYO 54 ENS. MIRAFLORES STO. DGO.	682-9649	REP. DOM.	DIRECTORA INT. ESCUE- LA DENTAL U.N.P.H.U.
10. ARISTIDES VIAL	APARTADO 2048, DEPTO. DE ODONTOLOGIA MINISTERIO DE SALUD PANAMA 1, RP. DE PANAMA	R-69-0463 OFIC.- 25-3450	PANAMA	JEFE DEL DEPARTAMEN- TO DE ODONTOLOGIA DEL MINISTERIO DE SALUD.
11. MARIA A. RACSEO DE MACSOTAY	MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL DIVISION DE ODONTOLOGIA, EDIFICIO SUR, PISO 7, OFICINA 729 CENTRO SIMON BOLIVAR	418-887	CARACAS, VENEZUELA	JEFE DIVISION DE ODONTOLOGIA SANITA- RIA.
12. ELBANO PIERUZZI	AVE. LAS REPUBLICAS QTA. LOS ANTONIO CLUB HIPICO TERRAZA "C" BURUTOA, CARACAS, VENEZUELA	RES. 979-8218 OFIC. 662-6736	CARACAS, VENEZUELA	SECRETARIO EJECUTI- VO DE LA OFEDO- UDUAL.
13. DR. NESTOR CERON SUERO	C/SAN JUAN BAUTISTA No. 83, URB. ATALA SANTO DOMINGO, R.D.	OFIC. 529-3562	REPUBLICA DOMINICANA	DIRECTOR CLINICA INTEGRAL, UNIVERSI- DAD CENTRAL DEL ESTE.
14. BENJAMIN GOMEZ HERRERA	3a. CALLE CAMPO ALEGRE No. 9 CARACAS.	321558	VENEZUELA	CONSULTOR OPS/OMS

15. MARTHA LOPEZ RUIZ	APARTADO POSTAL 42108, - DELEGACION CUANHTEMOC, CODIGO POSTAL 06470	RES. 5-38-29-33 OFIC. 7-92-32-88 Ext. 174	MEXICO	COORDINADOR CARRE- RA DE ODONTOLOGIA ENEP-ZARAGOZA UNAM, PRESIDENTE OFEDO-UDUAL
16. SELMA ZAPATA PICHARDO	RAFAEL HERNANDEZ No. 27, APT. 3, NACO, SANTO DOMINGO, R. D. UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SANTO DOMINGO, STO. DGO.	-----	REPUBLICA DOMINICANA	DOCENTE EN LAS CATE- DRAS DE ODONTOLO- GIA PREVENTIVA Y SO- CIAL.
17. JORGE IZQUIERDO	APARTADO No. 5045, LIMA PERU	815772 ANEXO 22	PERU	DIRECTOR UNIVERSI- TARIO DE PROYECCION SOCIAL. UNIVERSIDAD CAYETA- NO HEREDIA.
18. ANTONIO E. MENA GARCIA	CALLE MADAME CURIE No. 25, APT. 2 ENSANCHE ESPAILLAT SANTO DOMINGO, R. D.	--	REPUBLICA DOMINICANA	COORDINADOR DEL CENTRO DE RECURSOS ODONTOLOGICOS DIVI- SION DE SALUD BUCAL SESPAS.
19. MERCEDES OSORIO DE FERNANDEZ	CALLE 16 No. 6, 2da. ETAPA DEL BARRIO EL MILLON, SANTO DOMINGO, R. D.	RES. 566-2750 OFIC. 687-8246	REPUBLICA DOMINICANA	COORDINADOR PRACTI- CAS EXTRAMURALES. ESCUELA DENTAL, UNI- VERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRIQUEZ UREÑA.
20. CARMEN CRISTINA ROSAS	HAB. RESD. BOLIVIA No. 34 UBLAS AMERICAS, SAN MARTIN CARACAS 1020, VENEZUELA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, FACULTAD DE ODONTOL. 40. PISO, CLINICA INTEGRAL. AVE. LOS ILUSTRES LOS CHAGUARAMOS, CARACAS, CIUDAD UNIVERSITARIA.	461-1507 619-811 HASTA EL 30 EXT. 2303	CARACAS, VENEZUELA	PROFESOR DE ODON- TOLOGIA CLINICA IN- TEGRAL UCV. FACUL- TAD DE ODONTOLOGIA.

21. ERIDIZIO BARBOSA PINTO	RESIDENCIA: RUAS BARES DE ITAMARCA 22, RECIFE PERNAMBUCO-BRASIL  FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO AVE. GENERAL NEWTON CAVALCANTI, 1650 CAMARAJIBE, CAIXA POSTAL 1536, RECIFE, PERNAMBUCO - BRASIL	AREA (081) 227-4994, 227-4961 y 227-2822	RECIFE PERNAMBUCO BRASIL	PRESIDENTE DE ABENO.
22. ALBERTO ARANGO BOTERO	ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, APARTADO 383, GUATEMALA	64911 6415	GUATEMALA	CONSULTOR EN SALUD BUCAL OPS/OMS.
23. LIZZI PAYAN	C/CESAR NICOLAS PENSON No. 60, APTO. 1-A, SANTO DOMINGO, R. D.	688-2565	STO. DGO., REP. DOM.	PROFESOR DEL PRO- GRAMA DE AUXILIARES DENTALES, U.N.P.H.U.
24. JOSE RAFAEL SALAZAR	EDIFICIO TEATRO ALTAMIRA, ENTRADA OESTE 5to. PISO No. 51	322130 321979	CARACAS, VENEZUELA	COORDINADOR SEMI- NARIO DOCENCIA-SER- VICIO, INSTITUTO NA- CIONAL HIPODROMOS LA RINCONADA.
25. ARIEL OSVALDO GOMEZ	(PARTICULAR) LISANDRO DE LA TORRE 717, VICENTE LOPEZ, PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA	797-0521 792-9456	BUENOS AIRES, ARGENTINA	VICE-PRESIDENTE FDI DIRECTOR REVISTA SALUD BUCAL, CO- DIRECTOR DE REVISTAS ACTUALIDAD ODONTO- LOGICA.

26. VICTOR HUGO MONTES CAMPUSANO	CARRERA 30 No. 22-A 08, APARTAMENTO No. 502, BOGOTA, D. E. COLOMBIA	269-0069 255-6560	COLOMBIA	PRESIDENTE DE LA FEDERACION ODONTOLOGICA COLOMBIANA.
27. CARLOS AMIAMA	FRANCISCO CERON No. 9 SANTO DOMINGO, R. D.	532-4712 682-5000	STO. DGO. REP. DOM.	DIRECTOR REVISTA DENTAL ASOCIACION DOMINICANA DE ODONTOLOGIA.
28. HUASCAR PIMENTEL	AVENIDA PASTEUR No. 153, SANTO DOMINGO, D. N.	RES. 682-1530 OFIC. 533-4340	STO. DGO. REP. DOM	PRESIDENTE ASOCIACION ODONTOLOGICA DOMINICANA.
29. RODOLFO FERNANDEZ	C/JOSE JOAQUIN PEREZ No. 201, SANTO DOMINGO, REP. DOM.	685-7548	STO. DGO. REP. DOM.	PROFESOR, UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ESTE.
30. JOSE DANILO BAEZ UREÑA	EUCLIDES MORILLO No. 82, APARTADO 4-B, SANTO DOMINGO, REP. DOM.	566-4500 566-2121	STO. DGO. REP. DOM.	PROFESOR, UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ESTE.
31. MARCOS ESTEBAN DIAZ PERALTA	AVENIDA LIBERTAD No. 18 HATO MAYOR DEL REY, REP. DOM.	553-2414 685-1714	REPUBLICA DOMINICANA	PROFESOR, UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ESTE.
32. PATRICIO YEPEZ	APARTADO 1464 OPS/OMS	565-3454	REPUBLICA DOMINICANA	CONSULTOR DE LA OPS/OMS

33. ALDEN HASLAM PINEDA	REPARTO FATIMA No. 87, LEON, NICARAGUA	2069	NICARAGUA	DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.
	COMPLEJO DOCENTE DE LA SALUD LEON, NICARAGUA	2831 2737 4163		
34. GREGORIO ADOLFO AREVALO MOLINA	CALLE ARCE, SAN SALVADOR, EL SALVADOR, CENTRO AMERICANO.	217550 hasta el 52	EL SALVADOR	JEFE DIVISION DE ODONTOLOGIA Y DIRECTOR EJECUTIVO FOCAP MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.
35. ALFREDO GOMEZ CASTELLANOS	RANCHO DEL ARCO 32-101 COL. GIRASOLES C.P. 04920 MEXICO 21, D.F.			COORDINADOR DE POST GRADO INEP. ZARAGOZA, UNAM.
	<b>OFICINA:</b> INEP. ZARAGOZA, U.M.A.M. CALZADA I. ZARAGOZA Y J.C. BONILLA, MEXICO, D.F.	797-2080 765-1095		
36. DR. VIRGILIO ROJO DAGUENDO	PROLONGACION AV. INDEPENDENCIA No. 9, SAN PEDRO DE MACORIS, REP. DOM.	529-3742 529-3905	REPUBLICA DOMINICANA	DIRECTOR DE LA ESCUELA DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ESTE (UCE), REPUBLICA DOMINICANA.
	<b>OFICINA</b> UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ESTE RECTORIA, AV. CIRCUNVALACION SAN PEDRO DE MACORIS, R. D.	529-3562		

38. GLORIA MARINA DEMEY PALACIOS	AVE. MIGUEL ALGEL RESIDENCIAS HILTON 5to. PISO No. 505, COLINAS DE BELLO MONTE CARACAS, VENEZUELA	752-0445	VENEZUELA	PROFESOR DE LA UNI- VERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
39. WILLIAM VANEGAS	FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNIVERSIDAD DEL ZULIA MARACAIBO, VENEZUELA		VENEZUELA	PROFESOR DE LA UNI- VERSIDAD DEL ZULIA
40. JUAN B. MARTINEZ	DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA, UNIVERSIDAD CATOLICA MADRE Y MAESTRA, SANTIAGO, REP. DOM.	582-51-5	REPUBLICA DOMINICANA	DIRECTOR DEL DEPAR- TAMENTO DE ESTOMA- TOLOGIA, UNIVERSIDAD CATOLICA MADRE Y MAESTRA.
41. SEVERINO VALDEZ	C/10A No. 6, HONDURAS, SANTO DOMINGO, R. D.	533-4275	REPUBLICA DOMINICANA	ESTUDIANTE
36. BETTY DEL CARMEN SOTO VASQUEZ	DEL COLEGIO MERCANTIL 3 1/2 CUADRAS ABAJO LEON, NICARAGUA		NICARAGUA	RESPONSABLE REGIO- NAL DEL AREA DE SA- LUD BUCAL. MINSA RE- GION II.
42. BENJAMIN PEREA RUIZ	JUNIN No. 732, PUEBLO LIBRE	617312	PERU	DIRECTOR DEL P.A.O. UNMSM Y PRESIDENTE APAO.
43. ARIOSTO DIAZ	DEPTO. ESTOMATOLOGIA UNIVERSIDAD CATOLICA MADRE Y MAESTRA, SANTIAGO, REP. DOM.		REPUBLICA DOMINICANA	COORDINADOR DE ATENCION INTEGRAL CARRERA DE ESTOMA- TOLOGIA, UNIVERSIDAD CATOLICA MADRE Y MAESTRA, SANTIAGO, REP. DOM.



Mesa Directiva de la sesión inaugural de la Comisión Técnica de Docencia-Servicio integrada por Autoridad de Salud Pública, de la Universidad Central del Este, de la OPS/OMS y de la OFEDO.



Dr. José Hazim F. rector de la Universidad Central del Este, institución auspiciadora de la reunión.



**Dra. Martha Lopez, presidente de la OFEDO/UDUAL y directora de Odontología de ENEP-ZARAGOZA. México.**



**Participantes en la Comisión Técnica, entre otros los doctores Edirisio Barbosa Pinto, presidente de ABENO (Brasil), Ruben de la Guardia (Panamá), Leonardo Erikson (Rep. Dominicana), Gregorio Arevalo, Director Ejecutivo de FOCAP, Rodolfo Fernandez (UCE) y Alfredo Gomez (México).**



**Sesión Plenaria de Trabajo durante la presentación de ponencias por parte de los invitados nacionales y extranjeros.**



**Dr. Elbano Pieruzzi, Secretario Ejecutivo de la OFEDO/UDUAL y Coordinador de la Comisión Técnica de Docencia-Servicio.**



La directiva de la OFEDO/UDUAL durante el acto de entrega de certificados den la sesión de clausura de la Comisión Técnica de Docencia-Servicio.



Participantes de la República Dominicana e invitados de otros países Latinoamericanos a la Comisión Técnica de Docencia-Servicio de la OFEDO/UDUAL.



**Dr. Antonio Finlayson, decano de Odontología de la Universidad de Panamá y Vice-Presidente de OFEDO/UDUAL durante su participación en la reunión.**



**Dr. Alden Hazlam, Decano de Odontología de la Universidad Autónoma de Nicaragua y Vocal principal de la OFEDO/UDUAL.**



**Dr. Benjamín Perea, Director de Odontología de la Universidad Mayor de San Marcos de Lima y Presidente de la Asociación Peruana de Programas Académicos de Odontología.**



**Dr. Antonio Mena, Coordinador del Centro de Recursos Odontológicos de la División de Salud Bucal de la Secretaría de Salud Pública de República Dominicana y Docente de la UASD.**