

IV CONFERENCIA INTERNACIONAL

LAS
UNIVERSIDADES
DE
AMERICA
LATINA
Y LA
ESTRATEGIA
MUNDIAL
PARA LOGRAR
SALUD
PARA
TODOS
EN EL
AÑO 2000



Lima

FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA
UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

OFEDO

15 AL 19
MARZO '87
LIMA - PERU

TADES
DEPARTAMENTOS
DE ODONTOLOGIA
UNION DE UNIVERSIDADES
DE AMERICA LATINA

MEMORIAS*

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

Marzo, 15 al 19 de 1987

LIMA-PERU



27 JUN. 1988

UBVIA
R.K. 21
CSB
487
CLAV: 540
NDC
M.C. OFEDU/UDUAL
TEL: 18-00-191
Código de barras
C.I.D.V. 1803 0058
Nº de Inventario
2018 03 00 540

**COMITE EJECUTIVO
DE LA OFEDO/UDUAL**

Dr. ARIEL GOMEZ (Argentina)	Presidente
Dr. EDUARDO SUAREZ (Ecuador)	Vicepresidente
Dr. CARLOS VERA (México)	Vicepresidente
Dr. ALDEN HASLAM (Nicaragua)	Vocal
Dra. BEATRIZ DE ARISMENDI (Colombia)	Vocal
Dr. JORGE IZQUIERDO (Perú)	Vocal
Dr. ELBANO PIERUZZI (Venezuela)	Vocal
Dr. ANTONIO MENA (Rep. Dominicana)	Secretario Ejecutivo

Dr. JOSE LUIS SOBERANES
Secretario General de la Unión
de Universidades de América Latina

PRESENTACION

El Comité Ejecutivo de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina, en cumplimiento del compromiso asumido con la UDUAL, las Facultades, los Servicios y los Gremios Odontológicos de América Latina, ha preparado las MEMORIAS de la IV Conferencia realizada en Lima-Perú en el mes de marzo de 1987 para su difusión y conocimiento en nuestros países.

Dentro del proceso en el cual se inscribe la OFEDO/UDUAL, esta IV Conferencia abordó como tema central "Las Universidades de América Latina y la Estrategia Mundial para lograr salud para todos en el año 2000"; con el propósito de realizar un análisis crítico de la situación socio-económica y sus repercusiones en la salud y la educación. Por otra parte, realizó el análisis y la discusión sobre el papel de la tecnología en la perspectiva de cambio en latinoamérica; continuando con la presentación de experiencias sobre los cambios en el contenido y orientación de la enseñanza odontológica para contribuir a lograr salud para todos en el año 2000.

El documento que ponemos a consideración de Uds. es el producto del trabajo y aporte de los ponentes y participantes en la Conferencia, quienes han posibilitado la inserción de un nuevo eslabón en el proceso de desarrollo de la OFEDO/UDUAL, como ente activo y crítico del saber y el quehacer de la salud en América Latina.

Expresamos nuestro reconocimiento a los ponentes y delegados de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela. Igualmente a las Asociaciones Latinoamericanas de Facultades y Escuelas de Enfermería (ALADEFE) y de Medicina (ALAFEM) por su activa participación en el evento, hecho que nos permitió además, concretar la declaración de Lima para el desarrollo del personal de Ciencias de la Salud como factor importante y decisivo en la consecución de mejores condiciones de salud y bienestar de nuestros pueblos.

De igual manera, reiteramos nuestro especial agradecimiento a la Universidad Peruana Cayetano Heredia por haber contribuido significativamente a la realización de la IV Conferencia en su calidad de Institución Sede; así como a la Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud por la cooperación técnica aportada al evento.

COMITE EJECUTIVO
DE LA OFEDO/UDUAL

Dr. Ariel Gómez
Presidente

Dr. Antonio Mena
Secretario Ejecutivo

TABLA DE CONTENIDO

	PAG.
Sesión de Inauguración	9
Discurso del Dr. Hernán Villena, Decano de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y Presidente de la IV Conferencia	11
Discurso del Dr. David Tejada de Ribero, Ministro de Salud del Perú	13
Tema I	
Aspectos Socio-Económicos de América Latina y Salud para Todos en el Año 2000	19
—Dr. Javier Iguíñiz, Perú	21
—Dr. Antonio Meza Cuadra, ALAFEM/UDUAL	31
—Dr. Manlio Sardí, Venezuela	39
Tema II	
La Tecnología en las Perspectivas de Cambio en Salud: Análisis Crítico	45
—Dr. Jorge Peña Mohr, Dr. George Gillespie, Dr. Héctor Silva, Dra. Gloria Coe, OPS/OMS	47
—Dr. Roberto Beltrán, Perú	47
—Dr. Sergio Pereira, Brasil	47
Tema III	
Cambios en el Contenido y Orientación en la Enseñanza Odontológica para Contribuir a Lograr STP/2000	67
—Dra. María Ferrer de Sánchez, Venezuela	69
—Dra. Clara Misrachí, Chile	87
—Dr. Carlos Vera, México	99
—Dr. Eduardo Sierra, Panamá	103
—Dra. Beatriz Gómez, Colombia	133
—Dr. Juan Bernal, Perú	149
Temas Libres	155
—Dr. Alberto Arango, OFEDO/UDUAL	157
—Dr. Benjamín López, El Salvador	171
—Dra. Nola Fonseca de Hernández, Venezuela	181
—Dr. Alden Haslam, Nicaragua	193
—Dr. Miguel Rodríguez, Ecuador	205
Relato Final	213
—Dr. Jorge Izquierdo, Relator	213
Anexos	219

—Declaración de Lima, SALUD/UDUAL	221
—Grupos de Trabajo	222
—Nómina de los Participantes en la IV Conferencia	223

IV CONFERENCIA INTERNACIONAL

SESION DE INAUGURACION

15-03-1987 - 19-03-1987

Discursos:

Dr. Hernán Villena M.

Dr. David Tejada - Ministro de Salud

Discurso del Dr. Hernán Villena Martínez
Presidente de la IV Conferencia Internacional OFEDO-UDUAL

En mi calidad de Decano de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia me resulta muy honroso dar la bienvenida a las representativas delegaciones procedentes de los hermanos países latinoamericanos que concurren a un encuentro de gran importancia para la hora actual: la IV CONFERENCIA DE FACULTADES ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA DE LA UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA, que constituye el más trascendente foro que sobre educación odontológica se realiza en esta parte del continente.

En ese contexto nos congratula la presencia de talentosos representantes de la profesión que, estamos seguros, han llegado premunidos de ideas, experiencias y frondosidad académica que hará muy rico y fructífero el debate en esta conferencia.

También procuraremos que su estancia en nuestra capital transcurra saturada de impresiones y contactos humanos para que al retornar a sus patrias guarden para siempre el recuerdo imborrable de una de las ciudades más antiguas de América del Sur.

En el foro que hoy inauguramos es menester destacar la necesidad imperiosa e imposter-gable de mantener no sólo vigente, sino en dinámico proceso, yo diría cotidiano, el debate académico en constante confrontación con los métodos y formas de la educación odontológica en el ámbito latinoamericano.

Por cierto, el criterio no radica en abrir el libre flujo de ideas en una situación de vacío o de academicismo puro, sino muy por el contrario al servicio y en el marco de intereses muy específicos. Me estoy refiriendo a la ligazón de nuestro trabajo con las necesidades prioritarias de los sectores marginados tradicionalmente en nuestros países que, bajo el efecto de la crisis socio-económicas, ha alcanzado niveles alarmantes que demandan atención imposter-gable.

Aquí quisiera hacer hincapié en que la naturaleza intrínseca de nuestra profesión implica desde el punto de vista ético y moral un profundo humanitarismo y sentido de solidaridad que va mucho más allá de cualquiera otra consideración.

Por ello, hemos querido revisar seriamente el papel que le corresponde jugar a las universidades, tanto en lo concerniente al análisis crítico de la situación existente, como en la formulación de alternativas que contribuyan al cambio.

En coherencia con esta inquietud, es que se ha fijado como Tema Central de la IV Conferencia Internacional "Las Universidades de América Latina y la Estrategia Mundial para lograr Salud para todos en el año 2000".

De acuerdo al Programa, en el primer día de deliberaciones, se revisará la dimensión socio-económica de la problemática de salud. Para ello nos congratula contar con tres disertaciones de alto nivel. En la Primera, el distinguido economista y académico peruano, Javier Iguñiz, abordará el Tema "Sistema económico, estrategias de desarrollo, crisis y salud". Luego, el Dr. Antonio Meza Cuadra, en representación de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM-UDUAL), y el Dr. Malio Sardi, en representación de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina (OFEDO-UDUAL), discutirán en analíticas ponencias el tema: "Crisis socio-económica de América Latina: su repercusión en salud y educación".

El segundo día es igualmente importante, tanto por la temática que será enfocada, como por el prestigio y trayectoria de los expositores: se trata de los Drs. Roberto Beltrán Neira del Perú, Sergio Pereyra, del Brasil y Jorge Peña, chileno de origen en representación de la OPS/OMS, quienes se ocuparán del tema: "La Tecnología en la perspectiva del cambio: Análisis crítico".

Finalmente, el tercer día tendremos oportunidad de escuchar los aportes de los reconocidos educadores de Venezuela, Argentina, Uruguay, Chile, México, Panamá, Colombia y Perú, cada uno de los cuales dará su versión sobre el tema: "Cambios en el contenido y orientación de la enseñanza odontológica para contribuir a lograr salud para todos en el año 2000".

Como es ya una tradición, el último día de trabajo, es decir, el jueves, tendremos una sesión de Temas Libres, pudiendo adelantarles la presentación del Dr. Alberto Arango, quien se referirá a los resultados del análisis prospectivo de la enseñanza odontológica en Latinoamérica y el Dr. Aaron Yashine quien abundará sobre algunos alcances de su experiencia en la aplicación de la estrategia de atención primaria de salud en México.

Antes de concluir, permítanme reflexionar sobre dos o tres tópicos que ojalá nos ayuden a desbrozar las rutas de nuestra enorme tarea.

Para nadie de los aquí presentes es desconocido el concepto desarrollado por la OMS que enfatiza que la salud bucal es un componente básico en el proceso salud-enfermedad, dentro del cual se ha contemplado conjugar este criterio con las estrategias diseñadas con vistas a la salud para todos en el año 2000.

Frente a ello América Latina constituye nuestra responsabilidad directa y tenemos que responder a las expectativas en los próximos 13 años que nos pondrán en los umbrales del tercer milenio. Tenemos, en consecuencia, enormes tareas cuya exacta envergadura deberá ser calculada en este foro a los efectos de conjugar criterios prácticos, operativos, que eviten la tradicional distancia entre el dicho y el hecho, para que todo lo acordado se llene de contenido material.

Somos conscientes que nuestros subcontinentes viven momentos difíciles, caracterizados por altos porcentajes de analfabetismo, miseria, con su expresión dramática en el terreno de la salud. El subdesarrollo y la dependencia también nos llevan a enfocar el problema de la salud en Latino América como un gran problema político-social del cual los odontólogos no estamos al margen. El espectro del asunto que nos reúne es, pues, muy grande y complejo y, dentro de su interligación, no podemos analizar la situación configurada en forma desperdigada, casi abs-

tracta. La solución de conjunto nos obliga a tener en cuenta todas las facetas que inciden directamente con la enfermedad como manifestación de la endémica crisis socio-económica que, en términos de tendencia, no se revierte sino por el contrario apunta hacia su agudización.

Me congratula, por cierto, el hecho de que la inmensa mayoría de colegas del continente son conscientes de la hora que nos ha tocado vivir y la responsabilidad asumida. Ello fortalece nuestra capacidad de acción y nos sitúa a la altura de las circunstancias. Nada ni nadie debe ser olvidado de la esfera de la salud. Allí radica la profunda filosofía de la profesión que hemos abrazado. Este pensamiento doctrinario deberá estar presente, a mi juicio, en el espíritu de la presente conferencia y penetrar toda la estrategia de nuestra acción.

Muchas gracias

DISCURSO DEL DR. DAVID TEJADA DE RIVERO
MINISTRO DE SALUD

Colegas odontólogos de América Latina:

Creo que el tema central que sirve de marco a esta IV Conferencia Internacional, es muy importante. Se refiere al rol que deberían cumplir las universidades de América Latina frente al reto mundial de "Salud para todos en el año 2000". Especialmente hoy, por cuanto nos separa de la meta tan solo un poco más de 12 años. Y creo que es también el momento oportuno porque hay que revisar permanentemente los marcos de referencia conceptuales que nos orientan, pues muchas veces ellos se convierten en slogans y pierden su contenido original y fundamental. Creo entonces que mi deber el día de hoy no es sólo el protocolar de inaugurar el evento como Ministro, sino el de un colega de salud que considera sumamente importante advertir permanentemente los desvios que ocurren cuando hablamos de "Salud para Todos en el Año 2000"; reiterar a que nos referimos como "Estrategias para alcanzar esta meta social"; y, pretender aclarar cuales son los grandes lineamientos a ser considerados por las universidades de América Latina en el cumplimiento de su propio papel, de acuerdo al título del tema de esta conferencia. Entiendo este papel no solamente el de "ayudadores" en este esfuerzo, sino fundamentalmente el de "educadores" en este esfuerzo.

Comenzaré por referirme a lo que es "Salud para Todos", y sin pretender dar una conferencia, sino reiterando qué es y qué no es:

"Salud para Todos" es una respuesta a una situación dada, no solamente en América Latina, sino en el mundo entero. Es una respuesta a un problema social; con un profundo contenido ideológico; no en el sentido de ideología política, sino en el sentido más amplio de ideología social, dentro de la cual caben perfectamente diversas, variadas y diferentes ideologías políticas. Es una respuesta social frente a manifestaciones de efecto en un campo social como es el de la salud; frente a un conjunto de hechos históricos que han determinado que el mundo en general, y en los países del TERCER MUNDO en particular, se ñhaya llegado a situaciones inaceptables e intolerables de injusticia y de desigualdad. Donde los escasos recursos de los países, en el campo

de la salud como en otros, se concentraron para favorecer y servir fundamentalmente a minorías privilegiadas en los grandes centros urbanos. Y se concentraron además en función de tecnologías impuestas por los países industrializados a través de mecanismos de comercialización de la ciencia y de la tecnología, y cuando esa concentración no ha correspondido a las necesidades, a la realidad, ni a las posibilidades de los países en desarrollo.

En la mayor parte de los países en desarrollo, nos encontramos con la situación de que significativos segmentos de nuestras poblaciones carecen absolutamente de servicios de salud. La sociedad organizada, a través de los Estados, no ha asignado los recursos suficientes para poder dar un mínimo de cuidado permanente a los sectores de la población más necesitados y con mayores problemas. La respuesta social de "Salud para Todos" debe entenderse entonces, con este sentido ideológico: Cómo hacer para que en el año 2000 deje de ser vigente el actual esquema de concentración recursos para unos pocos y cómo lograr poder llevar el cuidado permanente de la salud a los muchos que actualmente no lo tienen o si lo tienen el se dá en precarias condiciones. Se trata claramente de una respuesta social, pero lo del año 2000 no significa que el problema se haya resuelto en los 12 años y un poco más que nos queda. Lo que se pretendió cuando se estableció en la Organización Mundial de la Salud la meta de "Salud para Todos" en el año "2000", era que para ese año en la totalidad de los países del mundo, existiesen procesos en marcha, irreversibles y tendientes a romper esta desigualdad o injusticia de ahí el nombre de "Salud para Todos".

Muchas veces se piensa con angustia que no estamos avanzando a la velocidad que fuese necesario para poder lograr esta meta. Quienes sientan así tal vez olvidan el contenido profundamente social de lo que se pretende. Porque esta meta no es otra cosa que un proceso de revolución social, genuino y verdadero, dentro del campo de la salud, y que si bien se lleva a cabo en el campo de la salud debería ser parte de un proceso revolucionario social de carácter global. Salud puede así convertirse en la punta de lanza que abre el camino para cambios similares en otros sectores.

Entonces nos referimos a un proceso fundamental y evidentemente político. Aunque a algunos les pueda disgustar o incomodar el término "Político".

Y ahora veamos ¿cuál es la estrategia de "Salud para Todos en el año 2000? Esta estrategia se ha ido concretando a través de un largo proceso de convergencia, de experiencias e ideas en todo el mundo, cristalizado en algo que también está sujeto a muchas distorsiones y confusiones en cuanto a su significado. Esta estrategia requiere a su vez, del desarrollo de una serie de estrategias. Es lo que hoy llamamos "ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD" y que, algunos con convicción y otros tal vez solo mecánicamente; unánimemente aceptamos, aunque no todos la entienden y la comprenden en su verdadera dimensión y profundidad.

La Atención Primaria de Salud como estrategia es, la única posibilidad factible y real de poder alcanzar la meta social de "Salud para Todos" en los países del tercer mundo. Ello debido fundamentalmente a la magnitud de los problemas de salud que tenemos que enfrentar y a la tremenda escasez de recursos que se da dentro de la crisis económica, que si bien es mundial, ha afectado mucho más significativamente en los países en desarrollo. No hay pues otra posibilidad de poder iniciar este proceso de cambio, de justicia social que la Atención Primaria de Salud, siempre que sea bien entendida.

Los países industrializados llegan al mismo punto a través de otro proceso diferente, y es el crecimiento explosivo de los costos de la atención de salud, principalmente de la de tipo médico-reparativas. Este crecimiento no es sino la consecuencia de una indiscriminada e in-

controlada comercialización del desarrollo científico y tecnológico aplicado al diagnóstico y al tratamiento de la enfermedad. Los países más ricos son ahora incapaces de poder mantener financieramente el clásico esquema del cuidado médico. Países donde existía salud para todos, aunque con diferencias, hoy se están encontrando con bolsones de poblaciones cuya capacidad adquisitiva les impide poder acceder a los servicios de salud, incrementándose en ellos las desigualdades, aunque en menos magnitud que los países en desarrollo. Este ha sido el punto de coincidencia que ha hecho posible el consenso universal.

Pero. ¿Qué significa la Atención Primaria de Salud?:

Primero no puede ser de ninguna manera, la vuelta a esquemas primitivos elementales y no científicos de atención. Tampoco puede el uso de recursos no profesionales o de personal improvisados. Mucho menos puede ser un programa paralelo e independiente de atención de segunda o tercera clase para los pobres del medio rural o de las zonas urbano-marginales, mientras que el gran volumen de los escasos recursos de un país se siguen concentrando en las grandes ciudades y con ello consolidando la situación tradicional de desigualdades e injusticia social. La Atención Primaria de Salud representa fundamentalmente, la búsqueda de formas tecnológicas que respondan tanto a las necesidades de cada país como a sus posibilidades financieras, culturales, sociales y de recursos humanos. Representa derrumbar los muros que encerraban la identificación del cuidado de la salud con la atención altamente sofisticada y exclusivamente profesional, consecuencia de la imposición imperialista de tecnologías. Aquí en Perú se da el caso, que es frecuente en los países de América Latina, que hay líderes en el campo de la salud que en lo político son anti-imperialista, pero en lo técnico están imperializados en su mentalidad, en su conducta y en su acción. No se dan cuenta que el anti-imperialismo hoy en día, no puede ser el mismo de antes de la Primera y de la Segunda Guerra Mundial. Ya no es necesario la propiedad de los recursos naturales de un país; y tampoco lo es la instalación de las industrias subsidiarias de las grandes transnacionales en un país. Hoy el imperialismo busca la propiedad o el manejo de la mentalidad de quienes viven en el Tercer Mundo; para que adopten en su esquema mental y en su conducta diaria, ya sea en el hogar o en el centro de trabajo, un modelo de consumo que nos permita seguir siendo permanentemente dependientes de la comercialización de la ciencia y de la tecnología. Una de las formas más sutiles de este imperialismo es el culto que tenemos a todo desarrollo tecnológico sofisticado indispensable para nuestra propia realización profesional y personal, pero irrelevante y al margen de las necesidades de las grandes mayorías del pueblo. Romper estos esquemas buscando respuestas tecnológicas propias y posibles a los problemas de salud del pueblo es Atención Primaria de Salud.

Atención Primaria de Salud es, también, el romper la relación paternalista que hay entre el profesional y el no profesional que trabajan dentro del modelo formal de los servicios de salud, entre ambos y el pueblo al que sirve. Es el cambiar las reglas de juego, en el sentido de que el pueblo es el responsable fundamental del cuidado de salud y que por ello el pueblo tiene que participar a lo largo de todo el proceso de desarrollo de la salud. El pueblo debe determinar por sí mismo cuales son sus necesidades sentidas, que no siempre corresponden a las percibidas por el burócrata y el tecnócrata, quienes "sienten" otras necesidades porque sus necesidades fundamentales ya están resueltas desde que pertenecen a la minoría privilegiada de cualquier país en desarrollo. Significa la participación del pueblo en la determinación de las prioridades entre estas necesidades; la búsqueda de las formas posibles, dentro de la escasez de recursos, para enfrentar esas necesidades prioritarias; la participación activa en los programas desde su diseño; y el control social y la supervisión de todo lo que se haga, porque ellos son los mandantes a

quienes los mandatarios han arrebatado históricamente tanto su responsabilidad cuanto su poder original.

Atención Primaria de Salud, es también romper las barreras que significan la arbitraria y convencional definición y delimitación de la salud como un sector, yo diría parodiando a Clemenceau, que la salud es un problema tan importante y tan complejo que no pueda quedar reducido al manejo de un sector, de un ministerio o de un grupo profesional. La salud tiene que ser promovida, protegida y defendida a través de la acción de muchos sectores. En muchos países en desarrollo son el agua potable, el saneamiento básico, la alimentación y la nutrición, las armas fundamentales mucho más importantes que la mejor atención médico-reparativa en cualquiera de los campos de especialidad.

Si todo esto es la Atención Primaria de Salud, entonces ella no es un tipo de servicio, ni un nivel periférico; tampoco es un programa nacional. Es más bien, un enfoque que va desde el pequeño puesto de salud perdido en lo más profundo de los Andes o lo más profundo de la Selva, hasta el Instituto Científico más altamente especializados. Atención Primaria de Salud no es solamente una estrategia; es un concepto; es una forma de enfrentar los problemas; es una filosofía.

Frente a esta definición conceptual de lo que es "Salud para Todos" y la "Atención Primaria de Salud". ¿Cuál es entonces el rol de las Universidades especialmente en el caso de América Latina?; esto tomaría mucho tiempo aun si se tratase de aclarar sólo los puntos más importantes. Además, todos o por lo menos muchos de ustedes tienen más experiencia vivida directamente en la labor universitaria; ello me releva de entrar en mayores consideraciones. Entonces solamente quiero referirme a aquellos elementos que considero indispensables como guías de orientación para cualquier quehacer de la universidad.

El primero es la realización, la toma de conciencia del importante papel, negativo o positivo, que juega la Universidad en un proceso de cambio social. Por ejemplo, en la Atención Primaria de la Salud y en la meta "Salud para todos en el Año 2000". Y es que la Universidad tiene como función fundamental el formar los recursos humanos que un país necesita. La primera pregunta que seguramente ya se han hecho y que seguramente se la van a volver a hacer es si efectivamente la Universidad produce los recursos humanos que el país necesita; y si los produce en función de los procesos de cambio social ineludible e impostergable que muchas veces un país necesita. Un proceso de cambio social solo puede hacerse cuando hay las capacidades para llevarlo a cabo; y si vemos que no somos capaces ahora, la posta tendrá que ser asumida por otros. La Universidad tiene así un reto grande, cual es el hacer también, y dentro de la Universidad, la revolución social que cada país necesita. Esta revolución social no es una revolución política; más bien es una revolución conceptual, es el cómo con connotaciones técnicas del más alto nivel. En otras palabras, es el cómo transformar la Universidad bonapartista de hace dos siglos, orientada a formar profesionales para que puedan llegar a su realización personal además de crear y consolidar una clase social, a una universidad de contenido social, donde lo que importa más son los grandes problemas del país, el desarrollo del país, la soberanía y la independencia del país. Es una Universidad que tiene que romper todos sus esquemas tradicionales y que tienen que comenzar rompiendo la imposición tecnológica que la obliga a consolidar y perpetuar los tipos de profesionales y de personas, individualistas, competitivos, sin sensibilidad social, que los países no necesitan. Por eso me ha alegrado mucho la cita que ha hecho el Presidente de la OFEDO-UDUAL, de nuestro Mariategui: "Para un cambio social no se requiere la técnica aislada; se requiere el compromiso, la fe, la decisión de poder llevar a cabo un proceso contra todos los obstáculos y dificultades".

La Universidad tiene que reconocer que a lo mejor al discutir el perfil del profesional que se necesita, esta siempre presente, rondando alrededor de la mesa de trabajo o del aula de discusión, el fantasma invisible pero influenciador, que ya nos colonizó mentalmente. En este sentido sigo sosteniendo que quien decide en última instancia los currícula de estudios en la Universidad no son ni las autoridades ni los profesores, con todo el respeto que me merecen, son los comerciantes de las tecnologías de diagnósticos y de tratamiento, porque todo en los currícula se diseña en función de esas tecnologías, que no necesariamente corresponden a las necesidades de un país en desarrollo.

Consecuentemente con lo anterior otro reto de la Universidad es el ¿Cómo cumplir entonces su función universitaria de investigación para el desarrollo de tecnologías que correspondan a las verdaderas necesidades de un país y de su pueblo, utilizando todo lo que se pueda haber alcanzado en el desarrollo científico y tecnológico y no únicamente lo que se impone en la comercialización agiotista y tecnológica.

El rol de la Universidad tiene que ser también uno de orientación; de información; creación de opinión. La universidad no puede quedar en un proceso de cambio social, encerrada en sí misma. Tiene por que por el contrario convertirse en la vanguardia del proceso porque se supone que en la universidad esta concentrada la élite intelectual de un país. Tiene que ser una universidad agresiva, que convoque a mensajes revolucionarios, pero "Revolucionarios" en el verdadero sentido de la palabra.

El problema más grande es si las universidades de América Latina están en esa situación; que habría que hacer para ponerlas en esa situación cuando el tiempo apremia, cuando las necesidades son impostergable y urgentes; creo sinceramente que todo esto es parte del marco de referencia fundamental que deben tener ustedes durante estos días de discusión.

Quiero dar a nombre del gobierno peruano, la bienvenida a los colegas de los otros países hermanos de América Latina. Encuentran ustedes al Perú, como es el caso con muchos otros países hermanos, en un trance histórico. El Perú atraviesa por la más seria crisis económica, social y moral de toda su historia. Este es un hecho reconocido por todos los estudiosos del Perú, cualquiera que sean sus ideologías o inclinaciones políticas. Y en este trance se encuentran: un gobierno, una oposición al gobierno y un pueblo; todos tratando de buscar cómo salir adelante con esquemas propios, sin la imposición ideológica y tecnológica de esquemas tradicionales que pudiesen haber sido exitosos en otras realidades muy diferentes de las nuestras. Encuentran ustedes un país que no solamente piensa en el Perú, que sostiene que en ninguno de los países de América Latina tendrá destino individualmente; que cree que la única posibilidad de forjarnos un destino es conjuntamente. Y si no es posible una integración inmediata, como fuera el sueño de Bolívar y el de Haya de la Torre, por lo menos tenemos la obligación de ir buscando las formas de poder actuar conjuntamente para enfrentarnos juntos ante los factores externos que han determinado y que condicionan nuestras crisis económicas, sociales y políticas. Encuentran ustedes un país que está haciendo todo lo posible dentro de múltiples limitaciones; que se negó a pagar la deuda externa para no sacrificar las inversiones necesarias para poder hacer esta revolución social dentro de un esquema democrático. Encuentran ustedes un país democrático, un país pluralista donde los colegas odontólogos peruanos que presentan los temas de este evento pertenecen casi todos, a la oposición al gobierno. Esto es el Perú que hoy día los acoge, tanto con el calor humano como el calor de este ambiente sin aire acondicionado, propio de nuestra realidad económica.

Mi última invocación es aunarme a lo que han dicho el Señor Presidente de OFEDO-UDUAL y el Sr. Rector de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en el sentido de que en esos días procuren no discutir únicamente en el terreno de lo conceptual y teórico, Creo, con Mao, que sólo se puede caminar cuando se tiene dos piernas; una es la teoría y la otra es la práctica. Con una hipótesis teórica se da un paso práctico y este a su vez, tantea el terreno para corregir la hipótesis teórica que permita el siguiente paso. Por eso, discutan prospectivamente aquello que se pueda hacer en Latinoamérica; lo que es factible y no lo que es sólo ideal. Lamentablemente, parte de nuestra deformación profesional es que sabemos sólo las respuestas ideales; sabemos los esquemas del punto de llegada final; y cuando nos preguntan. ¿Cómo hacerlo?, bueno, pareciera que eso ya no nos corresponden. Creo lo fundamental es que ya veámos con sentido estratégico, que es lo primero que se debe hacer en América Latina para que la universidad juegue realmente un papel fundamental en los procesos de cambio. Qué es lo que se haría hoy; qué es lo que se puede hacer y debe hacer. Y, dentro de este esquema, no caer en lo que siempre se cae en todo tipo de reuniones, esto es en recomendaciones técnicamente buenas para que en otros las hagan: “que el gobierno debe hacer esto”, “que la universidad debe hacer aquello”, etc. Creo que hoy en día, estamos obligados en toda reunión, a plantearnos individualmente, cualquiera que sea nuestra posición o nuestro rango o posibilidad, qué vamos a hacer en este proceso. En el momento en que este proceso, que no es de discusión pero si de compromiso activo, se ponga en marcha estaremos realmente cumpliendo en gran medida con el reto de “Salud para Todos en el Año 2000” y con el reto de hacer de la universidad latinoamericana una universidad a la vanguardia del proceso social.

DECLARO FORMALMENTE INAUGURADA LA IV CONFERENCIA DE OFEDO-UDUAL.

TEMA I

"Aspectos socio-económicos de América Latina y Salud para todos en el año 2000"

PONENCIAS:

- a) Dr. Javier Iguñiz
- b) Dr. Antonio Meza Cuadra
- c) Dr. Manlio Sardi (OFEDO/UDUAL)

EXPONENTE: DR. JAVIER IGUÍÑIZ
"SISTEMA ECONOMICO, ESTRATEGIAS DE DESARROLLO, CRISIS Y SALUD"

Buenos días con todos. Debo comenzar todavía elucubrando si fui sensato al aceptar esta exposición, tanto por el tema como por la naturaleza de especialistas que seguramente Uds. congregan en torno a estos asuntos, además por mi lejanía no sólo relativa sino absoluta en torno al nexo entre economía y salud. Aun así, el atractivo de los territorios ignorados y cierta vocación aventurera me impulsaron a aceptar, aparte de la amabilidad con la cual se me solicitó la presentación. Así es que voy a someterlos a las consecuencias de esta pequeña audacia, quiero decir, de todas maneras, que agradezco la invitación, no sólo por la importancia del evento, sino por la pequeña incursión que me ha permitido en unos cuantos asuntos vinculados a este problema del nexo entre la Problemática de la Salud en general y la situación económica.

Por lo que acabo de señalar va a ser obvio para Uds. que lo que puedo ofrecer es poco, y es casi para mí, no sé si para Uds. un esquema eventual de trabajo en el futuro, una agenda de asuntos. Lo que pretendo básicamente es poner un cierto orden esquemático en lo que se refiere a la manera en la que habría de tratar el problema entrando más profundamente en él.

El título en el que quedamos con el Dr. Izquierdo, es en realidad, un título al cual me voy a ajustar, incluso más de lo que pensaba cuando lo formulamos en conjunto, y en parte porque tendía por su intención a ser un título "Paraguas", en donde yo tuviera todas las libertades y el tema de Salud, ninguno. Entonces, es crisis, es sistema económico, es estrategia de desarrollo y casi todos los asuntos económicos relacionados con salud, lo cual por supuesto, a mí me iba a dar una mayor posibilidad de escoger aquellos que en el apuro y optimismo en el cual estamos me fueran factibles.

Voy a tratar de señalar algunos asuntos utilizando la información estrictamente vinculada al ámbito de la salud, salvo al principio en donde yo mismo he necesitado recorrer alguna información para saber en qué términos estaba y qué sugerencias me brindaba dicha información:
1º Situación.

Como sabemos bien los que somos investigadores y al mismo tiempo profesores, no hay diagnóstico de situación que no tenga marcos conceptuales detrás de ella y por ello no pretendo hacerme el inocente en esta breve descripción en cuando a concepción básica se refiere.

Aún así, no he tenido tiempo para ser coherentemente sesgado hacia lo que sería mis propias condiciones e intereses, con lo cual quiero decir que el ordenamiento del material informativo no termina de tener, a mi gusto, una jerarquía de importancia y ya una concepción detrás de esa información muy ordenada.

Viendo los datos sobre la salud y la Economía en la Salud, lo primero que quiero decir es que estoy muy impresionado sobre la cantidad de información que hay en esta primera incursión. El Boletín de UNICEF que tuvieron la amabilidad de proporcionarme para adentrarme en estos asuntos, es comparable con el de la Situación Económica de las Naciones Unidas o del Banco Mundial, en lo que a minuciosidad de información se refiere. Sospecho que no es una información del todo precisa, pero si supieran lo precisa que es la propiamente económica quizá algunos complejos al respecto, si es que existieren, desaparecerían relativamente.

En todo caso, en estos asuntos cuando hay tal cantidad de información, contribuye a su calidad, cuando uno tiene mucha información complementaria y de diversos indicadores y entradas sobre un asunto cercano en cuanto a objetivo, la suma de información diferenciada termina beneficiado la calidad de toda ella junta, en cambio, cuando hay una sola o un par, es ahí donde la inseguridad es enorme y uno ya no confía en o que lee aunque venga en términos numéricos, pero la cantidad de indicadores complementarios que hay sobre este asunto, francamente me han dado la impresión de que el campo cuantitativo, por lo menos en lo que se refiere al problema de salud, tiene una cobertura tal que inspira confianza en torno a lo que básicamente se tiene entre manos.

Como es natural, tuve que empezar pensando desde la propia situación del país para saber qué me inspiraba esa información. El panorama de la salud en el Perú es particularmente deprimente. Supongo que muchos de ustedes saben estas cosas de memoria y por eso es que las debo pasar muy rápido, además está el Dr. Meza Cuadra después de mí así es que no voy a correr el riesgo de que me desdiga luego respecto de estos asuntos.

El diagnóstico fundamental me parece muy sencillo, muy claro respecto del estado de la salud en general, si es que usamos esos indicadores densos, que no siempre son muy precisos en términos científicos, pero que por su densidad en términos de aquellos a los que aluden como trasfondo de muchos elementos particulares, quizá lo que no tengan en precisión científica, por lo menos si tienen en densidad, en lo que al asunto básico concierne.

El Perú está en una categoría de salud inferior a la de ingreso. Si seguimos usando esas categorías, por ahorrarnos esfuerzo mental, es muy claro que los indicadores fundamentales de la salud están por debajo de lo que correspondería a la norma y a la media de su situación económica. Es más, me he sorprendido porque no es solo así, sino que están por debajo de la norma cultural si medimos también los indicadores culturales del Perú comparativamente con aquellos que comparten con nuestro país los indicadores básicos de salud. Tanto en lo que se refiere a escolarización como en analfabetismo, etc., el lugar del Perú en esos rubros es mucho mayor que el lugar que ocupa en el rubro de la salud.

Entonces, tanto por la capacidad económica, sintetizamos esa capacidad de ingreso per cápita como por la habilidad cultural o el nivel promedio cultural, la salud en el Perú está claramente por debajo de la norma lo que revela que hay un problema específico del sector y no un

problema estrictamente derivable de las condiciones culturales y económicas propias del país como tal.

En América Latina estamos casi en el lote de Bolivia y Haití. Solos, en el estrato de los países de bajo nivel de salud y lejos de países vecinos cuyo ingreso per cápita no se diferencia tanto del nuestro. Uds. deben saber de esos indicadores: mientras que la mortalidad infantil de 0 a 5 años, si las cifras son medianamente cercanas a la realidad, es de 133 en el Perú, en Costa Rica 23, Chile 26 y Cuba 19, entonces estamos casi casi en un extremo, y aunque el error sea de 20 ó 30% no cambiamos la situación básica de este orden fundamental en el cual se encuentra la economía peruana.

Mi primera conclusión por lo tanto, es que "no podemos relacionar salud y economía desde solamente variables estructurales generales propias de las condiciones económicas"; luego voy a hablar sobre el asunto. Sin embargo, intuyo que la diferencia respecto de la misma, es decir, de la relación con estos indicadores es tal, que hay un problema científico, sectorial, del estilo, desde la manera de tratar la salud específicamente en el Perú.

Al parecer, si es que el peso al nacer es un indicador aproximado, nuevamente supongo que las características nacionales deben influir, pero de todas maneras lo curioso de la información es que tampoco parecer ser un problema de punto de partida. En la proporción de la población peruana que está debajo de los pesos más o menos normales en el momento de nacer es equivalente al cubano.

Me ha sorprendido enormemente que, al nacer, la proporción de la población peruana está por debajo del peso que sintetiza quizá insuficientemente muchas otras características del problema de la salud. Aun así, se si escoge ese indicador como uno de los que más permiten iniciar un diagnóstico del problema, el Perú comienza como Cuba, o como Chile o como cualquier otro país que está insuperablemente mejor en lo que a las condiciones de salud se refiere.

Aparentemente, por lo tanto, no es una cuestión de el nacimiento, del punto de partida estrictamente sino, del proceso posterior a ese punto de partida. Nuevamente, aún cuando el error en esta nueva apreciación matemático sea sustancial, no cambia la conclusión, porque la diferenciación y los resultados de la situación de salud es tan gigantesca comparada con la ausencia de diferenciación inicial, que aunque haya error en los dos polos de la información, me parece que la conclusión es probablemente correcta: No estamos ante un problema de punto de partida desde el punto de vista individual, biológico, humano, por decirlo de alguna manera que no sé si es muy rigurosa en cuanto a formulación.

Una característica fundamental que distingue al país que los acoge, a quienes de Uds. que vienen de otra realidad Latinoamericana, es que el Perú está en una situación de dinámica económica sumamente grave, es uno de los países que menos crece en América Latina en los últimos 15 a 20 años.

Si hay vigencia histórica de aquella tesis de los 60s y 70s que ya no tiene tanta validez universal como en aquella época la atribuíamos del desarrollo al subdesarrollo. Incluso en América Latina, por las experiencias que conocemos, ciertamente el Perú parece encajar todavía en esa aparentemente obsoleta pero realmente vigente simplificación del curso de nuestra realidad socio-económica.

Como economía nacional estamos en un claro proceso de divergencia o de predominio de las fuerzas centrífugas en el sistema planetario internacional por llamarlo de alguna manera, cosa que en otros países no es evidente, incluso dentro de América Latina misma.

Nuestra especialidad, de acuerdo a los indicadores que me dejan sorprendido, parecer ser los gastos de defensa en donde ciertamente estamos por encima, más del doble, del promedio

del porcentaje de gastos en defensa que la categoría de salud en la cual nos encontramos, y también ligeramente por encima de la educación, y menos por encima de los gastos de salud.

El otro componente del diagnóstico es elemental para todos ustedes, pero es muy exacto, es algo que en el Perú se ha estado diciendo desde el lenguaje, permítanmelo decirlo así, TEOLÓGICO. La teología de la liberación en el Perú recogió de observadores medievales de la colonia una frase que se llamó: "Morir antes de Tiempo", y desde ahí la cuestión de la opción por los pobres ha adquirido un status incluso ya más mundial como opción de tipo eclesial, religioso, por lo menos en el ámbito católico.

Nada más exacto que esta afirmación como característica, en el Perú la gente no muere a su tiempo. Eso es lo que posiblemente esté revisado en el menú de Uds. en torno a las edades fundamentales de la mortalidad, mientras lo nuestro las razones de esa mortandad, etc.

El 52% de las familias *antes* de la crisis, porque no quiero hablar de la crisis misma, no satisfacen el 90% de las necesidades energéticas; 52% de las familias en el país satisfacen menos del 90%.

36% tiene déficit en la ingesta proteica. Creo que puede ser una originalidad nacional lamentable que el 23% de la población en nuestra serranía tiene Bocio Endémico, así como 29% de la población escolar en la selva peruana. En general el 44% de los niños de la población menores de 15 años, con cifras del año 72, antes de la crisis tenía algún grado de desnutrición.

Tenemos por lo tanto, una clara situación básica estructural, voy a llamarlo así no sé si haya un término mejor: Precario o frágil. Se está muy cerca de las ramas de supervivencia o algo por el estilo, no sólo nuestras cifras de ingreso per cápita familiar, sino específicamente las de salud.

¿A qué se debe todo esto?

Paso así a la 2da, 3ra y 4ta. parte:

Lo primero nos nace como el factor explicativo porque está más cerca, más inmediato, nos cuesta menos como factor o clave explicativa es: La *crisis*. El Perú está viviendo una situación de crisis excepcional en América Latina, debido a su duración, y por ser así está siendo también excepcional por su profundidad, nosotros estamos en una crisis.

En el estudio de los ciclos económicos en el Perú hay un creciente consenso en que el pico del dinamismo económico nacional peruano se toca en el año 1967 (hace 20 años). Ese pico no se recupera en términos de su dinámica, en los ciclos de largo plazo que es con lo que más trabaja en el campo de la investigación, y en el año 75 SIGLA es el nivel mayor que el año 77, pero ha costado un gigantesco endeudamiento externo incluso no se llega a los dinamismos previos en cuanto a crecimiento económico.

El hecho de que la crisis en el Perú sea tan larga y que adquiera su mayor gravedad en los últimos 10 años desde 1975 hasta la actualidad, hace que la incidencia sobre las condiciones de salud sean bastante impresionante, yo he empezado a investigar y procesar algunas cifras que no las tengo suficientemente listas, pero les digo imaginariamente algunas de las conclusiones que tengo que empezar a pensar con consultas médicas, no de salud sino intelectuales.

Si vemos la curva de la tasa de mortalidad, por ejemplo, siempre encontramos esa clásica y ya normal tendencia declinante —pero ¿qué pasa?— en los 60s y 70s la curva dibuja las cifras a las cuales he tenido ya acceso, encontramos que la curva tenía una cierta pendiente de caída que entiendo debía seguir porque todavía estamos en niveles de tasas de mortalidad muy altas, o sea que supongo que a esos niveles tan altos las pendientes de bajada por lo menos deben mantenerse, si es que no, acelerar su caída. Cuando un país está subiendo muy cerca de los límites mismos, la pendiente tiene que disminuir ya que el esfuerzo médico, etc. tiene necesidades mayores.

Lo que encontramos es que la crisis en el Perú tiene una evidencia muy poderosa sobre la tasa de mortalidad infantil y lo que hace es reducir drásticamente la pendiente por la cual está cayendo esa tasa de mortalidad, y entonces, en vez de ser lineal la caída, lo que ocurre es que con la crisis sube relativamente, no absolutamente por supuesto, pero sube relativamente la mortalidad infantil y se genera una especie de bolsón que solo 10 años después recupera la pendiente que originalmente traía antes de los 70s en el Perú.

A mí me ha impresionado esto porque se supone que la tasa de mortalidad está vinculada a factores más estructurales, más el nivel del subdesarrollo y que por lo tanto también la ciencia médica y toda la serie de procesos, creo que ya hacía de esas tendencias relativamente aislables de las fluctuaciones cíclicas de nuestras economías y, simplemente por lo menos en el Perú es claro que no es así.

Por eso comentaba con el Dr. Izquierdo a la entrada: "Voy a empezar a buscar los indicadores de salud porque creo que tienen una sensibilidad parecida a la Bolsa de Valores sobre la situación cíclica de nuestra economía como indicadores de sensibilidad y lo que llamamos los indicadores libres de la situación económica". Igual por supuesto, porque es un componente de la construcción de las posibilidades de vida al nacer están subiendo por cierta pendiente, lo que sucede con la crisis es que la pendiente declina claramente durante varios años y luego recién, 4, 5, 6 años después vuelve a recuperar la pendiente original, pero claro ya a un nivel de edad en lo que a esperanza de vida al nacer se refiere, más bajo que el que hubiera existido de haber continuado las tendencias previas a la crisis.

A lo que voy con esto es que la crisis ciertamente tiene y ha tenido en el Perú una incidencia que todavía no sé calcular porque no sé cómo se calcula el punto de muchos centenares de miles de muertos, por ser cauteloso en lo que al orden del número de ceros se refiere, porque calculando el área de la divergencia entre ambas curvas es posible poder calcular fácilmente la cantidad de niños que no han logrado sobrevivir por razón del cambio de trayectoria de esa curva que a su vez es evidentemente vinculable al fenómeno de la crisis en el país, por lo cual existe una relación entre la crisis y economía, por lo menos para mí, y disculpen si es que esto es demasiado elemental. La incidencia es muy masiva, o sea es muy poderosa en términos de los ceros de población involucrados en la relación entre la crisis y la mortalidad infantil.

Esto lo sabemos encontrando algunas cifras sobre morbilidad que he tenido la suerte de ubicar y éstas son:

Entre 1974 y 1983, los 10 años más duros de crisis en el Perú, las enfermedades transmisibles registradas ya ha establecido algún complicado asunto en términos de la validez de estas cifras, pero supongo que la crisis no estimula el registro, más bien supongo que la crisis desestimula el registro porque cuenta el pasaje, incluso para registrar y probablemente es inútil hacerlo por los remedios que es necesario comprar, etc. etc., así es que, claro que se debe subestimar el indicador.

Entonces, entre el 74 y 83, las enfermedades transmisibles registradas aumentaron 431% de las cuales las hidrofecales específicamente, estaban en el año 83 en un nivel de 462% superior al del 74, y las respiratorias agudas estaban en un nivel de 1,184% superior al del año de comienzo de la crisis.

Entonces mi 2da. conclusión de la crisis es que:

La evolución de los indicadores económicos de ingreso y capacidad adquisitiva que son los que usualmente más tratamos nosotros, no expresan bien las fluctuaciones cíclicas del problema de salud. En otros términos, hay una sobreacción del problema de la salud al fenómeno económico.

¿A qué nos lleva esto?

A mi juicio, a que la incidencia de la crisis sobre la salud es más que proporcional.

Esto sugiere una condición de precariedad muy grande porque en el porcentaje de variación en el ingreso, incluso en los sectores populares tenía una incidencia sobre su situación de salud mucho más que proporcional a las variaciones del ingreso, esto sugiere una precariedad, una fragilidad en términos muy grandes.

Por lo tanto, la crisis no puede ser el factor explicativo fundamental de la situación de salud; es una conclusión quizá lógica nada más, de éstos indicadores, si es que entendemos por crisis por lo menos las fluctuaciones cíclicas de nuestro proceso económico. ¿Por qué? Porque a su vez en los países desarrollados estoy seguro que la incidencia de los indicadores de salud, mejor dicho, el impacto de las variaciones en el ingreso sobre los indicadores de salud es menor que proporcional, tengo la sospecha de que así es, que el 1% en variación del ingreso debe traducirse menos del 1% de variación de los indicadores de morbilidad en los países más desarrollados. Si es así, mi deducción todavía puramente lógica, es que tenemos, por lo tanto, en la agenda en lo que a las condiciones de precariedad de vida, fragilidad de la salud humana se refiere, un problema de desarrollo y de subdesarrollo, y no un problema de fluctuación cíclica como explicación fundamental. Pero esto se refiere a un aspecto de la salud, en lo que pobremente voy entendiendo. Las complejidades de este problema de las condiciones de vida y de su precariedad como también la fragilidad para resistir variaciones cíclicas en el campo económico.

El otro problema que entiendo es casi como la otra cara de la medalla, es el de la Curación y el del Acceso a la Curación.

En este punto la evidencia es que la crisis agudiza la dificultad de acceder a la curación. No hay un indicador de eso en las cifras que he visto hasta ahora sobre el consumo de medicinas, atención de consultas y cosas relativas a ello, no sé si es que ya hay algo sólido en cuanto a material empírico, pero en cualquier caso me parece que la norma básica que la crisis pone en evidencia y sobre la cual me gustaría volver al final es que, "a mayor riesgo de enfermedad, menor acceso a la curación".

Existiría algo como una ley de evolución inversa de que, "a mayor necesidad de curación, menor acceso a ella", y no sé cuál es la mejor formulación técnica, pero "cuanto más probabilidad de caer enfermo tiene una persona, menos facilidad de acceso a la curación tiene".

Necesitamos algo así como una ley sistémica o una ley social porque es ciertamente social esa ley.

En 2do. lugar, el subdesarrollo parece estar extraordinariamente vinculado al tipo de enfermedad y de muerte. Esto también es elemental así es que lo pongo porque a mí me ha sido útil ponerlo en orden para ver si voy recogiendo los elementos obvios quizá, pero de fondo.

Sin embargo, el subdesarrollo no es suficiente para explicar el problema de la salud en el Perú porque como dije al comenzar, el Perú está claramente por debajo de la norma que corresponde a los indicadores de subdesarrollo más importantes. El Perú está dentro de los países subdesarrollados y los de ingreso medio pero está crisis sistemáticamente por debajo de los principales indicadores de salud, por lo que la búsqueda del subdesarrollo como una explicación de esa precariedad también es insuficiente, por lo menos entendiendo subdesarrollo a través de esos indicadores.

Por eso es que me parece y lo someto a conversación posterior y a sugerencias más adelante, que en el Perú tenemos que ver el problema de salud mirando indicadores estructurales, pero que trascienden los propiamente económicos, porque eso no nos da la clave de la relación entre ambos.

Me hace sugerir algunos indicadores: El más importante, que se me ocurre, sería algo que ha sido titulado por alguna gente como el "Colonialismo interno"; es decir, como son las relaciones sociales internas del país, que no son propiamente idénticas al subdesarrollo. Como tal estoy pensando en el factor étnico-racial en el Perú, en la discriminación y por lo tanto, lo poco que vale la vida para el peruano común y corriente. Mejor dicho, lo poco que vale la vida del peruano común y corriente para las élites pensantes, actuantes, gerenciantes del país mismo y de los aparatos estatales, públicos, paraestatales y de los privados.

Entonces, aparte del subdesarrollo hay algo así como un factor de discriminación que es más poderoso que el de la distribución del ingreso o que incide y refuerza la distribución del ingreso. Como sabemos el Perú tiene el mérito de ser el país con peor distribución del ingreso en el mundo entre los que están registrados en el Banco Mundial, con investigaciones más o menos confiables. No me atrevo a afirmar, sino que lo hago a manera de pregunta: ¿Es en el caso del Perú, el indicador vinculado a la discriminación de género, importante para explicar las condiciones de vida y de salud así como el nivel de fluctuaciones en este campo?

No he leído mucho al respecto pero recuerdo a un autor indio Matías Ell quien encuentra para Asia una relación absolutamente impresionante, espeluznante, de lo que son las diferencias de situación de salud en el interior de la familia por razón de la diferencia entre hombre y mujer.

Lo único que me recordó esto fue una lectura antigua que hice de un libro de un eminente médico peruano, el padre del connotado economista y político Pedro Pablo Kuchinski, quien fue un gran investigador de la salud en el Sur Andino. Tengo algunos libros apolillados por ahí donde se establece la diferenciación hombre y mujer en las comunidades campesinas y las diferencias son realmente monstruosas en cuanto a estatura, peso, tamaño, esperanza de vida y otros indicadores que revelarían la existencia de este indicador como potencialmente interesante, pero no me atrevo a afirmar más sobre este punto.

Los otros aspectos del subdesarrollo supongo que tienen mucha información los menciono simplemente para no agotar ni perder el tiempo entre gente que debe haber meditado mucho sobre el punto y es: El problema de los precios de las medicinas, la sobrefacturación, etc., que en el caso del Perú tengo entendido es particularmente escandaloso, incluso comparado con países vecinos.

Y el otro punto es el del subdesarrollo del Perú como territorio de experimentación de medicinas o territorio de amortización de medicinas fracasadas, amortización de los costos de investigación. Estos asuntos son realmente escandalosos en términos de lo que significa la situación de subdesarrollo, pero quiero acabar con una conclusión sobre este asunto de la relación entre el subdesarrollo y la salud:

Mi impresión de esta revisión y reflexión, precaria a su vez, sobre el nexo entre ambos asuntos es que "el subdesarrollo así como las fluctuaciones cíclicas de la economía, no explican la situación fundamental de salud. En todo caso, si bien son un factor importante de todas maneras resultan insuficientes, por lo menos claramente para el Perú".

Un informe del Banco Mundial sobre la situación de subdesarrollo a nivel internacional, en uno de los informes anuales del Banco Mundial me permitirá completar, el título que le ofrecí al Dr. Izquierdo para la presentación que es: "La relación entre Salud y Sistema Económico" estrictamente no nivel de desarrollo, sino sistema económico. Hasta ahora la información empírica que he merodeado ligeramente es bastante impresionante: Para un cierto grado de desarrollo medido en términos del ingreso per cápita, (como primer anclaje ísimplista del proble-

ma) he contrapuesto las condiciones de vida o el nivel de salud medido en la esperanza de vida al nacer (que es otro indicador ómnibus, algo así como "el Arca de Noé", donde hay de todo). Esperanza de vida e incluso tasa de mortalidad creo que son indicadores poco abstractos y también muy concretos, muy complejos como conceptos.

El mismo Banco Mundial llega al final de su estudio a una conclusión fundamental: La variable explicativa fundamental que determina las condiciones de salud para ellos, es el "sistema político y las decisiones políticas que acompañan a este sistema", y usan un gráfico; imaginémoslo en el aire porque no es tan complicado. Las coordenadas son: de esperanza de vida al nacer y en las abscisas el ingreso per cápita y ordenan casi a todos los países del mundo de acuerdo a éstas. Entonces, la curva de la norma es una de tipo parabólico, viendo así colocado a los países por encima de la línea o por debajo de ella de acuerdo al ingreso per cápita que le corresponda.

Bien, el gráfico dibujado por el Banco Mundial revela algo así como una situación que yo no imaginaba tan nítida. Muy claramente por encima de la norma, lejos como si fueran de otro sistema planetario o de otro sistema solar, 4 puntos se escapaban claramente por encima de la norma, esos cuatro puntos eran: China, Vietnam Sri Lanka y Cuba.

La pregunta sería o la evidencia es clara: ¿Hay algo, sin duda importante, en el sistema socio-político que se tiene entre manos? Con esto no quiero decir que es automática la relación, yo no estoy seguro todavía de eso, es una cosa que hay que trabajar finamente, pero claro no están todos los países de la esfera llamada socialista por encima de esa norma.

Desde el punto de vista de países subdesarrollados muy pobres, ciertamente la ruptura de la norma, en una dirección positiva, es tan extraordinariamente clara que incluso el Banco Mundial tuvo que ponerla en evidencia ya que sino el gráfico no saldría o tendrían que olvidar países porque la varianza alrededor de la norma fuera mucho menor.

No me atrevo a hacer una señalización de sistemas socio-políticos y salud, no estoy seguro todavía de esto, no me atrevo a ver si hay una relación universalizable en torno a esto. Pero para países muy pequeños el nivel de ingreso per cápita aparentemente no existe; en otros términos, la salud es mucho mayor o mejor, depende de si las posibilidades cuantitativas o cualitativas en países muy pobres en caso de que esos países tengan una opción claramente de tipo socialista. En resumen y para concluir:

Creo que hay 3 órdenes de factores y cuando los puse en el título para merodear y bucear en cada uno de ellos, lo hice por la razón que indiqué antes, por darme a mí las mayores probabilidades de tener algo que decir. No hay duda de que hay ahí una sensibilidad de la salud muy grande a éstos indicadores.

En primer lugar, variaciones del ingreso per cápita.

En segundo lugar, nivel de ese ingreso per cápita.

En tercer lugar, organización social para un cierto ingreso per cápita.

Por todo ello, resolver el problema de la salud de una manera racional o eficiente supone por lo menos, no evadir ninguno de esos tres aspectos como fundamental. Mi pobre conclusión preliminar es que: Evadir cualquiera de estos factores (3), es perder una variación muy importante. Ninguno de ellos es residual o abandonable como variable decisiva. Todos son enormemente influyentes en el estado de salud básica de la población. No voy a profundizar en qué aspectos de los sistemas son los que específicamente inciden más en el problema de la salud.

Mi intención sería ahora, explorar algunas relaciones que en economía las analizamos para otros problemas distintos del de salud. Estas son, el problema de la relación: Empleo-Ingreso, productividad-ingreso, fuerza del mercado-ingreso y la relación entre el ingreso personal, condiciones de vida y el acceso a la curación.

Creo que ahí hay, a mi juicio, un nexo fatal que proviene de una jerarquía de valores, una jerarquía valorativa y biológica de acuerdo a la cual las condiciones de vida y por lo tanto el riesgo de enfermedad depende fundamentalmente del ingreso personal. El nexo: ingreso personal-condiciones de vida es muy sólido y creo que no es nexo fatal. Justamente, cambiar el sistema en este aspecto de la salud tendría como definición en primer lugar cambiar el nexo entre ingreso y condiciones de vida mínimos, y romper el nexo entre ingreso personal y acceso a la curación.

Es decir, tanto las condiciones de vida mínimas como el acceso a la curación tiene que ser de alguna manera independientes del ingreso personal. Lo que quiero decir es que quizá otros componentes lo sean, no quiero entrar de afuera porque estoy tanteando muy cautelosamente y con temor sobre el punto.

La sociedad que tenemos, al relacionar el ingreso personal con las condiciones de vida y el acceso a la curación (las dos caras de la medalla de la cual estaba hablando), convierte ambas caras en extraordinariamente precarias en lo que al correlato de salud se refiere. Como sabemos bien, el empleo no está asegurado y el ingreso personal fundamentalmente depende del empleo. Una vez adquirido el empleo, el ingreso personal no está asegurado, depende enormemente de la productividad del trabajo del empleo en cual está. Pero una vez que el empleo tiene una reproductividad respetable, todavía el ingreso personal no está asegurado porque esto depende de la fuerza laboral en el mercado de trabajo respectivo y la organización que se tiene con lo cual: Primero es empleo, segundo: Productividad y tercero: todavía condiciones de fuerza y la capacidad de negociación para reducir el margen de utilidades de salarios.

Entonces, el ingreso personal que permitiría acceder a las dos caras de la medalla: Condiciones de vida y acceso a la curación reduciendo la brecha y la ley inversa a la cual estábamos viendo antes, tienen vallas intermedias. Lo que está a mi juicio de por medio es; en primer lugar la organización social y el valor del ser humano que determine que ese acceso a la curación fundamental, por lo menos en las condiciones de vida, sean efectivamente independientes del ingreso personal.

En segundo lugar, eso no implica que no haya que establecer esfuerzos de crecimiento y de desarrollo y a su vez eso no implica que no haya que establecer políticas contracíclicas especiales que neutralicen los efectos de crisis cíclicas que normalmente van a continuar existiendo.

Sistema económico, Subdesarrollo y Ciclos Económicos, por lo tanto, están todos muy vinculados al problema de la salud, es en todo caso mi primera conclusión que, sería interesante explorarla más a fondo.

DR. MEZA CUADRA

TEMA: Crisis Socio-Económica en América Latina: Su repercusión en Salud y Educación.

Quiero agradecer al Comité Organizador la oportunidad de poder conversar con ustedes sobre algunos asuntos vinculados a la Problemática de la Salud en esta parte del continente y compartir inquietudes e ideas con ustedes en su condición de educadores en el campo de la Estomatología.

Quiero también, por intermedio de la mesa, aprovechar la oportunidad para presentar mi saludo a todos los amigos de OFEDO-UDUAL, en la persona de su Presidente el Dr. Pieruzzi, al Dr. Rodrigo Yépez, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador en su condición de Presidente de la Asociación Latinoamericana de Facultades de Escuela de Medicina y a la compañera Cristina Rivalta en su condición de Presidenta de la Asociación de Escuelas y Facultades de Enfermería. Creo que por lo tanto, ésta constituye una reunión histórica en el intento, de ir haciendo confluír a las diversas profesiones de las Ciencias de la salud en eventos conjuntos. Si bien este evento no tiene esa característica integral, por lo menos da la oportunidad de que sus Comités Directivos de Odontólogos, médicos y enfermeras, puedan planificar tareas conjuntas en este esfuerzo multidisciplinario que, es desde nuestro punto de vista, muy importante.

Voy a tratar el tema principal, básicamente haciendo un esfuerzo de síntesis, en lo que refiere a las repercusiones de como esta crisis que hemos escuchado de Javier Iguñiz, ha repercutido en el campo de la salud y la educación de América Latina. Creo que esta conferencia introductoria de Iguñiz nos abre una serie de otros aspectos para poder entender básicamente ésto que es motivo de la conversación de ahora.

Sin embargo, es bien importante para tratar de tener una visión mucho más integral del problema, dejar algunas líneas de reflexión de la evolución de las diversas corrientes de opinión del pensamiento médico, que creo que están un poco insertas en una serie de crisis concretas que han contribuido a la evolución de la situación de salud en nuestros pueblos. En este sentido, me parece importante antes de comentar esta última crisis económica tan aguda de los años

74 al 83 (básicamente la etapa más dura), cómo recién a partir de la década del 60 cuando se inicia la crisis de las concepciones positivistas del análisis de la situación de salud y comienza a haber un cambio sustantivo, que se traduce y se evidencia en un traslado de lo individual a lo colectivo, de lo eminentemente biológico a lo social y de lo curativo básicamente a lo preventivo. Esto parte fundamentalmente como consecuencia del entendimiento de que todas las formas de analizar la situación sanitaria y los intentos de abordarla, habían sido insuficientes y ésto se traducía en el mantenimiento de indicadores básicamente trágicos y dramáticos en lo que se refiere a la situación sanitaria.

Mucho de ésto es más consecuencia, incluso, de los problemas sociales que se dan en esta parte del continente, que de los aportes ideológicos en el campo de la concepción de cómo entender la medicina.

Pero ocurre a esa altura y ésto es bien importante, porque creo que va a ser motivo de discusión más adelante por parte de Uds., que esta crisis del positivismo, en el entendido previo que de lo que se trata es de buscar soluciones integrales y que la salud o la enfermedad son un subproducto de la organización social, y por tanto se trata de crear una organización social que permita la satisfacción de estas necesidades básicas-mínimas. En la medida en que entendíamos ésto, los positivistas caen en una decadencia que parte de la premisa (no viable) de que transformando la salud, se va a transformar la sociedad.

Es lo mismo, transformando una escuela no se va a transformar la sociedad, o sea, la escuela es buena porque la Sociedad es buena y no al revés; lo que no significa que la sociedad será lo que la escuela sea.

Frente a ésto surgen las concepciones fenomenológicas y las materialistas del análisis de la situación de la salud, las cuales plantean que hay todo un conjunto de subsectores donde el económico, el político, el social, el cultural, el educacional son importantísimo pero no se puede crear una transformación del ordenamiento social a partir de exclusivamente uno de ellos. Sin embargo, y aquí viene lo importante de entender la crisis. Uds., recuerdan que al comienzo de la década del 70 se produce un gran debate y una serie de aportes interesantes en lo que se refiere a la crítica de los sistemas existentes. Los acontecimientos históricos más recientes ya han puesto claridad sobre este punto, pero en ese momento aparecía todo el cuestionamiento a la enseñanza formal y se hablaba de la "Desescolarización". Se convertía por tanto, en el objetivo fundamental el tratar de romper con la enseñanza tradicional, con la escuela formal, con la universidad, y más bien desarrollar programas de Desescolarización como si fueran alternativas.

Desde nuestro punto de vista, fue un error, como se verá más adelante, pero el cuestionamiento a las instituciones formales hacía caer a quienes planteaban ésto en una falta de claridad en la identificación de cuál era la contradicción principal en la situación vigente. Es decir, el enemigo fundamental era el Estado, era la escuela, era la universidad y en el campo de la salud se da exactamente lo mismo. El enemigo fundamental era la organización sanitaria, el Ministerio de Salud, etc., y se comienza a hablar de la Desmedicalización se hacen afirmaciones en las que se plantea que la organización sanitaria en ningún momento ha significado, por más eficaz que sea, mejora significativa en las estadísticas de la situación de salud en el país.

En 2do lugar, que la medicina es iatrogénica.

En 3er lugar, que los médicos andan inventando y los odontólogos también, una serie de enfermedades y una serie de equipos y tecnología para tratar de captar más clientes y aumentar su mercado de trabajo. Frente a esta situación viene, y por eso me parecía importante hacer la referencia, la crisis económica de más o menos la mitad de la década del 70. En esta crisis ¿qué ocurre?, nos encontramos con lo siguiente:

Hay un cuestionamiento total a las organizaciones sanitarias y por lo tanto debía ser el pueblo organizado quien se encargue del cuidado de la salud, se comienza a hablar en esa época de; Atención Primaria, de la Organización y participación de la Comunidad, Tecnología apropiada, etc.

En relación a la educación se empieza a hablar de la Desescolarización, el autoaprendizaje, etc. En circunstancia en que la característica nuestra en la sociedad Latinoamericana era la desarticulación social, se da el caso que los necesitados o consumidores de salud y de educación se comienzan a convertir en productores de servicio de salud y educación, ello en cierto modo contribuye a paliar esta crisis en términos de las exigencias del FMI, de tener presupuesto balanceados, entre otros aspectos, a expensas de reducir el gasto público, particularmente reduciendo significativamente el gasto en los sectores sociales. Si nosotros revisamos históricamente las curvas de la evolución de los presupuestos de salud y educación en América Latina, vamos a ver exactamente cómo de comienzos de la década del 70 éstos van disminuyendo significativamente. El Perú, el presupuesto en salud se reduce desde el 8% hasta llegar al 3.6, 3.7 en forma vertiginosa, y en educación, que en su mejor momento estuvo en 24% del Presupuesto General de la República, termina en un 11%, un descenso vertiginoso con una tendencia adicional a la privatización de los servicios médicos y de educación. La brecha que se establece entre la Educación Estatal y la Educación Privada es cada vez más grande y por tanto esto en la situación de una crisis económica muy dura permite a los gobiernos hacer estos llamados "Presupuesto balanceados", con gran austeridad donde fundamentalmente se reduce lo asignado a los sectores sociales.

Lo que estoy diciendo, a esta altura, de ninguna manera pretender cuestionar la participación activa de la comunidad en la solución de sus problemas de salud, ni tampoco el uso de la tecnología apropiada, la atención primaria como una puerta de entrada a un sistema que puede resolver integralmente los problemas de salud, sino que estoy remarcando que todo ello puede servir para cualquier cosa, depende cómo al servicio de quien es utilizado. El momento histórico que hemos recordado, fue un aliado, desde mi punto de vista, no casual, para lograr o para permitir que frente a esta crisis los distintos gobiernos de América Latina puedan reducir sus presupuestos a costa de los sectores sociales. Es en estas circunstancias en que nosotros tenemos que enfrentar estas repercusiones de la crisis y todos están de acuerdo en reconocer que una crisis económica con recesión y con todos los problemas relativos a una situación de esta naturaleza afecta fundamentalmente el estado de salud de la población. ¿Cómo se traduce esto?

Realmente se traduce con indicadores que aquí se han comentado, algunos por supuesto con mucha claridad pero por ejemplo, se hablaba del indicador que yo voy a hacer el comentario tratando de desmitificar algunas cosas esto es: La relación de médicos versus población; ya desde hace más de 20 años desde los famosos criterios de Hall, éstos tienen importancia relativa, no se puede decir en estos momentos que el Perú tiene un médico por más o menos 1.000 habitantes en la medida que somos alrededor de 20.000 médicos y 20 millones, primero por lo que ya se dijo por su distribución, hay departamento en donde hay un médico por 60.000 habitantes, y Lima Metropolitana tiene un médico por 472; Lima Departamento un médico por 600, y las condiciones de salud no han cambiado o sea, lo importante es, ¿este producto es utilizado?, ¿está incorporado a un sistema?, ¿al servicio de quién está este médico?

También se ha dicho otra cosa que es cierta y que yo la complementaría, "hay una relación inversa también entre la distribución de los profesionales y las necesidades de salud, donde hay más necesidades de salud, hay menos profesionales, y donde hay mayores posibilidades de consumo, aunque hayan menos necesidades de salud, hay más profesionales".

También se ha hablado de algunos otros indicadores y creo definitivamente que hay que profundizar el estudio para buscar indicadores alternativos o complementarios, por ejemplo, a la mortalidad infantil. Porque ahora se está mostrando una mortalidad infantil en Chile, relativamente baja y la gente dice: "Bueno, la política de Chile, representada por Pinochet, esta resolviendo problemas".

Creo que ahí tenemos que estar bien claros, cómo hay una determinada sensibilidad para eliminar una serie de causas de muerte que son prevenibles; un programa de Inmunizaciones por ejemplo, evita la mortalidad por 5 ó 6 enfermedades durante el primer año de vida, pero ¿qué pasa después?, eso si es lo importante. Eso es lo que no se dice, la desnutrición, falta de acceso a la escolaridad, hacinamientos, etc.; por ello es más propio hablar de "*Calidad de vida*". En eso también me parece fundamental tener claro una serie de conceptos donde se nos están impulsando cosas que son correctas, pero que no las podemos ver aislada del concepto social, por ejemplo, la mayoría de Uds. ha leído todos aquellos aportes de Gran sobre "Una Revolución en Favor de la Infancia". "El Estado Mundial de la Situación de la Niñez", etc., se muestra que con 4 acciones de salud se puede bajar la mortalidad infantil hasta la tercera parte y se aprestan a proponer a la quinta acción el próximo año sobre la Infección Respiratoria Aguda (IRA). Pero hasta esa altura, las cuatro acciones son: Terapia de Rehidratación Oral, Vigilancia Nutricional, Inmunizaciones y Lactancia Materna.

Estoy totalmente de acuerdo en que hay que impulsar estas acciones, pero el análisis que se hace a través de la presentación de la mayoría de estos aportes apunta a demostrar una cosa que a mi juicio es interesada y que es equívoca. Esto es que se pueden mejorar significativamente las condiciones de salud en la sociedad sin cambio social y sin mayores recursos económicos, y eso realmente no es cierto, lo cual no quiere decir que aquí ahora no se pueden emprender una serie de acciones como éstas que no son costosas, pero que no hay que perder de vista la perspectiva de una solución integral en la problemática global de la política sanitaria.

¿Qué cosa está pasando en relación a esta crisis económica?

Desde mi punto de vista, uno de los mejores indicados y esto está siendo ahora muy trabajado, es el del estado nutricional de la población en distintos momentos de su vida, porque como les decía, la mortalidad infantil está en estos momentos siendo un indicador muy importante pero puede prestarse a algunas interpretaciones equívocas.

La prevalencia de determinadas enfermedades infecto-contagiosas siendo un indicador muy valioso también sin necesidad de que se resuelvan integralmente los problemas de salud en un porcentaje muy alto pueden ser prevenidas, por ejemplo hablaba Javier Iguñiz del aspecto vinculado a "Peso al Nacer", efectivamente, y resulta que aquí no hay mucha diferencia pero ahora está demostrado que sigue siendo importante por una razón, "hay que averiguar qué porcentajes de los niños que nacen con bajo peso son niños que tienen un embarazo a término", porque de ahí resulta la conclusión, normalmente no más de la tercera parte de los niños que nacen con no menos de 2,500 gramos deben ser niños que no son prematuros, es decir son niños de bajo peso al nacer o desnutridos intrauterinos. Aquí en el Perú y se está haciendo en América Latina con resultados muy parecidos más o menos el 50% de niños que nacen con menos de 2,500 gramos no son prematuros, pasaron de las 38, 39 semanas de edad gestacional, y sin embargo, pesan menos y, la diferencia tiene significación estadística, ese es el malnutrido fetal, el niño con retraso intrauterino o distrófico fetal, pero desde ahí comienza el asunto de medir para adelante el problema del estado nutricional toca con una serie de dificultades desde el punto vista de la rigurosidad para el análisis, pero estudios que más o menos con todos los errores o

riesgos de tanta rigurosidad científica que significa hacer promedios, pero hay que hacerlo, son relativamente fáciles de hacer.

Evidentemente, cuando hablamos de América Latina y hablamos de peculiaridades tenemos que entender que siendo más o menos parecidos dentro de nuestros propios países hay diferencias; cuando en el Perú decimos que la mortalidad infantil es del orden de 100 x 1000 ó 127 x 1000 como actualmente dice el Ministerio de Salud, eso está siendo correcto, pero está descubriendo que probablemente en Monterrico, Las Casuarinas, San Isidro, (zonas residenciales), la mortalidad infantil: sea de 10 x 1000 y en otras zonas desnivadas sea de 400 x 1000, de allí surge el promedio nacional es de 127 x 1000, pero encubre diferencias al interior de la sociedad.

Eso es válido y para que Uds. tengan una idea de un último estudio denominado Encuesta Nacional de Alimentos (ENCA), que se está haciendo en varios países, con el apoyo del Banco Mundial, en él se revela que en el Perú, el consumo calórico es alrededor de 1,800 calorías per cápita y que algunos países de América Latina están por ese orden.

En este auditorium, ninguno de nosotros, por más esfuerzo que hagamos consumimos menos de 2,500 a 3,000 calorías al día, quiere decir que para que el promedio nacional sea de 1,800, un vasto sector de la población están muy por debajo. Aquí tenemos que hacer referencia a las recomendaciones de la FAO que habla de un consumo calórico mínimo aconsejable de 2,500 y un límite de muerte de 1,400, y sin embargo en el Perú y en algunos países de América Latina, sin separar grupos sociales, estamos más cerca del límite de muerte que el del límite mínimo aconsejado por la FAO.

Otro elemento que creo también es en parte consecuencia de las repercusiones de la crisis, ha sido falta del abordaje a una solución de la organización sanitaria; aquí se ha hecho referencia con inquietud interés y se ha respondido en parte también a la evolución de la organización sanitaria cubana, yo creo que ahí tenemos que ser bien realistas de ubicarnos en nuestro respectivo momento histórico, es decir ahora se puede hablar que en Cuba están haciendo trasplantes cardíacos, ahora están trabajando más en mortalidad perinatal que en mortalidad neonatal o post-neonatal, etc., pero al comienzo no era así, es toda una evolución donde primero había que lograr una cobertura integral a toda la población, etc., y ahora pueden investigar con Interferon, buscar tratamiento para el cáncer, etc. pero en una evolución que va respondiendo a la realidad y a las necesidades de ese país; pues bien, no ha habido y de esto hay una serie de estudios bien interesantes publicados por Milton Terris y Milton Roemer los dos Milton han escrito mucho sobre "Sistemas de Salud".

Hay un estudio bellísimo sobre Organización Sanitaria que parte de una evaluación en una investigación en más de 150 países de todo el mundo, auspiciado por la OMS.

Ellos parten de la premisa de que, una solución integral de los problemas de salud se puede llegar a través de una revolución triunfadora que socializando la medicina la ponga al servicio de todos, entendiendo que éste es un problema que debe asumirlo el Estado compartidamente con la comunidad y, lo resuelve. O se puede llegar también, a través de una organización que tenga claro que esto es posible independientemente de otras limitaciones del resto del orden social existente.

Se han estudiado ahí los sistemas de salud de la llamada "Asistencia Pública", donde coexisten los servicios públicos a cargo del Ministerio de Salud y otros organismos que generalmente se mezcla con otros sistemas que es el de Seguridad Social; el Sistema de Seguridad Social como otra alternativa y finalmente el Servicio Integrado o Servicio Unico de Salud. Los resultados que yo invito a revisar son excelentes y objetivos, yo traigo a colación esto en la medida que es

otro subproducto de la crisis que no ha sido abordado correctamente. Por la misma crisis económica, por la crisis de apertura, por la inflación, por el endeudamiento externo, etc., el Estado cada vez ha ido transfiriendo al Seguro Social y ésta a su vez al Sector Privado, servicios de salud, sin asumir una política de salud integral a través de una política rectora del Estado.

Tampoco ha habido sino planteado en el discurso político el Perú una propuesta de integración de sector, y en estos momentos, en varios países es un aspecto que se está discutiendo, pero mi impresión es que "una cosa es lo que se dice y otra cosa es lo que se está haciendo".

Otro aspecto fundamental, desde nuestro punto de vista, es la Descentralización, hemos dicho: Organización Sanitaria, básicamente integración, "descentralización", pero esto desgraciadamente si bien está muy bien desarrollado en documentos, en la práctica aquel que va a la periferia es el menos competente o el que se quiere sancionar, entonces tiene que haber una coherencia para más bien privilegiar a la gente más competente, bonificarla, etc., y no más bien que sea motivo de estigma el que va a la periferie.

Ahora bien, también para mí es clave, para una política integral de cambio en salud, *la participación popular*, esta participación de las comunidades organizadas no se está dando en el nivel que se debiera, y no se está dando así porque hay una falta de articulación con una serie de otros problemas de la propia comunidad y en muchos casos también hay recelo, sino restricción para permitir la participación autónoma y organizada del pueblo por temor a ese pueblo organizado que al fin y al cabo no se va a quedar, como es lógico, pidiendo solamente vacunas, sino pidiendo y luchando otras cosas, y eso en determinado momento puede ser motivo de preocupación.

El último elemento que quisiera comentar es el relativo a los aspectos vinculados a lo que también se ha dicho que es la "Falta de Utilización Racional de los Pocos Recursos Existentes".

Yo estaba leyendo recién una cita perversa que dice textualmente, que tiene relación con el evento que se realiza, en relación a la Salud Oral.

Se estima en Brasil, que cada brasileño al llegar a su mayoría de edad, al llegar a la adultez, ha perdido 10 piezas dentarias. Eso quiere decir, decía la cita que pensando en los 22 millones de niños menores de 6 años que tienen aún lo que se llama "dientes de leche", con un programa de Flourización del Agua que cuesta 3 dólares per cápita a esos 22 millones, se puede, según esta opinión técnica que no es la mía, reducir por lo menos el 50% de esa pérdida de 220 millones de dientes, y qué cosa pues son 66 millones de dólares comparado con lo que se pagó el año 85 no como amortización, sino como servicio e intereses de la deuda externa, que fueron 40.000 millones de dólares, que servirían para prevenir estas caídas de dientes por aproximadamente 300 años.

De esas cosas podemos ver mucha preocupación, por ejemplo, un estudio muy serio de UNICEF revela de que a un costo de 5 dólares se puede conseguir administrar vacuna para Tuberculosis, o sea la BCG, la Triple que es Difteria, Tétanos y Tos Convulsiva; Poliomieltis y Sarampión, 6 enfermedades, 5 dólares que significan el costo, los gastos de distribución, cadena de frío, etc.

Si nosotros pensamos que de los 10 millones que anualmente nacen en América Latina, simplemente con 50 millones de dólares y pensando otra vez en los 40.000 millones de dólares que se pagó como se dice, de la deuda en 1985, podríamos evitar estas muertes durante 700 años, y ya no en el año 2000 para el que faltan apenas 700 semanas, sino con esto podríamos evitar la muerte de 1 millón de niños menores de 1 año que se mueren por causa de estas enfermedades y podríamos prevenir a toda la población de América Latina durante 700 años.

Yo quisiera, para terminar y dejar la oportunidad de algunos comentarios de Uds., hacer referencia a algunas cosas que a mí me han impresionado mucho en la última reunión que se hizo en IXTAPA, México, el famoso "Grupo de los 6" donde hay un grupo de 6 países que andan muy preocupados sobre el problema de la "guerra de las galaxias", la prevención de la guerra nuclear y sobretodo, una campaña para reducción de los costos en armamentos. El discurso final y de orden fue encargado a Gabriel García Márquez. Yo sólo quiero terminar citando dos cosas que dicen en este documento: "En la salud por ejemplo, con el costo de 10 Portaviones Nucleares NINITS de los 15 que va a fabricar ESTADOS UNIDOS antes del año 2000, podría realizarse un programa preventivo que protegiera esos mismos 14 años a más de 1000 millones de personas contra el Paludismo y evitar la muerte solo en Africa de más de 14 millones de niños.

En la alimentación, el año pasado había en el mundo según cálculos de la FAO, unos 575 millones de personas con hambre, su promedio calórico indispensable habría costado menos que 149 cohetes MX de los 223 que serán emplazados en Europa Occidental.

En educación, que es otro asunto que nos reúne, con solo 2 submarinos atómicos TRIDENT, de los 25 que planea fabricar el gobierno actual de los Estados Unidos, podría intentarse por fin la fantasía de la Alfabetización Mundial, la construcción de las Escuelas y la calificación de los maestros que harán falta al Tercer Mundo para atender las demandas educacionales de la educación en los 10 años por venir podría pagarse con el costo de 245 cohetes TRIDENT 2, y aún quedarían sobrando 419 cohetes para el mismo incremento de la educación en los 15 años siguientes.

Evidentemente, toda una irracionalidad en el gasto aparte de estos problemas de las repercusiones que en Salud y Educación ha provocado la Crisis Económica pero, dentro de los límites señalados si el mundo actuara un poco más racionalmente, creo que habrían por los menos en parte, los recursos para emprender esta tarea impostergable, a mi juicio, de lograr Salud para todos lo más pronto posible. Muchas gracias.

COMENTARIOS Y PREGUNTAS LUEGO DE LA EXPOSICION DEL DR. MEZA CUADRA:

¿Cuál es el papel de la Universidad ante una situación tan feminista, el desarrollo social, bienestar, la salud y todos los programas que llevan a un bienestar colectivo?

A mí me parece muy importante el comentario y sobre todo, un poco lo que significa: "el reto de la respuesta", porque yo tengo la impresión que nuestras universidades, un poco por nuestras propias limitaciones, pero otro poco y fundamental también por los intereses de fuera de la universidad, han tratado de ser estigmatizadas, minimizadas, no solo en el maltrato económico y presupuestario sino en la falta de presencia como una opinión rectora.

Creo que éste es por lo menos, un aspecto de irresponsabilidad nuestra. Aquí en el Perú, no quiero hablar por el resto de América Latina, pero creo que tenemos el reto de recuperar para la universidad en general, para la universidad peruana, una posición de liderazgo donde lo que opine la universidad sea realmente una presión fuerte y significativa en base a la seriedad y a la rigurosidad con que viene trabajando y dando aportes al trabajo nacional. Eso significa también, enraizar la universidad en un trabajo de investigación y de formación de recursos humanos y de proyección social en función de las necesidades del país.

Yo me quedaría ahí porque la respuesta es un reto. ¿Qué hace la universidad frente a esto?, y creo que estamos haciendo poco, un poco por culpa nuestra pero, los enemigos de fuera por lo menos deben encontrar en los universitarios, una respuesta para hacer de nuestras instituciones, opiniones de fuerza, de peso, instituciones representativas del pensamiento lúcido de la intelectualidad de América Latina.

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA - UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
IV CONFERENCIA DE LA OFEDO-UDUAL DEL 15 AL 20 DE MARZO 1987
LIMA - PERU**

Autor: Dr. Manlio Sardi
CRISIS ECONOMICA. SU REPERCUSION EN ODONTOLOGIA

El advenimiento de la democracia a la caída de la dictadura en 1958 orientó las inversiones del Estado Venezolano hacia los gastos sociales: educación, salud, sanidad, seguridad social, vivienda y servicios para las comunidades. Más tarde la eclosión de los precios del petróleo en el segundo quinquenio de la década de los años 70, dio entrada a una concepción desarrollista cuya pretensión fue construir "La gran Venezuela", para la cual se comprometió en proyectos monumentales, en una pretendida tecnocratización de la vida nacional y en una expansión apresurada de la economía, para lo cual dio entrada a una política de endeudamiento que rápidamente colocó sobre los hombros del país una exorbitante deuda externa, a la vez que internamente no llegó a superar la ineficiencia de los sectores públicos y privados para absorber todo ese capital y transformarlo en bienes para la nación y bienestar para su pueblo.

La corrección ulterior de este desarrollismo exaltado fue intentada al comienzo de los años 80 introduciendo medidas de tinte recesivo en la economía, intentando ordenar y clasificar la deuda externa y disminuyendo el gasto público del Estado, cayéndose inexplicablemente en un rotundo fracaso que condujo más bien a una exacerbación de ciertos factores que agravaron penosamente el porvenir del país. El capital privado fue especialmente complacido, aumentando la concentración de dinero en los escasos grupos que controlan la economía venezolana y la íntima relación con las compañías transnacionales. La corrupción administrativa alcanzó tales niveles que pasó a ser un hecho de diario conocimiento y comentario en la opinión pública y en la vida hogareña. Su control no se ha logrado ni con el sometimiento a juicio de altos personeros gubernamentales, ni con la discusión en el Congreso Nacional de la culpabilidad presidencial y tampoco con la creación de la Ley de Salvaguarda del Patrimonio Público.

Los factores comentados con su sobrecarga de crisis, encontraron un refuerzo largamente anunciado frente al cual el gobierno permaneció indiferente hasta el momento en que se hizo real su presencia. Tal refuerzo fue la caída de los precios en el valor del petróleo de los países de la OPEP, que trajo consecuentemente la caída del valor del bolívar en relación al dólar norte-

americano. En ese lapso de espera se sucedió una inusitada salida de capitales practicada por los grandes grupos económicos, las transnacionales y, se dice, que hasta por los partidos políticos de mayor militancia. El monto de la evasión hasta el día en que cambió de valor el bolívar fue de 35 mil millones de dólares, ignorándose aún la suma exportada desde ese día de Febrero de 1986, hasta hoy.

En resumen la crisis se instaló por la conjunción de factores externos e internos, como fueron los primeros, el crecimiento desmesurado de la deuda externa multiplicado por el alza de sus intereses decretada por los acreedores, la disminución de los precios del petróleo con su acompañante la desaparición de la fortaleza de la moneda nacional, y entre los segundos, los proyectos gubernamentales, el elevado gasto público, la ineficiencia administrativa estatal, la complacencia del gobierno hacia los detentadores del poder económico, la corrupción administrativa y la exportación de dólares.

Las causas continúan presentes gravitando sobre las soluciones que se han venido concibiendo. La situación en este mes de marzo de 1987 es la entrada en una etapa inflacionaria, ya indudablemente acentuada y difícilmente controlable, en respuesta a la más pronunciada y abierta devaluación de la moneda dentro de su progresivo deterioro, aún quizás no finalizado debido a la tibia respuesta que están dando los procesos internos de aumento de la producción industrial, la exportación de productos, la reforma del estado y otros que resguardarían al país de su vulnerabilidad ante las variaciones del mercado petrolero.

Un partido político está "marcada por el desbalance entre sus sectores, fuertemente atada al exterior, dependiente y vulnerable, con baja productividad y limitada capacidad empleadora, altamente importadora, con una altísima concentración de la propiedad y la producción y una distribución sumamente desigual del ingreso, con su mercado interno crónicamente contraído.

La crisis revierte sobre la Odontología su indeseable existencia. En el campo educativo, las Facultades vienen padeciendo de limitaciones presupuestarias derivadas de las que sufren las Universidades, cuyos presupuestos han venido siendo deficitarios o dejaron de crecer en relación a las necesidades del desarrollo institucional. La Asociación Venezolana de Facultades y Escuelas de Odontología (AVEFO) dejó de recibir las cuotas de mantenimiento y tiene seriamente coartados los Talleres que celebraba hasta 1983 con una periodicidad bimensual, asimismo, no pudo dar el aporte monetario que requería su programa de intercambio de profesores ante las Facultades.

Los organismos superiores universitarios dictaminaron la congelación de los cargos docentes y administrativos. Resolución que limita seriamente la incorporación de nuevos profesores y la sustitución de aquellas personas que renuncien o sean separados de sus cargos. La formación de nuevos docentes tropieza con la disminución del número de becas y de viajes de estudio al extranjero disponibles en los consejos de Desarrollo Científico y Humanístico de las Universidades. En general, éstas han optado por la política de otorgar becas en primer término para post-gradados que se dicten en el país, por lo que han emprendido la organización de cursos de ese nivel, antes inexistentes. Paralelamente, ha tenido lugar una paralización al inicio y luego la vigencia de medidas restrictivas para la disponibilidad de dólares destinados a la adquisición de revistas y demás fuentes bibliográficas, así como de materiales y equipos, a lo cual se agrega el aumento en los precios de los libros puestos a la venta por el comercio librero, en su mayoría ediciones un tanto atrasadas.

Las limitaciones presupuestarias impuestas por el gobierno a las universidades nacionales las ha conducido a desatender la seguridad y el bienestar social de profesores y empleados. Los aportes a las cajas de ahorro y la cancelación de las prestaciones sociales a los jubilados, son entre

otros, dos rubros de permanentes reclamos por parte de las Asociaciones de Profesores y de Empleados. Al comenzar 1987, el gobierno acordó un aumento general de sueldos, extendido hasta las universidades, que mitiga un poco el desajuste entre sueldos y tasas de inflación. Lamentablemente poco durarán sus efectos ya que, a partir del pasado mes de febrero la inflación se irá a 20% o más con respecto a 1986.

La absorción de la matrícula estudiantil está decreciendo porcentualmente con respecto a la demanda. En las Universidades donde existen ciclos generales, las Facultades de Odontología ofrecen un número ciertamente escaso de cupos, determinado esencialmente por las estrecheces que enfrenta su deseable crecimiento.

En el aspecto asistencial las Facultades ven con preocupación como se incrementan los costos de la atención de sus pacientes, lo que inevitablemente las lleva a exigir de ellos unos pagos progresivamente crecientes, algunas veces objetados por los alumnos en su afán de mantener los servicios universitarios al alcance de los más desamparados. Lo cierto es que estamos presenciando un cambio en el grupo social que acude a nuestras Facultades en procura de su salud bucal, perteneciente ya a estratos medios bajo o francamente medios.

EL EJERCICIO PRIVADO. Su consideración nos obliga a recordar su determinante peso en la prestación de servicios. En Venezuela, más o menos el 80% de las consultas de Odontología de un año se hacen en las consultas privadas y ellas también se encargan de ejecutar con exclusividad o casi con ella, los tratamientos de Prótesis Fija, Ortodoncia, Endodoncia, de Periodoncia avanzada y Cirugía Bucal.

Una primera cuestión es el desabastecimiento, que si bien no ha sido marcado, si se acentúa cada vez que se anuncian nuevos valores para el cambio de la moneda. En estos altibajos algunos productos han desaparecido para siempre. Con la instalación en el país de algunas fábricas ha comenzado el suministro de un número escaso de productos como: gasa, baberos, algodón; últimamente, amalgama.

Otra manifestación del desabastecimiento sería la sustitución de equipo y materiales de excelente calidad, por otros de calidad menor o por lo menos de marca nunca antes importadas. La situación incentiva a algunos colegas a viajar a Miami, o a New York, con la finalidad de abastecerse de productos por más o menos un año. Sin embargo la pérdida constante del valor de la moneda les está impidiendo continuar con esa práctica.

La escasez de materiales y equipos provoca también una onda especulativa difícil de precisar en sus montos debido a la nula acción gubernamental, a la existencia de la Asociación de Comerciantes en el ramo odontológico y a las incursiones irregulares de importadores casuales.

Los profesionales, a su vez han ido aumentando los montos de sus honorarios profesionales a título individual, sin que se haya acordado pautas colectivas a través de los órganos gremiales, que permanecen inermes frente a la nueva problemática. La imposibilidad de los pacientes para satisfacer los costos de tratamiento que le son exigidos, se traduce en la preferencia por los procedimientos más sencillos y menos onerosos, por desertar del consultorio y por la disminución del número de personas que buscan demandar atención. No obstante, a medida que se van perdiendo los atractivos del ahorro, más personas acuden a los consultorios en su afán de adquirir beneficios antes de que se hagan inalcanzables. Este fenómeno se está observando en cualquier renglón de la vida social y económica.

Los insumos para ejercer en la esfera privada se van agravando por la alta inversión que requiere la adquisición de inmuebles, las deficiencias de los servicios de transporte y los incrementos en las tarifas de agua, teléfono y electricidad. Y, claro está el valor que han adquirido los equipos odontológicos.

LOS SERVICIOS ASISTENCIALES. En Venezuela la red pública de alcance nacional está constituida por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. En el Distrito Federal se agrega la Beneficiencia y en los Estados algunos servicios de la gobernación o de los Municipios. Las Fuerzas Armadas tienen su propia red de salud. Por ahora, hemos tomado el Ministerio de Sanidad por lo que allí está sucediendo refleja con certeza la situación general.

Los presupuestos disponibles no han sido mermados en cantidades importantes, pero al no ser aumentados, la inflación los ha venido corroyendo, en consecuencia la pérdida de poder adquisitivo tiene en la realidad variados efectos como son:

1. - La imposibilidad de contratación de nuevo personal, tanto profesional, como auxiliar, es decir, la expansión de los servicios perdió su carácter progresivo.

2. - Los programas de prevención se están sosteniendo gracias a que los odontólogos en servicio han aceptado agregar a sus actividades, los correspondientes a dichos programas. Por fortuna el Programa de Educación para la Salud Bucal sigue en su proceso expansivo debido a que es desarrollado conjuntamente con el Ministerio de Educación. Lo interesante del Programa es que son los maestros de la Escuela Primaria quienes lo están realizando para sus alumnos, entre edades de 6 a 14 años, en sus aulas, como parte de una asignatura llamada Educación para la Salud.

3. - La escasez de repuestos para los equipos y sus nuevos precios están interfiriendo grandemente con el mantenimiento, hoy mucho más importante y crucial que antes, como se puede comprender.

4. - El desabastecimiento de materiales dentales. Por ejemplo: de resinas y sellantes de fisura, detiene por cortos lapsos las actividades diarias en algunos centros.

Esta desagradable circunstancia está siendo compensada por la fabricación nacional de amalgamas dentales y por el compromiso de la empresa estatal Aluminios del Caroní (ALCASA) de fabricar a partir de 1989 el fluor a ser consumido en el Programa Nacional de Fluoruración de las aguas, aparecido por decreto gubernamental que obliga a la participación de varios organismos, del Colegio de Odontólogos de Venezuela y de la Asociación Venezolana de Facultades y Escuelas de Odontología (AVEFO). Este Programa ya abarca doce ciudades de gran población, superando poco a poco los inconvenientes del manejo del Fluor por los obreros, el mantenimiento constante de las dosificaciones y otros asuntos.

Las dificultades inmediatas provendrán de haber el gobierno dejado al dólar libre, el tipo de cambio más caro, gran parte de los equipos y materiales odontológicos.

Dediquemos un momento a comentar los comportamientos colectivos que están acompañando a la crisis. Las influencias gubernamentales, el control de la mayoría de organismos públicos por parte del partido de gobierno, (entre ellos las Asociaciones profesionales), la responsabilidad que tiene sobre el proceso el hoy principal partido de oposición y los intereses creados del sector del comercio y la producción, condicionan y matizan los temas discutidos en la opinión pública, en tanto que la gente común se expresa a través de las conversaciones familiares y amistosas, en las cuales da rienda suelta a su rabia por lo sucedido, contribuye a la expansión de rumores y también transmite los temores que despierta la incertidumbre de la situación. En general, frente a retórica gubernamental y "de las fuerzas vivas", la población guarda una actitud reservada y miedosa, traducida en una aparente indiferencia y en un apoyo al sistema democrático burgués "aunque algunas malas personas lo estén deteriorando". Las elecciones del futuro inmediato confirmarán esas actitudes o la gente las utilizará como una vía de protesta dejando de votar.

El inusitado hedonismo que siguió a la colectividad venezolana en la época de bonanza petrolera, bastante disminuido, continúa gravitando sobre el país. La gente que antes viajaba al exterior ahora se refugia en el turismo interno con un entusiasmo evidente. Las previsiones hogareñas por las variaciones de precio se toman tratando de adquirir los artículos más lujosos. Ha llegado a ser más difícil a veces comprar un automóvil muy sofisticado que los más sencillos y baratos. Es posible, también, que se estén sacrificando los dineros de la alimentación en favor de consumos suntuarios.

No son, sin embargo, la desilución originada por el errado estilo de conducción de la democracia, ni el afán generalizado de placer, ni la negación de la realidad los únicos productos psico-sociales de la crisis. A su lado, se está generando la conciencia de que la presencia de las limitaciones y las carencias que se sufren es el ingrediente adecuado para hacer que el país se despierte de la artificialidad, se haga más auténtico y se busque a sí mismo. Existe ahora una disposición al sacrificio y al trabajo en reconocimiento de su valor para generar bienestar y riqueza, abandonando falsas ilusiones de grandeza. Los grupos sociales están a la búsqueda de nuevas formas de organización para una democracia más participativa, más directa y menos corrupta.

El proceso de la crisis será largo, inmersa en él la Odontología verá comprometida su función social, su crisis de costos estará unida a la de las importaciones dada la poca celeridad en la producción de materiales y equipos. Su crisis de accesibilidad está en directa relación con la diferenciación de los estratos sociales, la cual se acentuará a medida que se incrementa el empobrecimiento de las capas medias. Por último su crisis de eficacia se derivará de las estrecheces de los servicios públicos que no serán atendidos por el gobierno, y de la imposibilidad que está exhibiendo el gremio frente a los hechos que lo alejan de su misión esencial: la de dar salud bucal a toda la población.

TEMA II

"La Tecnología en las perspectivas del cambio en salud: Análisis crítico"

PONENCIAS:

Dr. Jorge Peña. OPS/WASHINGTON
Dr. Roberto Beltrán

INNOVACION Y DESARROLLO DE TECNOLOGIA EN SALUD ORAL EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Jorge Peña Mohr
George G. Gillespie
Héctor Silva Olivares
Gloria A. Coe

INTRODUCCION

Las propuestas de innovación y desarrollo de tecnología para la salud oral en América Latina y el Caribe, han surgido como una respuesta crítica a la práctica odontológica convencional. A partir de esta crítica, se han formulado diversos enfoques y propuestas dirigidas a abordar las causas que han restringido el impacto de los programas de salud oral.

En la actualidad, la tecnología en salud está sufriendo una explosión de innovaciones y cambiando aceleradamente. Los países de América Latina y el Caribe enfrentan el doble desafío de elevar el impacto de sus programas y adaptarlos a las condiciones cambiantes del futuro.

I. MARCO DE REFERENCIA

A. MARCO CONCEPTUAL

1. OPCIONES

En el marco de referencia de la tecnología estomatológica deben considerarse tres espacios:

- los lugares de prestación de servicios (formales o informales),
- los lugares donde se forma personal (profesionales, técnicos y auxiliares), y
- los centros de generación, transferencia, evaluación y comercialización de la tecnología (centros de investigación, laboratorios químico-farmacéuticos, laboratorios dentales, casas comerciales y fábricas especializadas de artículos odontológicos).

Este conjunto interactúa a través del mercado en aquellas sociedades en que se privilegia el fin de lucro y se reduce la intervención del estado. Por un lado se encuentra la sociedad que necesita recuperar su salud oral y que demanda servicios y por el otro la profesión odontológica, los servicios odontológicos, laboratorios, fábricas y casas comerciales que constituyen la oferta. El estado interviene en estas interrelaciones con un propósito e intensidad variable según sea la orientación política de cada país. La utilización, como expresión de la demanda, está determinada por diversos factores económicos, sociales y políticos y de la organización de los servicios. En la determinación de la cobertura de esta oferta, el estado juega un papel singular. La tecnología en salud oral, en América Latina y el Caribe, en su mayor proporción, se instala en instituciones públicas y privadas que prestan los servicios directamente. En estos lugares los profesionales monopolizan la tecnología y concentran el conocimiento para su utilización. La tecnología, como instrumento de satisfacción de necesidades también se instala en servicios colectivos que el estado financia, tal como la fluoruración de agua entubada o la atención individual a pacientes. Las empresas privadas en clínicas y en negocios de venta comercializa y utiliza tecnología. Esta última es financiada directamente por los pacientes, por seguros privados y públicos y a través de transferencia de fondos públicos al sector privado.

Estas situaciones hacen que el conocimiento y aplicación de la tecnología se maneje más como mercancía, sujeta a oferta y demanda en un mercado reducido por sus altos costos, en donde muy pocos pueden alcanzar los beneficios del desarrollo tecnológico en salud oral. La forma convencional de atención a pacientes, enmarcada en este contexto, está basada en la utilización de tecnología sofisticada al alcance de pequeños grupos que pueden adquirirla directamente. Aun cuando ha existido preocupación por extender los servicios para que los beneficios lleguen a todos, en la práctica los resultados sociales son muy limitados.

2. ENFOQUES

Los enfoques predominantes que se utilizan para abordar el análisis de los problemas tecnológicos asociados al proceso de desarrollo, son los siguientes: enfoque de dependencia, enfoque en los problemas globales, enfoque de control social y enfoque de necesidades básicas.

Estos enfoques tienen sus respectivos adeptos y promotores, quienes a través de publicaciones y participación en los debates internacionales proyectan las diferentes interpretaciones de lo que constituye el problema tecnológico primordial.

2.1. Dependencia.

América Latina y el Caribe se han desarrollado como una sociedad dependiente económica y políticamente. La consecuencia de esta situación se refleja en el proceso de desarrollo de la tecnología en general y en la de salud, en particular. La percepción, descripción y análisis de los problemas tecnológicos depende del enfoque que se adopte.

A través del enfoque de dependencia, se revela como problema primordial la gran brecha entre la capacidad tecnológica de los países desarrollados y en desarrollo. Bajo este enfoque afloran como temas prioritarios la transferencia de tecnología, la inversión extranjera y el financiamiento internacional.

Se argumenta que los países en desarrollo se encuentran en una posición desmedrada en la selección, incorporación y utilización de la tecnología disponible. Más aún, se evidencia una distribución desigual de recursos tecnológicos claves para el desarrollo, se denuncia la migración de científicos y profesionales calificados a los países centrales, prácticas agresivas de comercialización tecnológica y términos de intercambio injustos.

El atractivo ideológico de este enfoque de dependencia deriva del énfasis que se da a las condicionantes externas como causa del subdesarrollo y de la nitidez con que se pueden identificar los actores en el proceso histórico.

La dependencia tecnológica se origina en la fuente de conocimiento. Los países desarrollados concentran la generación de prácticamente toda la tecnología industrial que actualmente se aplica en el mundo. La comercialización de esta tecnología está en manos de empresas transnacionales, que buscan maximizar sus ganancias con una preocupación muy lateral por los aspectos de bienestar social.

2.2. Problemas globales

Este enfoque tiene otro eje de preocupación. Se plantea otro tipo de brecha entre los problemas que enfrenta la humanidad y la ineffectividad de la ciencia y tecnología para abordarlos. Entre diferentes problemas globales que se mencionan figuran el desgaste de los sistemas de soporte biofísico probado por la creciente demanda de recursos materiales, energéticos, agua, alimentos y otros; el impacto ecológico de la industrialización manifestado en contaminación y explotación insensata de recursos renovables y no renovables, y la gama de efectos sociales como pobreza, migración forzada, desarraigo, marginalidad, hacinamiento y desnutrición entre otros.

Este enfoque recibe respaldo de importantes grupos en los países del tercer mundo vinculados con grupos de intereses de los países industrializados. El atractivo de este enfoque es que conduce a las propuestas con objetivos compartidos para la movilización de recursos sociales, técnicos y financieros. Tiende a favorecer compromisos políticos entre los actores más fuertes en la arena de la política internacional.

Como en este enfoque no se plantea una redistribución de la capacidad tecnológica entre países del norte y sur y tampoco se cuestiona el control social de quienes ejecutan las propuestas, se suele generar consensos entre líderes de los países desarrollados y ciertos grupos de poder en los países del tercer mundo. Este soporte es mucho menos entusiasta a nivel de representantes diplomáticos de los países en desarrollo. En las conferencias de Ciencia y Tecnología, este enfoque de problemas globales tiene habitualmente menos preeminencia que el de la dependencia.

2.3. Control social

El tercer enfoque de control social difiere de los anteriores. Concentra su atención en el problema del uso y abuso de la tecnología por parte de la sociedad. Dag Hammarskjold señaló, que “el desarrollo de la ciencia y tecnología se ha transformado primariamente en un tema político y social más que en uno de naturaleza técnica”. Agrega en el mismo informe: “la capacidad de la tecnología para transformar la naturaleza, orientación y propósito del desarrollo es de tal magnitud que la cuestión de quién controla la tecnología es central al tema de quién controla el desarrollo”.

Se sostiene que si la tecnología se deja a merced de las fuerzas del libre juego del mercado, los intereses generales de la sociedad pueden verse seriamente afectados. En contraste, los intereses de grupos científicos, técnicos, profesionales, industriales, comerciales y financieros pueden verse favorecidos con lo cual se refuerzan la inequidades existentes, se incrementa el despilfarro insensato de recursos sociales y se contribuye a debilitar las condiciones de vida colectiva.

Este enfoque ha jugado un papel marginal en el debate internacional. En general ha tenido mala recepción en los círculos oficiales de los países en desarrollo. Ello en parte se explica por el énfasis que se da a los factores endógenos que inhiben y dificultan el desarrollo. Obliga a mirar las estructuras y patrones de la mala distribución y conduce a una crítica de las prácticas sociales y políticas al interior de la mayoría de los países. La posibilidad de evidenciar abusos y consecuencias injustas de la aplicación de la ciencia y tecnología, así como disparidades manifiestas en el acceso y uso de tecnologías esenciales, resulta preocupante para los grupos de poder.

2.4. Necesidades básicas

El cuarto enfoque de tecnología apropiada ha ido recibiendo creciente atención tanto en los países en desarrollo como los desarrollados como parte de los planteamientos de énfasis en necesidades básicas, reducción del desempleo y eliminación de la pobreza.

Este enfoque surgió como respuesta al sobre-énfasis que se dio en el pasado a la industrialización intensiva en capital y a estilos de desarrollo sin preocupación mayor por los aspectos sociales y redistributivos. Las propuestas de acción en apoyo de este enfoque de tecnología apropiada no han avanzado más allá de la retórica y de la diseminación de documentos explicatorios. La preocupación central en este enfoque es el papel que la tecnología apropiada puede jugar en la atención de las necesidades básicas de los millones de habitantes que se debaten en un nivel de pobreza sub-humano en los países en vías de desarrollado. Esta posición, que en los países desarrollados enfatiza los aspectos de impacto negativo de la tecnología en el ambiente y la renovación de recursos, en cambio en los países en desarrollo se focaliza en torno a los tópicos críticos de necesidades humanas básicas, justicia social y pobreza.

El equivalente de este enfoque en el ámbito de salud es la estrategia de atención primaria para el logro del objetivo Salud para Todos en el Año 2000. Este enfoque propone sustituir la tecnología convencional donde ello sea efectivo y financiable. No propone generar tecnología de segunda clase. Al contrario, es un desafío a la innovación y búsqueda de nuevas soluciones tecnológicas. Este enfoque constituye el substrato que sostiene e integra los demás enfoques y sirve de patrón evaluativo de las políticas tecnológicas, que se miden en sus efectos de calidad de la atención, resultados en las condiciones de salud de toda la población y particularmente en sus efectos redistributivos.

II. POLITICAS DE SALUD

A. POLITICAS TECNOLOGICAS EN SALUD

América Latina incorporó la preocupación por los tópicos de política científica y tecnológica en la década de los 60, reconociendo el papel que juega en el desarrollo económico y social. Varios países crearon consejos especializados para promover las políticas científicas y tecnológicas. Algunos de ellos ya contaban con organismos desde 1950, como es el caso del Instituto Nacional de Investigación Científica (INIC) de México. *

América Latina y el Caribe acordaron el Plan Decenal de Salud en Octubre de 1972 en Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. En este plan se introduce el concepto de recursos tecnológicos y en las recomendaciones de metas se señala: desarrollar y utilizar tecnologías de salud adecuadas a las condiciones de cada país para aumentar la cobertura y productividad de los servicios. Organizar programas multinacionales de investigación científica y tecnológica.

En 1980 se formulan las Estrategias y el Plan de Acción para alcanzar la meta "Salud para Todos en el Año 2000". En un párrafo sobre el capítulo de Desarrollo Científico y Tecnológico, se señala: "La decisión de alcanzar 'Salud para Todos en el Año 2000' a través de la estrategia de atención primaria confronta a los países en desarrollo de la Región con la necesidad ineludible de buscar y lograr una tecnología apropiada que les permita alcanzar esta meta".

En otro párrafo se señala: "La tecnología apropiada es un enfoque sustancialmente diferente de lo que los países han estado realizando para adquirir, desarrollar y utilizar tecnología que han considerado necesarias. Esto en ningún caso cierra la puerta a la importación de tecnologías. Al contrario, busca crear mecanismos para adquirir aquellas que son más apropiadas, modificar y adoptar aquellas que son necesarias y desarrollar la capacidad para generar aquellas que no están disponibles internacionalmente...".

La OMS y la OPS incorporan esta área de preocupación a fines de la década de los 70 incluyendo la tecnología apropiada como parte de las estrategias de atención primaria.

La preocupación de la ciencia y tecnología ha estado asociada al desarrollo económico y particularmente al agrícola e industrial. La tecnología de los sectores sociales quedó relativamente marginada en este proceso de preocupación de las décadas de los 60 y 70. La sensibilización del sector salud a los problemas y tópicos de tecnología surge del reconocimiento de su asociación al incremento descontrolado de los costos de salud y a la crítica simultánea de la efectividad de la tecnología en resolver los problemas de salud.

El tópico de la tecnología recién comienza a ser introducido en las agendas de debate científico y se comenzó a incorporar como tema en las Reuniones de Ministros de Salud de Centro América y Panamá y de los países del Cono Sur.

Algunos estudios recientes permiten comenzar a mostrar la debilidad o ausencia de políticas de salud que regulen la incorporación, uso y acceso de la tecnología.

Los sectores de salud de los países de la Región gastan una suma considerable en productos tecnológicos. A pesar de los crítico que son las decisiones en este campo y la relevancia social que tiene la elección de una u otra opción tecnológica, este es un terreno donde la información es difusa y las decisiones se distribuyen en un amplio espectro institucional, donde interactúan fuerzas políticas, económicas, comerciales y sociales.

B. POLITICAS TECNOLOGICAS EN SALUD ORAL

Aunque con algunas características que le son propias, todos los aspectos de tecnología en salud oral no escapan a la problemática y estrategias planteadas para tecnología en salud. El establecimiento y la aplicación de políticas de salud en los países de la Región, han influido presuntamente en el débil desarrollo de los servicios de salud oral y en su baja cobertura.

Hasta el presente, los países de América Latina y el Caribe no han desarrollado procedimientos para racionalizar la selección de tecnologías en salud, ni tienen programas educacionales para entrenar a quienes toman las decisiones. La tecnología se difunde creándose distorsiones importantes en las posibilidades de acceso de diferentes grupos poblacionales.

En la década de los 60, los esfuerzos de la OPS se orientan al desarrollo de programas en educación dental, al establecimiento de escuelas de odontología (donde no había), a la iniciación de programas de odontología preventiva (con el establecimiento de departamento de odontología preventiva y social). Se dio especial énfasis a la capacitación de profesores.

Cumplida esta etapa, en los comienzos de la década de los 70, se realizan programas de odontología preventiva, particularmente para la fluoruración del agua potable y desarrollo de sistemas para la provisión de servicios dentales, en lugares hasta donde no habían llegado. La simplificación de los equipos y el entrenamiento de personal auxiliar recibió un impulso especial.

La evaluación de estas experiencias y el análisis del ejercicio de la odontología y de los factores que la limitan para cubrir a más población, llevó a una reorientación profunda de los programas. En la segunda mitad de la década pasada se llega al consenso que en la Región no es posible resolver los graves problemas de salud bucal a través de servicios con práctica odontológica convencional. Para esa década se estima necesario realizar aproximadamente 1.500.000.000 obturaciones.

Como consecuencia se establecen dos líneas fundamentales de acción:

La primera, en el campo de la prevención, se investiga la posibilidad de fluoruración de la sal, se promueven métodos adicionales a la fluoruración del agua, tales como enjuagatorios, aplicación de sellantes y la simplificación de equipos para la fluoruración del agua. Se estimulan programas de educación comunitaria de higiene dental, la aplicación de sal de cocina y bicarbonato de sodio por los propios individuos para facilitar la prevención de caries y enfermedad periodontal a un costo accesible a toda la población.

La segunda línea de acción se dirige al desarrollo de los sistemas de atención para reparar y rehabilitar el aparato masticatorio. Aquí también se produce un avance en los últimos años, particularmente en el diseño de equipo simplificado, de espacio físico y de sistemas de atención. Se demuestra que es posible bajar notablemente los costos y aumentar la cobertura. Se introducen "diseños más apropiados y se estimula la producción nacional. El 80% de los componentes del equipo pueden ser construidos por la mayoría de los países de la Región. La formación de personal auxiliar y otros recursos humanos para estos nuevos sistemas de prestación de servicios recibe especial atención.

C. PERSPECTIVAS

Estas líneas de acción se ven reforzadas a través de las declaraciones del Director de la OPS, quien plantea como imprescindible cimentar la excelencia técnica y reestructurar una doctrina de acción basada en experiencias y conocimientos acumulados. Esta excelencia técnica no debe

ser ajena a las realidades y posibilidades regionales y debe ser capaz de informar y promover el diálogo constructivo sobre innovaciones en las prácticas de salud desarrolladas por cada país.

Con una visión a futuro, se requiere formar recursos humanos con capacidad de análisis global de los problemas, con habilidades para innovar y conducir el proceso de transformación de la salud oral.

A estas personas les corresponderá:

- a) conocer y explicar la realidad y producir a partir de ella las prescripciones socialmente válidas; y
- b) contrastar el conocimiento y tecnología foránea con la realidad concreta y determinar su efectividad y valor social.

Se hace imperativo que este liderazgo que ya ha emergido en varios grupos, se expanda e integre propuestas colaborativas entre países.

La identificación y apoyo a "núcleos de desarrollo en estomatología" es uno de los caminos que puede permitir aprovechar mejor los recursos regionales a través de la cooperación técnica entre países en dirección a objetivos comunes concretos.

"LA TECNOLOGIA EN LA PERSPECTIVA DEL CAMBIO DE SALUD". UN ANALISIS

2. Salud Bucal

La mayoría de los aspectos planteados en salud general son válidos en salud bucal con mayor o menor relevancia, existiendo, por supuesto, algunos que corresponde exclusivamente a esta última.

En los últimos 20 años se ha venido insistiendo en la necesidad de cambios en la práctica odontológica; producto de un análisis crítico que muestra a ésta como incapaz de contribuir en forma significativa a la salud bucal de nuestras poblaciones.

Como respuesta a este proceso aparece la conceptualización de "simplificación de la práctica Odontológica", en donde se analizan cada uno de los elementos que componen un determinado "modelo" de práctica y en donde los aspectos tecnológicos juegan un papel fundamental.

La puesta en práctica de muchas de estas conceptualizaciones, fundamentalmente en forma empírica y a base de prueba y error, en un comienzo, y a la investigaciones realizadas posteriormente con un fuerte componente científico, han permitido diseñar un número importante de "prácticas alternativas", las que, indudablemente, han contribuido al proceso de cambio que hoy vive la odontología, llevándonos incluso, en alguna medida a "predecir" la futura práctica de la Odontología, muy particularmente a la necesaria formación diferente de los recursos humanos que deben laborar en esta área.

En trabajos anteriores se ha hecho crítica a algunos modelos de ejercicio profesional, haciendo énfasis en el tipo y número de recursos humanos que estos modelos utilizan y muy especialmente la relación existente entre los aspectos formativos y las actividades que deben desempeñar. Dicha crítica se hizo en base a los conocimientos de que se ha dispuesto en un momento dado en relación con los distintos aspectos que tienen que ver con esos modelos.

Fue así que se hicieron análisis críticos sobre recursos humanos, equipos, espacios físicos, técnicas, instrumental, sistema de atención y otros, lo que llevó a diseñar varios modelos, los llamados "innovados", "alternativos" ó "simplificados".

No negamos, en forma alguna la validez de varios de estos modelos; pero queremos dejar en claro que, aunque superiores a otros conocidos, nuestro pensamiento es de que ninguno de ellos resuelve, en forma significativa, los graves problemas y secuelas de la extensa y variada morbilidad odonto-estomatológica.

Sin embargo, la vorágine de conocimientos, producto de innumerables investigaciones, que en todos los campos existe en la actualidad (y de los cuales la Odon-Estomatología no es ajena) nos hace pensar y prever ciertas posibilidades de soluciones reales y para la mayoría de las personas, en un plazo relativamente breve.

Por ello se nos hace difícil hablar de futuro, cuando todos los aspectos conceptualizados y que nos hicieron, en una época reciente, predecir la "futura práctica odontológica", ya son presente, aún más, sabemos que toda esa conceptualización ha sido rebasada por la actual realidad.

De cierta manera, podríamos decir que el futuro está presente. Esta afirmación no nos aleja del conocimiento de que todas estas investigaciones, así como a aplicación de muchos de los aspectos investigados y aceptados como adecuados del presente y del futuro próximo, no cambiarán dramáticamente el mundo odontológico actual con la rapidez que sería deseable; pero no nos cabe duda que dichos cambios alcanzarán a los profesionales jóvenes y a los futuros, así como a muchos de los pacientes actuales.

Es tal el avance en todos los campos, que hoy resulta presuntuoso predecir el futuro.

Sin embargo, en este trabajo, trataremos de aproximarnos, a la luz de los avances y de los conocimientos actuales, lo más que nos sea posible dentro de nuestras limitaciones y que se nos permita mencionar algunos aspectos, a nuestro juicio lo más relevantes, que podríamos mencionar:

1. Las investigaciones en *genética*, tanto las de tipo general, como las *específicas cráneo-faciales*, las que nos hacen pensar que en un plazo relativamente corto, se logren condiciones más adecuadas para el funcionamiento y salud del sistema estomatognático.
2. Los estudios prioritarios sobre las enfermedades más prevalentes en Odontología: Caries y Enfermedad Periodontal que ya muchos ven desaparecer, como problemas de salud pública, en los próximos 10 años.
3. Las investigaciones en *microbiología* que permiten predecir nuevas "cepas microbianas" no dañinas y, por otro lado la posibilidad de desarrollar, ahora sí, una *vacuna* efectiva para evitar la caries dental.
4. La obtención, por *métodos artificiales*, de un *verdadero hueso* con *componentes químicos* y condiciones físicas semejante al hueso maxilar y que está abriendo un amplio campo en el desarrollo de implantes artificiales para sostener prótesis fijas.
5. Los estudios sobre materiales dentales, especialmente aquellos que tratan de acercarse a las condiciones y características físicas de los tejidos dentarios. No otra cosa son los estudios sobre resinas de diferentes consistencia y resistentes al desgaste.
6. El descubrimiento de agentes químicos (ácidos) que eliminan selectivamente el tejido carioso.
7. La obtención de *agentes adhesivos* para materiales de obturación y prótesis (resinas).
8. Las investigaciones *sobre biomateriales que permitan* bajar costos en prótesis, habiendo la posibilidad de rehabilitar solo con prótesis fijas.
9. El enorme desarrollo de tecnología en aspectos preventivos, que permite pensar que estamos llegando a la verdadera solución al posibilitar que cada individuo cuide su salud bucal.
10. Por último, permítasenos agregar las enormes perspectivas que se abren con la incorporación de la electrónica y computadoras en el mundo actual y de cuyos adelantos ya la odontología ha empezado a nutrirse.

Se prevé la posibilidad de detectar, electrónicamente, la sobreolcusiones, así como poder medir el equilibrio muscular de los músculos masticatorios y de todo el sistema estomatognático.

El diseño, por computadoras, de prótesis y coronas, es una realidad.

El impacto ya producido por la factibilidad de prever los resultados de un tratamiento ortodóntico y poder corregir algunos errores con anterioridad, abren perspectivas incalculables en este campo.

Quizá el aspecto más relevante sea la posibilidad cierta que existe, al ser factible hoy programar las computadoras en forma lógica (no algorítmica como hasta hace poco), de recurrir a ellas para los distintos diagnósticos y planes de tratamiento.

Muchos otros aspectos se podrían tocar; pero es evidente que con esta breve reseña, es posible predecir que, en corto plazo, la odontología sufrirá profundos cambios y que cada vez se está haciendo necesaria la revisión total de la formación de recursos humanos para esta área, así como la revisión de todos y cada uno de los currícula que permitan "formar" nuevos recursos humanos capaces de manejar toda la nueva tecnología y de incorporar con rapidez y facilidad la enorme cantidad de conocimientos que existen y existirán en el corto plazo a las nuevas prácticas odontológicas.

CONTRIBUCION A LA TECNOLOGIA EN SALUD

ARTICULO PARA LA OFEDO-UDUAL

AUTOR: George Gillespie.

El desarrollo y la adaptación de la tecnología apropiada en los países de América Latina, dentro de la Salud Oral, en mi opinión tienen que ser considerados en tres áreas principales: La evolución de la tecnología básica, el uso de la tecnología existente, y tercero la adaptación de la misma. Dentro del actual período y en su contexto, es evidente que cuando nosotros discutimos la cuestión de la tecnología en Salud Oral nos estamos refiriendo no únicamente a la disponibilidad de equipo, si no también al proceso total que proporciona la información y la fundamentación sobre las tecnologías para resolver problemas, o producir técnicas destinadas a mejorar la Salud Oral de las poblaciones y aumentar la cantidad de países a los cuales servimos.

Si se revisa la situación que ha existido previamente, se sabe bien que la mayor parte del equipo y las técnicas odontológicas aplicadas y utilizadas en América Latina en los últimos 30 ó 40 años, básicamente han sido desarrolladas para los patrones de la Odontología propia de los países norteamericanos. Con excepción de ciertos países en la región del Sur, la mayor parte del avance y del impacto relativo al desarrollo de la profesión dental han sido suministradas por los países nortños. En consecuencia, se puede ver reflejada en el currículum la forma de enfocar la prestación del servicio odontológico. Y en el formato para la administración de asociaciones y servicios, aspectos que recuerdan estrechamente las concepciones adoptadas en dichos países.

No es sorprendente descubrir tal remembranza en vista del hecho que la primera escuela odontológica fue fundada en Baltimore en los Estados Unidos y que muchas de las escuelas dentales en América Latina aparecieron después de la Primera Guerra Mundial, y otras tantas al final de la Segunda Guerra Mundial, en 1940, cuando la influencia de los países nortños sobre las condiciones económicas del trabajo fue extremadamente fuerte; por tanto, no sorprende que el currículum de la mayoría de las escuelas dentales, hasta épocas recientes haya sido conformado casi idénticamente sobre copias de las escuelas norteamericanas y que la mayor parte del equipo odontológico hasta la primera mitad de los años sesenta, haya sido directamente importada de los Estados Unidos o producida sobre tipos similares de equipos bajo licencia o a través de copias.

Igualmente los abordajes para resolver problemas y desarrollar programas y las actividades y técnicas en Salud Oral han sido largamente dominados por expertos norteamericanos y por estudios provenientes de los Estados Unidos. Sin embargo, sobre estos particulares ha habido, relativamente, una mayor influencia de otras zonas en la aplicación de ciertas técnicas, particularmente en cirugía, específicamente en algunos países del cono Sur.

Si analizamos el tiempo diferencial aproximado, en asociación con la transferencia de tecnología en el sentido tradicional, nos damos cuenta que en el pasado se vino considerando que el promedio del tiempo transcurrido para la disponibilidad en español de un texto original en inglés, con fines de distribución en las escuelas dentales de la región, suponía un lapso aproximado de 7 años. A este factor se agrega que la mayoría de los libros de texto cuando son publicados, tienen posiblemente 2 años fuera de fecha. Se ha visto que el tiempo en la transferencia de la información básica existente y la tecnología escrita, para Latinoamérica ha sido aproximadamente de 10 años. En los últimos años este retardo fundamental puede haber sido reducido, en parte por el aumento del número de personas que comprenden el idioma inglés y pueden acceder a la literatura proveniente de otros Continentes, y también, por los avances tecnológicos que facilitan ahora la producción de materiales escritos de una manera más fácil y económica.

No obstante, hay todavía un considerable lapso en la transferencia de la información escrita, fundamental y básica para los estudiantes del medio latinoamericano y del idioma español.

Un análisis de las técnicas utilizadas en el ejercicio de la Odontología y en el suministro de servicios odontológicos en los países latinoamericanos, tiende a ilustrar que, verdaderamente, pocas iniciativas en la aplicación de las tecnologías odontológicas se han originado en esa región. Parecería haber muchos ejemplos de modificación de técnicas o adaptaciones menores de técnicas existentes, pero el desarrollo de tecnología específica identificada con la Odontología Latinoamericana sería relativamente mínimo. El problema asociado con esto, no sólo ha sido en muchos casos la falta de recursos disponibles, sino también la ausencia de la investigación y los muy limitados recursos al alcance de personas que desean involucrarse en investigaciones odontológicas. Es obvio que, posiblemente, las fallas de distribución en las publicaciones en español y la limitada disposición de revistas en las cuales las técnicas y sus desarrollos puedan ser publicados y distribuidos y más ampliamente conocidos fuera de Latinoamérica ha restringido sin duda ciertos desarrollos dentro de esta. Es, por supuesto, posible que existan, muchos más avances de los que pudiéramos estar conscientes, pero el hecho es que dichos avances y los enfoques tecnológicos no han llegado a la mayor parte de la comunidad científica odontológica fuera del Continente. Comentarios similares pudieran hacerse respecto a la creación de equipo, la cual, en su mayor parte ha sido hecho sobre la base de la adaptación de principios y tipos de equipos existentes en otras partes del mundo.

En resumen, parecería que el abordaje histórico que está siendo adoptado, ilustra para América Latina una capacidad extremadamente limitada para adaptar técnicas y un retardo en la transferencia de técnicas existentes.

Sin embargo, al mirar el presente y el futuro se vislumbran ciertas tendencias que no sólo sirven de base a algunas de las observaciones previamente hechas, sino que también, proporcionan caminos en los cuales se pudiera esperar un avance acelerado en el campo de la Salud Oral. Primero que todo, un ejemplo de la manufactura del equipo dental en América Latina y la importación en ella de equipos y materiales odontológicos, obtenido como un resultado del grupo de trabajo conjunto entre, la F.D.I. y la OPS, basado en estudios originales realizados por la OPS en 1974, indicó que ese año, había únicamente cuatro países latinoamericanos que manufacturaban equipo dental. En 1984, 10 años más tarde, más ó menos 11 países señalaron que ellos manufacturaban o ensamblaban equipos odontológicos. Esto indicó que existe un potencial para la adaptación de tecnología en el campo de los equipos odontológicos y que esta es una área que, definitivamente pudiera y debería recibir un mayor estímulo sobre la base de país a país. Por otra parte un estudio similar relativo a la provisión de materiales dentales indicó que mientras que ciertos países en América Latina los estaban produciendo, su variedad era muy limitada y que el número de tales países virtualmente no había aumentado en los últimos 10 años. No obstante, la importación de materiales se ha expandido tanto, que ahora casi 25 países que están exportando materiales a Latinoamérica, doblando así, aproximadamente, el número que lo hacía hace una década. Tal información indicaría que a pesar de los intentos latinoamericanos para producir materiales odontológicos, se trata más bien de reproducir materiales existentes, actualmente disponibles en el mercado, o de importarlos de cualquier parte e imitar la especificaciones de tales productos. Parecería ser que la situación económica y el clima derivado son tales, que pocos intentos se han hecho para considerar la producción de otros tipos de materiales partiendo de nuevos enfoques, y que el interés y la capacidad para realizar tal cosa dentro de la Salud Oral, no han estado obviamente disponibles en América Latina. La conclusión a que se puede llegar es que en el área de la producción y creación de materiales odontológicos ha ha-

bido poco progreso; y también, que el número aumentado y tipo de países de los cuales se importan, indicarían que el factor económico y la capacidad para producir materiales a un costo competitivo y razonable, son factores dominantes en el momento presente para el desarrollo de estos aspectos de la tecnología dental.

En el área de los instrumentos dentales, en apariencia y sobre una amplia base mundial, la mayoría se producen siguiendo lo tradicional. Este es un asunto de considerable interés puesto que las técnicas del ejercicio profesional y los materiales han cambiado radicalmente en los últimos 20 años. Con excepción de un pequeño grupo en Japón, y, posiblemente, cierto interés de los países escandinavos, se ha hecho muy poco para fabricar instrumentos y materiales que sean convenientes a los países en desarrollo y para crear nuevos tipos de instrumentos. Respecto al enfoque global del tratamiento del paciente, poco aún parece haber sido hecho con el fin de reorientar las tecnologías y los instrumentos, a objeto de proporcionar los mejores mecanismos para la instrumentación en la cavidad oral. En este campo los países latinoamericanos, en apariencia, han continuado con la producción limitada de los instrumentos odontológicos, y con muy poca, si desconocida, modificación de la tecnología o los diseños. Quizás el interés ha sido principalmente el intento de identificar partes del mercado latinoamericano interno con la tecnología existente.

Considerando las orientaciones para las áreas de desarrollo dentro de América Latina sería necesario tener una visión general a la luz de ciertas tendencias y del futuro de la práctica odontológica. Primero, es evidente que los problemas básicos de Salud Oral relativos a la caries dental están disminuyendo en el momento actual en los países en desarrollo y, además, ha cambiado la tecnología para el reemplazo del tejido afectado por caries y trauma. La Odontología Operatoria ha variado de ser una actividad que confiaba en la instrumentación mecánica y en la preparación de materiales, a otra que está reduciendo dicha instrumentación al mínimo y en lugar de materiales y coronas, etc., manufacturados, está involucrada en lo que se puede denominar Odontología Adhesiva. Segundo, es evidente que con la introducción de la tecnología del computador, la transferencia de información científica ha mejorado mucho. Dentro de este proceso se espera que la disponibilidad existente relativa a la tecnología del computador para traducciones y la distribución de comunicaciones, aumentará grandemente la accesibilidad de la información para los países en desarrollo, en lenguajes que puedan ser comprendidos rápida y localmente. Tercero, hay poca duda que el impacto global de los avances en el uso del rayo láser, la tecnología de rayos infrarrojos, la resonancia magnética y el ultrasonido está eventualmente disponible u orientado hacia ciertos usos en Salud Oral. Se ha visualizado que el diagnóstico básico en Salud Oral de las condiciones fundamentales y aún, de aquellas en la actualidad son difíciles de identificar, será sustancialmente simplificado en el futuro cercano.

A la luz de esta información, cuales consejos y orientaciones se darían para la dirección de los esfuerzos en América Latina? Primero, seguramente el enfoque y la diferencia futuros sería un análisis y un abordaje claramente objetivo del blanco a ser conseguido en Salud Oral, tanto en la comunidad como en el individuo, y el análisis objetivos de los problemas que tendrían que ser resueltos. Esto no debería partir de la adaptación de técnicas existentes para resolver problemas porque uniría las actividades futuras a la tecnología existente y mantendría una dependencia sobre la referencia ya hecha en cuanto al retardo y a la falta de capacidad para resolver el déficit tremendo dentro del continente, en las disponibilidades de Salud Oral. Un análisis objetivo señalaría los problemas y las barreras a ser solucionados, entonces, se harían esfuerzos concertados para identificar dentro del mundo aquellos sitios y países que están trabajando unas tecnologías particulares y prepararse para intercambiar información o desarrollar tecnologías a ser

aplicadas a las barreras dichas. Está muy claro que los avances en nuevas áreas tecnológicas, como serían los rayos laser, el ultrasonido, etc., pudieran tener muy pocas aplicaciones en los países latinoamericanos, en el campo de la Salud Oral en vista de la inversión requerida y del potencial económico de retorno que se les puede suponer. Sin embargo, son campos en los cuales un intento concertado para adaptar tecnología produciría una rápida aceleración en la capacidad de la Odontología Latinoamericana para diagnosticar y proporcionar servicios básicos de Salud Oral. Quizás mayor potencial existiría en el área de la comunicación y la información; un intento concertado para acelerar el acceso a la información escrita en otros idiomas y hacerla disponible en los idiomas de la región a un costo razonable, está ahora al alcance de muchos países, en el supuesto de que se haga un esfuerzo uniforme y mancomunado. La inversión económica sería relativamente pequeña y la disponibilidad de la información adecuada, seguramente estimularía a los manufactureros, educadores e investigadores pertenecientes a campos fuera de la Odontología a interesarse más y a estar más informados en cuanto a las metodologías utilizables para resolver programas técnicos y de salud. en el área de materiales dentales, nuevamente, diríamos que existe un gran potencial para el desarrollo de materiales apropiados a funciones específicas, para las poblaciones latinoamericanas. Se han realizado muchos estudios básicos sobre materiales y existen muchos materiales fundamentales que pueden ser empleados en otras ciencias de la salud pero que tendrían aplicación en la Salud Oral. Parecería que el estado de dichas invenciones y desarrollos son tales en ciertos países latinoamericanos, que sus productos podrían ser producidos o modificados para que tuviesen una aplicación dentro de la Odontología.

Finalmente, queda el asunto de la formación de personal. Es claro que con la cantidad limitada de investigación odontológica que está siendo realizada en América Latina, los cambios y modificaciones futuras aludidas en este artículo no tendrán lugar, debido a la inexistencia del estímulo y el conocimiento para motivar los otros componentes del sistema, tales como la industria y el financiamiento para producir los cambios requeridos en la aplicación de las nuevas tecnologías. Sería, así, básico un programa que considerase las aplicaciones futuras en la tecnología de Salud Oral para América Latina, y que permitiese dedicar el tiempo y los fondos para el desarrollo de personas, dentro y fuera de la Odontología, quienes enfrentasen los problemas asociados con la salud y enfermedad de la boca. Entrenadas además tecnologías específicas y en las disciplinas que pudieran estar asociadas, de tal manera que, tales personas contribuyesen a la resolución de estos problemas y a la aplicación y adaptación de tecnologías en el primer instante, con la esperanza de que en el futuro ayudaren al desarrollo de nuevas tecnologías, para que el panorama oral de América Latina, pudiera ser transformado por medio de la fuerza de trabajo fácilmente disponible del personal odontológico tradicional, que estaría a primera mano.

LA TECNOLOGIA EN LAS PERSPECTIVAS DEL CAMBIO EN SALUD: ANALISIS CRITICO

Roberto J. Beltrán

Un hecho histórico que marcó indeleblemente el destino de los países colonizados por Europa fue la devaluación de lo autóctono hasta límites de absoluto desprecio. Junto al desprecio por las religiones y dioses del nuevo mundo se dio (y queda hasta ahora) el desprecio por el color de la piel, para las costumbres y aun para las medicinas y alimentos, con los cuales una cultura como la incaica llegó a organizar una población de más de 14 millones de habitantes pertenecientes a etnias varias en un territorio vasto e inaccesible. El Tahuantinsuyo tenía sólo cuatro mandamientos y en su código moral: no matarás, no robarás, no mentirás, no serás ocioso y en su violación era castigada severamente por una sociedad, cuyos valores sociales se concretaron en la propiedad común y en el trabajo comunitario de la tierra —PACHA MAMA - madre tierra— origen y sustento del hombre.

Esta devaluación de los autóctono se convirtió durante los tres siglos de coloniaje y casi dos de pseudo república en conciencia de las propias, víctimas y aun de las clases dirigentes de las nuevas naciones, criollos primero y luego mestizos. Una conciencia que nos hace sentirnos incapaces de investigar, crear, inventar, perfeccionar; superar en fin las formas y métodos conocidos en la búsqueda continua de una realidad mejor.

¿Puede la tecnología producir un cambio positivo en la salud de la población? El desarrollo histórico demuestra que el conocimiento científico y el avance tecnológico ha proporcionado medios poderosos para evitar enfermedades, reparar el daño y rehabilitar. No obstante, los beneficios del progreso científico-tecnológico no han podido llegar a muchos millones de seres humanos.

Un análisis crítico de la tecnología en salud demanda respuesta a una serie de preguntas, tales como:

¿Qué población tiene acceso?

¿Cuál es la tecnología más apropiada?

¿En manos de quién está la tecnología?

¿De qué cambio en salud se trata?

Hablemos críticamente de tecnología apropiada, de simplificación tecnológica, de universalización del recurso tecnológico. Ello significa hablar de una atención de salud igualitaria y de costos que puedan ser accesibles a nuestras economías.

El concepto de tecnología apropiada encierra componentes sociales, culturales y económicos dentro de un marco de actuación política en el campo de la salud. Tiene igual vigencia para la atención en los países ricos como en los pobres, aunque su urgencia es mayor en éstos que en aquellos. Paradójicamente, las posibilidades para lograrla son más limitadas en los países subdesarrollados.

El concepto puede encerrar también indicaciones respecto de la forma de alcanzar una tecnología apropiada para una situación determinada. Puede ser por transferencia, sea gratuita o por venta, puede ser apropiada cuando se ajusta a las necesidades y posibilidades de un país en concreto o apropiada, en el sentido de salvar las prácticas de patente y regalías, y finalmente puede ser propia, es decir creada y desarrollada allí donde se la necesita.

Por otra parte, la tecnología apropiada en salud puede referirse a:
Tecnología apropiada para la atención directa a las personas o al medio.

Tecnología apropiada para la administración de modelos operativos.

Tecnología apropiada para la investigación básica, clínica o social referida a los problemas de salud.

Tecnología apropiada para la formación de recursos humanos, considerando como parte de ella la transferencia de conocimientos y destrezas a la comunidad en general.

En suma y desde otro punto de vista, la tecnología puede ser de objeto y de proceso.

Podríamos continuar a lo largo de este discurso más o menos lógico, ponderando situaciones, estableciendo clasificaciones o exaltando el valor de la tecnología apropiada respecto de la extensión de la cobertura y la atención primaria. No obstante, creo indispensable abandonar esta línea de abstracciones para examinar situaciones concretas que revelan un estado de cosas tan incipiente en este campo, que hablar de tecnología apropiada en la forma como parece ocurrir el discurso oficial resulta casi una quimera.

Para apropiarse tecnología, cualesquiera sea el camino que se elija, es indispensable una base científica y una capacidad tecnológica práctica. Examinemos cuál es el estado del saber tecnológico dentro de la situación actual de un país como los nuestros. Con este propósito, el saber tecnológico podría resumirse en las siete formas siguientes:

- 1) Saber que se necesita
- 2) Saber crear
- 3) Saber escoger
- 4) Saber adquirir
- 5) Saber usar
- 6) Saber mantener y reparar
- 7) Saber adaptar

Dejemos para el final los dos primeros de estos saberes, sin duda los de mayor potencialidad, y veamos que ocurre con relación a los otros cinco.

SABER ESCOGER

¿Se sabe escoger? NO ciertamente. El esquema de dependencia en el cual nos movemos tiene los siguientes componentes:

- a) *Componente económico.* La escasez de recursos financieros o su mala administración obliga a los países subdesarrollados a buscar créditos, los cuales vienen generalmente sujetos a condiciones limitantes.
- b) *Componente burocrático.* La lentitud de procedimientos así como la falta de suficiente información a nivel de los organismos encargados de hacer adquisiciones limitan el acceso a una mayor diversidad de mercados.
- c) *Componente técnico.* La falta de técnicos de buen nivel y de procedimientos de prueba para la selección hacen que se adquiera equipos muchas veces obsoletos o que no se ajustan a las exigencias del servicio que deben prestar o del personal que los va a emplear.
- d) *Componente educacional.* El entrenamiento de técnicos y profesionales de la salud en determinados países los ligan definitivamente a determinadas tecnologías y los incapacita para reorganizar sus procedimientos con otros equipos y materiales. Existe además el espejismo de lo sofisticado por el cual se cree que cuanto más complejo o automatizado es un instrumento su calidad y eficiencia habrá de ser necesariamente mayor.

- e) *Componente ético.* Es de conocimiento general aunque en cada caso sea difícil probar, la forma dolosa como actúan las compañías vendedoras para atraer la simpatía de los funcionarios encargados de realizar adquisiciones. El escándalo de la Lockheed en el mercado aeronáutico, que incluso alcanzó a la realeza europea, no es sino la punta del iceberg de la corrupción de las compañías transnacionales y la flaqueza moral de los funcionarios locales.

Es evidente, por lo dicho, que el saber escoger no es cuestión independiente. Ciertamente, a partir de una selección mal hecha se inicia la cadena de problemas que constatamos en tantos de nuestros servicios de salud: equipo obsoleto ya al momento de instalarse, equipo con defectos de construcción o diseño cuyo mantenimiento es costoso o imposible por falta de repuestos, equipo de marcas y orígenes de innecesaria diversificación que obliga a conformar un almacén de repuestos muy difícil de mantener, etc.

SABER USAR

No basta saber escoger, es indispensable saber usar, en este sentido tampoco se nota mayor cuidado, los equipos llegan a manos del usuario sin instrucciones o se hace caso omiso de éstas, en otros casos las instrucciones están en idioma extranjero. El personal no profesional, que muchas veces es el que se encarga de su manipulación, comete errores graves que acarrearán mal funcionamiento, cuando no, deterioro irreparable.

SABER MANTENER - SABER REPARAR

Aquí encontramos otro de los mayores tropiezos. Nuestros técnicos de mantenimiento necesitan mayor capacitación, lo que supone en contrapartida mayor salario. Creemos que es muy mal ahorro dañar equipos que valen millones por no pagar un mejor salario a técnicos debidamente calificados. Quizá la contratación de servicios de mantenimiento pueda superar las barreras escalafonarias de los organismos públicos de atención de salud.

El mantenimiento de equipo está ligado a la disposición de técnicos, talleres y repuestos. El reforzamiento de servicios de mantenimiento, su mayor tecnificación y adecuado aprovisionamiento puede, si se establece una política conveniente, desarrollar progresivamente la capacidad creadora de nuestro personal y conducir más adelante a una mayor independencia en el campo de la tecnología. En este sentido se debería alentar a las instituciones de servicio para que desarrollen proyectos de innovación tecnológica.

SABER ADAPTAR

La adopción y adaptación de determinadas técnicas, incluyendo los equipos más convenientes pasa necesariamente por un cabal conocimiento de los problemas y situaciones que se deben atender. Esto significa, primero, distinguir el objetivo central de una técnica de lo que son condiciones o conveniencia secundarias como las de comodidad, apariencia "estética" o automatización. En segundo término significa proporcionar la técnica a las necesidades que se deben cubrir en términos cuantitativos y finalmente adecuarla a las condiciones y posibilidades locales de mantenimiento y reparación.

SABER QUE SE NECESITA Y QUE SE TIENE

Este saber es seguramente la llave maestra para el desarrollo de una tecnología apropiada.

Veamos primero que se necesita. El conocimiento de las necesidades de salud de un determinado país requiere considerar aspectos sociales y culturales referidos a la variedad de situaciones ecológicas, tan rica y diversa en la América Latina. El caso del Perú puede ser ilustrativo por la gama tan amplia de ecologías en sus aspectos de geografía, topografía, clima, etnias, incluyendo creencias y tradiciones milenarias. Esta variedad resulta en cuadros epidemiológicos diferentes que es necesario investigar sistemáticamente para conformar una sólida base de información actualizada que sirva para la toma de decisiones para el corto, mediano y largo plazo. A su vez, esta recopilación y manipulación de datos requiere de una tecnología apropiada.

El conocimiento de lo que se tiene es igualmente importante. Aquí nos referimos a los recursos humanos disponibles, de los cuales los países deberían tener una nómina completa, incluyendo niveles de capacitación, ubicación y actividad actual. Nos referimos también a las prácticas de salud tradicionales, incluyendo la rica variedad de hierbas utilizadas en la medicina popular y a la recuperación de alimentos desplazados por la conquista y la imitación. Como salud es mucho más que atención de enfermedades, muchas prácticas ancestrales en materia de agricultura, higiene, habitación y vida comunitaria forman parte de lo nuestro; por ejemplo, en el mundo andino las comunidades campesinas.

SABER CREAR

Para crear tecnología hay que investigar en función de las necesidades aplicativas del conocimiento y no simplemente por intereses personales. Esto significa afirmar la necesidad de una investigación básica jerarquizada en términos de nuestra realidad histórica concreta y de nuestros recursos.

Mucho más podría decirse y muchos ejemplos darse de auténtica investigación en medio de condiciones muy limitadas. No insistimos más por ahora y veamos mejor que puede hacerse en el terreno de la tecnología para la atención de la salud. Primero remarquemos algo ya expresado líneas arriba: una buena infraestructura de mantenimiento dotada de técnicos bien formados y apoyados a nivel de ingeniería podría ser la base para un desarrollo autosostenido en cuanto a equipamiento apropiado.

Ciertas tecnologías sofisticadas tienden a desplazar procedimientos de probada eficacia aumentando innecesariamente los costos y en casos aumentando riesgos iatrogénicos o desocupación. Todavía en América Latina es preferible la utilización de procedimientos de mano de obra intensiva que aumente la absorción de trabajadores. Un caso dramático de mal uso de tecnología es la intervención cesárea, la cual se realiza en número exageradamente elevado, tal como lo han probado diversos estudios y modelos prácticos de atención.

En odontología, así como hay millones de personas sin atención, también se dan los casos de sobretratamiento cuando se practican procedimientos innecesarios, como el reemplazo prematuro de obturaciones, las gingivectomías no justificadas o la extracción de dientes que pueden conservarse para reemplazarlos por prótesis, generalmente iatrogénicas. Todavía se practica una cosmetología dental colocando coronas de oro en dientes indemnes o con pequeñas caries, que a veces ha pedido del cliente.

Se continúa discutiendo sobre hasta que punto es válido facilitar formas simples de tecnología económica a grupos étnicos o culturalmente distintos. Se argumenta que lo justo es que accedan a lo mejor tecnológico que el país se pueda permitir. Se trata sin duda de un tema que en lo teórico daría lugar a discusiones interminables. Lo concreto, sin embargo, es que nuestros

países no llegan ni llegarán en el mediano plazo a ese ideal, en tanto las necesidades de esos grupos humanos siguen insatisfechas. Paralelamente, la evolución tecnológica de los grupos o etnias apartadas del mundo moderno deberá producirse, ojalá en la interacción de ambos mundos, a través de un lapso que no se puede predeterminedar. Entre tanto los esfuerzos que se hacen para acercarnos a esos mundos con respuestas más accesibles y aceptables constituyen precisamente parte de ese proceso de interacción, del cual ambos mundos pueden sacar ventaja. Queda pues entre lo ideal y lo factible, entre la teoría y la práctica una brecha que salvar.

Por otra parte, resulta inútil pretender apartarse del fenómeno de progresiva globalización a escala planetaria del desarrollo tecnológico. La rápida generalización y adopción de los sistemas computarizados es una demostración contundente de ese proceso. Como pues enfrentar y resolver un dilema de tamañas proporciones y graves consecuencias en el mundo subdesarrollado? Es este seguramente el gran dilema de la humanidad al bordear el segundo milenio. Para una actividad de servicio a la salud de las personas con fuerte contenido tecnológico como la Odontología, el dilema es igualmente complejo. Los planteamientos simplistas de carácter fundamentalmente adaptativo nos conducen al parecer a un callejón sin salida, que nos devuelve al punto de partida. Sin poder decir cuales, si creemos en la necesidad de planteamientos que partan del estudio del problema en sus mismas raíces. Ello implica no olvidar que la cuestión odontológica sólo es parte del campo amplio de la salud y del fenómeno general del desarrollo científico-tecnológico desde la perspectiva del mundo subdesarrollado.

Examinemos que papel desempeña la tecnología en la forma como se presta atención odontológica y en la forma como se enseña odontología.

Para ello veamos como es el ciclo de producción y consumo tecnológico. Frente a la conveniencia de perfeccionar un procedimiento se genera un proceso de investigación ensayo y comprobación hasta que un nuevo procedimiento acompañado de sus instrumentos respectivos queda sancionado. Entra luego a un proceso de producción y mercadeo con tendencia a la masividad y adopción universal. En el circuito de producción y consumo intervienen factores financieros que definen las oportunidades del mercado a los márgenes de utilidad. Por su elevada capacidad adquisitiva y tamaño del mercado, los países industrializados, mantienen un ritmo acelerado de producción e innovación tecnológica cuyos costos pueden ser absorbidos. Para los países subdesarrollados el problema consiste en que no teniendo la misma capacidad adquisitiva si tienden a imitar los patrones de consumo del mundo industrializado. Obviamente, las consecuencias son altamente negativas.

La observación de la situación presente nos demuestra que los patrones de ejercicio profesional, médico y odontológico, en nuestros países, son severamente determinados por los patrones de producción y consumo del mundo industrial. Consecuentemente, la enseñanza de la medicina y la odontología no hace sino reflejar las características del ejercicio profesional.

TRANSPARENCIA

Salud Bucal para todos.

¿Es racional plantear como meta salud bucal para todos?

Sí y No.

Para que la respuesta sea afirmativa es preciso replantear el problema partiendo de salud y no de enfermedad. Plantear el problema desde el punto de vista de quienes no tienen acceso a los servicios. Plantear el problema en términos de futuro. Plantear el problema en términos de bienestar individual y social. Con esta línea de partida, Salud para todos será una posibilidad de

acceso a la educación y a la nutrición para la promoción de la salud, acceso a las medidas de prevención individual y masiva. Sobre esta base sólida acceso también a los servicios de recuperación y rehabilitación a partir de un diagnóstico, que asegure la detección y tratamiento oportuno de lo poco frecuente.

Para que esto sea posible se requiere nueva tecnología respecto de:

métodos y técnicas clínicas

métodos y técnicas de planeación de servicios

métodos y técnicas de planeación de enseñanza

equipamiento

recursos físicos arquitectura

recursos humanos

mantenimiento

Aquí la profesión, después de su exitosa batalla contra la caries dental en el mundo industrializado se ve precisada a reformarse radicalmente. Este es el punto en que nos encontramos; y es el momento en el cual la tradición conservadora de la profesión y la influencia de la industria odontológica tratará de alargar, cuestionando la validez del enfoque promocional y preventivo, la validez de la participación comunitaria, la validez e idoneidad del personal auxiliar. Pero las condiciones sociales y económicas de nuestros países demandará una alternativa diferente. La profesión habrá de cambiar o perderá del todo su valor y significado social.



27 JUN. 1988

TEMA III

**"CAMBIOS EN EL CONTENIDO Y ORIENTACION DE LA ENSEÑANZA
ODONTOLÓGICA PARA CONTRIBUIR A LOGRAR SPT./2000"**

PONENCIAS:

Dra. María Ferrer de Sánchez
Dra. Clara Misrachi
Dr. Carlos Vera
Dr. Eduardo Sierra
Dra. Beatriz Gómez
Dr. Juan Bernal

Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Odontología (A.V.E.F.O.)

TEMA III

**“Cambios en el contenido y orientación de la Enseñanza de las
Ciencias de la salud para contribuir a lograr
“Salud para todos en el Año 2000”
Aspectos Odontológicos: La experiencia venezolana”**

Documento de trabajo

CONTENIDO:

1. CONTEXTO POLITICO-ECONOMICO-SOCIAL
 - 1.1. Consideraciones Generales
 - 1.2. Condiciones de Salud
 - 1.3. Condición de salud bucal
2. EVOLUCION HISTORICA DE LA ENSEÑANZA DE LA ODONTOLOGIA
3. SITUACION ACTUAL Y PROYECCIONES
4. ANALISIS Y DISCUSION
5. BIBLIOGRAFIA

1. CONTEXTO POLITICO-ECONOMICO-SOCIAL

1.1. *Consideraciones Generales de la situación Socio-Económica en Venezuela.*

“A lo largo de la década de los setenta, la sociedad venezolana experimentó transformaciones en diversos planos de la actividad productiva, pero con resultados insuficientes en lo social. La economía en general creció aceleradamente, y algunas de sus variables, comenzaron a desacelerarse a fines de la década.

Este crecimiento condujo a un redimensionamiento de la economía en su conjunto. El crecimiento económico logrado en el decenio se caracterizó por la presencia, hacia el final del período, de desajustes en las finanzas públicas y en la balanza de pagos, así como por la aceleración de la inflación.

El sector público experimentó diversas modificaciones en su estructura y procedimientos. Sin embargo, debido a la cantidad y multiplicidad de funciones que le han sido asignadas, unidas a la rigidez en la composición y volumen de los recursos necesarios para su operación, el sector ha resultado en general, poco eficiente en el desempeño de sus actividades en relación a las exigencias derivadas del proceso de desarrollo económico y social del país. Si bien los servicios públicos ampliaron su cobertura, ciertos déficits relativos mostraron incrementos como consecuencia del crecimiento de la población. En algunos casos la calidad de los servicios sufrió un deterioro que incidió de manera negativa en el nivel de vida de la Comunidad.

La economía del país está basada en la industria petrolera, que representaba el 80% hasta 1980 y el 60% actualmente.

En 1980 el PTB fue de U.S. 59.409.8 millones y *per cápita* U.S. 4.270.0

En el período 1981-84 el PTB tuvo un crecimiento negativo y la deuda pública externa se incrementó vertiginosamente.

El costo de vida subió un 22.9% en 1982 y 16.9% en 1984. En el período 1982-1984 el salario real disminuyó entre el 11 y el 4% anual.

A partir de 1983 se devaluó la moneda en varias etapas, entre el 50 y 66%.

A partir de 1984 se ha iniciado un proceso de concertación denominado “pacto social” orientado a reajustar la economía.

En 1982 el analfabetismo era del 13% en población mayor de 15 años; la escolaridad en educación primaria era el 93.3%; en educación media el 38.4%; y, superior el 19.0%.

El déficit de vivienda es de un millón de unidades.

La red vial es superior a los 63.000 Km. Existen dos líneas aéreas nacionales y una internacional.

Hay cuatro canales de Televisión, 158 estaciones de radio y 71 periódicos y diarios.

En cuanto a los aspectos demográficos, la población total: 17.316.738 hab. El 79% está situada en ciudades y centros poblados de más de 2.500 habitantes. Alrededor del 40% es menor de 15 años. La composición por sexo es bastante pareja, alrededor del 50%.

El sensible aumento en el crecimiento de la población como consecuencia en gran parte del fenómeno migratorio, modificó la composición de la fuerza de trabajo, permitió la ampliación del mercado de bienes y servicios y generó una fuerte pre-

El número de camas por 1.000 habitantes ha disminuido del 2.9 en 1972 a 2.7 en 1982.

En 1983 habían 21.502 médicos, 53.595 enfermeras y auxiliares.

El gasto en salud, que en 1975 representaba el 20.3% de los gastos sociales y el 5.9% de los gastos totales, ha bajado al 15.9% y 5.5% respectivamente.

La producción de medicamentos y abastecimiento de equipos depende en gran medida de las importaciones.

En 1980 habían 556 organizaciones y 3.400 proyectos dedicados a la investigación en salud.

1.3. *Condiciones de Salud Bucal*

“Ha habido un incremento del personal odontológico en los últimos tiempos, llegándose a tener en el país, para 1983, un total de 6.106 Odontólogos inscritos en el Colegio de Odontólogos de Venezuela.

Para 1984, el número de cargos para Odontólogos fue de 2.257 (Beneficencia del Distrito Federal; Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; Instituto Venezolano de los Seguros Sociales e Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación), correspondiente a Odontólogos generales el 90.0% y a los especialistas el 10.8%.

Los cargos para personal auxiliar, en las Dependencias citadas fue de 2.071, de los cuales el 99.37% fueron destinados a Asistentes de Odontología.

Los recursos físicos institucionales del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social disponibles para la red de servicios consta de 75 hospitales, 89 centros de salud, 236 ambulatorios, 205 medicaturas, 14 dispensarios.

Por otra parte existen 4 Facultades de Odontología con 540 docentes y 5.200 estudiantes.

Se podría indicar que ha habido un incremento en la atención odontológica nacional, demostrable dicha afirmación en base al aumento de dientes obturados y extraídos. Ha habido un aumento de servicios de atención, destinados a niveles de atención altos, lo que ha determinado a su vez, un aumento en los costos para el Estado; más cuando los programas de atención se han dirigido fundamentalmente hacia niveles de atención secundaria y terciaria. Esta situación debe ser analizada y racionalizada, con miras a que se profundicen los programas dirigidos hacia la atención primaria.

Desde hace más de 15 años, se ha venido adelantando en el país, la política de fluorización de las aguas de consumo, a través de la Comisión que al efecto rige. Esta política ha logrado cubrir aproximadamente a un 40% de la población nacional. Existe el interés porque esta política se profundice, pues de hacerse nacional, se lograría disminuir entre un 40 y un 60% los índices de caries en el país. Se están haciendo grandes esfuerzos para afianzar los programas más encaminados hacia la Educación para la Salud Bucal, existiendo al momento, un programa que se considera fundamental entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Ministerio de Educación. Existen 158.883 profesores de Educación Básica en proceso de integración al programa.

No se están utilizando los medios de comunicación social, como instrumentos para un cambio de actitudes en nuestra población en relación a la práctica de una

adecuada higiene bucal, a los patrones de alimentación y de la población hacia la Odontología.

Se mencionan algunos datos del Estudio para la Planificación Integral de la Odontología (PIO) 1970, y confirmados más recientemente por el Estudio "Proyecto Venezuela" 1983, que resultan importantes para la formulación de varias conclusiones:

En Venezuela, sólo el 18% de la población asiste a consultas en un año; de la escasa población tratada se le realiza exodoncia al 44%; Operatoria al 24%; Periodoncia al 7%; Prótesis al 5%; otros procedimientos quirúrgicos al 5%; Ortodoncia al 1%; y actividades diversas o no identificadas al 14%.

Del 18% de la población total que recibe tratamiento, el sector público apenas cubre el 3% y las clínicas privadas el restante 15%. Sólo el sector de ingresos económicos altos obtiene una "buena" atención odontológica. La relación dentista-población favorece a las grandes urbes en perjuicio de los poblados rurales.

Estos y otros datos del Estudio P.I.O permitieron formular varias conclusiones, las cuales podrían sintetizarse así:

- elevadas cifras de morbilidad bucal en el país;
- predominio del ejercicio odontológico privado;
- económicamente inaccesible a las grandes mayorías;
- servicios públicos insuficientes y limitados en la variedad de la asistencia;
- personal profesional mal distribuido;
- recursos auxiliares escasos; y
- falta de coherencia en los planes de atención.⁴

En un estudio reciente (1985) realizado por la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia en una muestra de la población del Área Metropolitana de Maracaibo, Estado Zulia, se verificó que:

1. *Para la enfermedad caries dental:* los valores porcentuales de personas sanas difieren apenas en un 4% más de los valores proporcionados por el estudio P.I.O. Con respecto a su distribución dentro de los grupos se mantienen iguales valores en los estratos alto y marginal. La referencia en relación con las personas enfermas permanecen similares, sin embargo se asume que hay diferencias entre los grupos con respecto a la detención del daño.
2. *Enfermedad Periodontal:* la proporción de personas sanas aumentó en un 10% con respecto a los valores del P.I.O. Sin embargo, detallando los resultados podemos observar que la disminución de personas enfermas es más significativa en los estratos alto y casco. En el grupo marginal, la situación siguió idéntica a la referencia de hace 20 años.
3. *Necesidades de rehabilitación:* el porcentaje de personas con necesidades protésicas disminuye en un poco más del 2% con respecto al estudio P.I.O. Enfocando nuestra atención hacia el interior de los grupos, encontramos que en el estrato marginal los valores son 4% más que lo indicado hace 20 años.
4. *Un nuevo aporte:* que hace el estudio del 85 es el conocimiento de las alteraciones en el sistema de la articulación temporomandibular, acerca de la cual se encontró que aproximadamente la mitad de la población presentaba signos de disfunción de la A.T.M. variando entre los grupos de 1 enfermo por cada 3 personas en estratos marginal y alto, y 1 por cada 2 en los restantes.

5. *El otro aporte del estudio del 85 es el establecimiento de la magnitud de la prevalencia de otras lesiones de la cavidad bucal y de lo cual hasta el momento sólo había información proveniente de estudios de casos y algunas estadísticas institucionales. Aunque éstos son diagnósticos de tipo extensivos, ellos por la rigurosidad de los criterios de examen nos permitan predecir dentro de ciertos límites el volumen de probables situaciones morbosas que hasta ahora no habían sido objeto de magnificaciones cuantitativas.*

2. EVOLUCION HISTORICA DE LA ENSEÑANZA DE LA ODONTOLOGIA

Los antecedentes que dieron lugar a la creación de la primera Facultad de Odontología en Venezuela, se remontan a la entonces llamada Escuela de Dentistería, inaugurada en 1922.

“Clausurada la sala clínica en 1928 como represalia dictatorial por el memorable movimiento estudiantil de aquella época, la Escuela continuó funcionando con clases teóricas que constituían la única actividad docente, pues no se efectuaban trabajos prácticos en ninguna de las Cátedras del Curso”.

“Para el 19 de marzo de 1934, se sitúa históricamente la iniciación de un Proyecto de Reforma mediante la fundación de la “Federación Odontológica Venezolana”, en cuyo seno fue discutido y aprobado el 12 de febrero de 1936, el “Proyecto de Reforma de los Estudios de Odontología”, entre cuyas principales mejoras, propone un plan de estudios de cuatro años de duración y presentación de una Tesis original para optar al Título de Doctor en Odontología”.

Completa autonomía de la Escuela en su régimen interno, provisión por concurso de los cargos docentes y perfecta igualdad académica y administrativa de los profesores de la Escuela con las restantes Facultades de la Universidad; y otras.⁵

Dicho proyecto fue presentado el 8 de mayo de 1936 a la consideración del Consejo Universitario que a su vez lo remitió al Consejo de la Facultad de Ciencias Médicas, a quien le correspondía conocer del asunto. En este Consejo, el Proyecto sufre un rechazo que obligó a una lucha durante los cuatro años siguientes, tanto en el entonces Ministerio de Instrucción Pública como en el seno de las Cámaras Legislativas, hasta que, finalmente fue aprobado, con cambio y modificaciones importantes el 15 de julio de 1940, mandado a ejecutar por el Presidente de la República, el 24 del mismo mes y puesto en vigencia el 16 de septiembre, con la apertura del nuevo año académico.

La nueva Ley contiene importantes cambios, propuestos en la Reforma aprobada:

- Reforma total del Plan de Estudios
- División de la carrera en dos ciclos: uno de 4 años de duración para recibir el título de Odontólogo; y un año adicional para recibir el de Doctor en Odontología, previa la aprobación de una Tesis original.
- Creación de la Facultad de Odontología, con goce de autonomía docente y equivalencia de rango y atribuciones, como las demás Facultades universitarias.⁵

Es interesante destacar que el proceso de reforma odontológica no partió como era lógico esperarlo, de la entonces Escuela de Dentistería, sino del gremio, dignamente representado por la Federación Odontológica Venezolana. Igualmente, que “las fallas y deficientes del proyecto aprobado, sólo pudo ser mejorado mediante las sucesivas reformas de 1944, 1946, 1947 y 1951”.⁵

“La creación de la Facultad de Odontología, significó un paso fundamental para el progreso y enaltecimiento de la profesión en el país. Este acontecimiento divide la historia de la Odon-

tología venezolana en dos épocas totalmente distintas en lo conceptual y pragmático, a saber: antes y después del 24 de julio de 1940".⁵

Siguiendo la evolución cronológica del proceso, la historia señala que "el 17 de septiembre de 1928, fue creada la Escuela de Dentistería adscrita a la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, y bajo la tutela de esta Facultad se impartía la enseñanza de las materias médicas, dictándose las clases conjuntamente con los estudiantes de aquella Facultad. La carrera se cursaba en tres años, otorgándose el título de Dentista. Situación que se mantuvo hasta el año de 1946, cuando la Escuela de Dentistería se separa de la Facultad de Odontología como Escuela de Odontología, con un pènsum de cuatro años, obteniéndose al final de la Carrera el título de Doctor en Odontología, previa la presentación de una Tesis de Grado".⁶

"La tercera Facultad que aparece, cronológicamente, es la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia" creada por resolución del Consejo Universitario en el año 1948, en un momento histórico en que un cambio de poder político que vive el país, había determinado la reapertura de la Universidad del Zulia, como una reivindicación social de la región, después de haber permanecido cerrada por dictadura gomecista hasta el año 1946.

Todo un proceso se reinicia en la Universidad del Zulia (LUZ) y se forma, entre otras, una Facultad de Odontología con una justificación social "fundamentada en las necesidades de salud dental" de esta población. Su estructura académica responde a una realidad concreta que históricamente vive el país, y el tipo de Odontólogo que se forma responde, desde luego, a una visión limitada al campo de la boca y sus relaciones; con limitaciones científicas, técnicas y sociales (propias de la época y del grado de evolución integral —política-social— de la sociedad venezolana para ese momento).⁷

Para la década del 1970, cuando ya existe en el país, conocimientos y experiencias suficientes para transitar por los caminos de una organización técnica de alto nivel y con objetivos claros que respondan a una realidad nacional, se crean los Estudios Odontológicos "Como Programa de Enseñanza dentro de la estructura académica-administrativa de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo que "se inician con una perspectiva distinta a la de las demás Universidades del país; su orientación fundamental, la "atención al Niño", hace que su composición curricular tenga de hecho una base social y epidemiológica, pues el fundamento para tal creación es la distribución geodemográfica de la población venezolana y las características epidemiológicas de las enfermedades bucales (caries, enfermedad periodontal y maloclusión).⁸

Es de hacer notar, como conclusión final de este marco histórico-cronológico, que en todas las épocas, desde el inicio del proceso evolutivo de los estudios odontológicos universitarios, ha existido una marcada influencia de la sociología política del país, caracterizada porque los regímenes políticos de tendencia autocrática y represiva, han sido, sin duda, fuertes barreras para permitir un avance científico concordante con las exigencias del momento; lo cual ha sido, contrariamente, posibilitado, aún con fuertes limitaciones, y luchas reivindicativas del movimiento universitario autonómico, democrático, popular y progresivo por los regímenes que les han sucedido.

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

Las Facultades de Odontología del país organizan en la ciudad de Maracaibo, con la asesoría técnica de la Organización Mundial de la Salud, la colaboración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y del Colegio de Odontólogos de Venezuela, una Reunión Internacional para

considerar el "Programa Experimental de la Enseñanza de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia", el cual es declarado Programa Piloto Nacional y se acuerda realizar la experimentación y su evaluación para aplicar en todas las Facultades del país las bondades que resultaren de la Experimentación Científica. Se produce el compromiso de la Universidad con el Programa de la Planificación Integral de la Odontología (PIO) del Ministerio de Sanidad y se crea e instala Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Odontología (AVEFO, el 19 de junio de 1968, en la ciudad de Maracaibo, apuntalados en una dirección que asegure y fortalezca la integración de las Instituciones Básicas de la Odontología organizada, conscientes de la necesidad de aunar recursos y esfuerzos.

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

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

Hacia los años 1970-71 se asume la responsabilidad nacional e internacional en el diseño y desarrollo de un modelo de docencia e investigación-servicio que funciona como un Sistema, cuya metodología científica pueda investigar situaciones reales del medio social (salud) y proponer soluciones. Es la etapa del desarrollo e implementación de los Diseños de los Laboratorios Experimentales de la Comunidad en todas las Facultades del país.

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

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

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

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

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

El Ministerio de Sanidad asume el rol de estimulante del proceso, en razón de su obligación política con el IV Plan de la Nación;; y se utilizan los conocimientos y experiencias obtenidas, así como las estructuras comunitarias antes creadas para fortalecer la continuidad del proceso dentro de las nuevas concepciones de Integración-Investigación-Docencia Servicio (Convenios entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y las Universidades para la utilización con fines docentes de las Unidades Sanitario Asistenciales de la red de servicios del Estado Venezolano).

3. SITUACION ACTUAL Y PROYECCIONES

Entre los años 1982 al 1986, se fortalece y continúa el proceso mediante la propuesta de un Modelo de Investigación-Docencia-Servicio inscrito en los principios de Regionalización y Atención por niveles, jerarquizando la población etaria y la patología existente para definir prioridades.

La conceptualización del modelo se fundamenta dentro del marco del estudio-trabajo e INVESTIGACION continua y permanente de la realidad.

El proceso de integración de Investigación-Docencia-Servicio se iniciaría en áreas seleccionadas del Sistema Nacional de Salud, en base a los acuerdos contenidos en los Convenios firmados entre el Ministerio de Sanidad y las Universidades Nacionales.

La Odontología venezolana reunida en el Taller sobre Docencia-Servicio-Investigación realizado por la Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Odontología (AVEFO) en la ciudad de Maracaibo, el 8 de febrero de 1985; y posteriormente, en el I Congreso Nacional de Salud Bucal también en la ciudad de Maracaibo, del 30 de octubre al 2 de noviembre de 1985 cuyo Relato General es un Documento Básico resultado de un trabajo integrador con participación oficial de todas las Instituciones Básicas que integran a la Profesión Organizada, que contiene los fundamentos de la Política de Salud Bucal, a saber: 1) la Investigación científica de la situación de salud bucal; 2) La prevención; 3) La participación activa de la Comunidad y 4) La Integración Docencia-Servicio y Gremio.

La Política de Salud Bucal acogida y aprobada por la Odontología Venezolana en el I Congreso Nacional de Salud Bucal y por el VII Congreso Venezolano de Salud Pública (1986) debe conducirla al desarrollo de un *Modelo Práctico* con las siguientes características: Modelo de Práctica regionalizado, con énfasis en la *Atención Primaria y Participación activa de la Comunidad*.

El modelo de Práctica Regionalizado tendrá su fundamento en la realidad concreta, diagnosticada mediante la Investigación para que el conocimiento generado permita la determinación de las *acciones del plan* y sus *correspondientes procedimientos de evaluación*:

— Énfasis en la Integración docente-asistencial, como estrategia para un desarrollo integral entre la formación y utilización adecuadas del personal odontológico (Distribución, combinación y redistribución de funciones de los recursos humanos; enfoque del modelo regionalizado y diseñado por niveles de atención (Primario, Secundario y Terciario).

- Énfasis en el desarrollo de actividades de *Atención Primaria*.
- Énfasis en la descentralización administrativa en el nivel local, haciendo más coherente la centralización administrativa, al más alto nivel directivo.

Por lo señalado, la Profesión Odontológica Venezolana considera que el “Relato General del I Congreso Nacional de Salud Bucal” convertido en “Documento Básico” de la Profesión, significa para ella una guía de orientación, definiciones y señalamientos hacia donde se deberá conducir todo el proceso odontológico nacional, mediante una política clara de Salud Bucal; la definición de estrategias para implementar esa política y los mecanismos y procedimientos normativos, funcionales y operacionales, a través de una estructura técnico-administrativa a nivel del Ministerio de Sanidad, con capacidad técnica de participación en los niveles altos de toma de decisiones del Ministerio.¹²

El 19 de febrero de 1986 en Reunión de Trabajo convocada por la División de Salud Oral del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en cumplimiento de la recomendación emanada del I Congreso Nacional de Salud Bucal, se hace revisión del “Relato General” —Documento Básico— con el objetivo de establecer las estrategias a fin de poner en práctica las políticas aprobadas.

En esta reunión participaron las siguientes Instituciones:

- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
- Colegio de Odontólogos Metropolitano
- Colegio de Odontólogos de Venezuela
- Sociedad Odontológica Venezolana de Salud Pública
- Junta de Beneficencia Pública del Dto. Federal
- Asociación Venezolana de Facultades de Odontología (AVEFO)
- Fundación para el Crecimiento y Desarrollo (FUNDACREDESA)
- Fuerzas Armadas
- Cooperación Técnica OPS/OMS.¹²

Tres hechos importantes fueron el resultado de esta Reunión:

1. La ratificación y convalidación oficial de las políticas de Salud Bucal generadas en el I Congreso Nacional de Salud Bucal por todos los Organismos presentes.
2. El señalamiento y definiciones de las estrategias a seguir de acuerdo a las políticas aprobadas.
3. La constitución de los participantes a la Reunión en “Comisión Gestora del Núcleo de Desarrollo de la Salud Oral” en Venezuela (N.U.D.S.O.).

Estos hechos significan dentro del proceso de la Odontología venezolana, la aparición de una voluntad integrada para la acción, en donde cada una de las Instituciones participantes asume un compromiso con la nación en el logro de propósitos comunes, como lo son la Salud Bucal de los venezolanos y la responsabilidad científica y social de la profesión.

En consecuencia, se puede afirmar que la Odontología venezolana está preparada para consolidar y acelerar el proceso de cambios en concordancia con las exigencias de la realidad nacional; y dentro de las estrategias aprobadas se estableció la necesidad de garantizar la incorporación del componente de Salud Oral en el Sistema Nacional de Salud, recientemente presentado por el Ejecutivo Nacional a la consideración del Congreso Nacional de la República.

En base a ello, una segunda Reunión de Trabajo de la Profesión Odontológica planteó su posición como disciplina de la Salud, a fin de que la política, estrategias y la Organización de la Salud Oral a nivel nacional, se inscriba dentro del Sistema Nacional de Salud.¹³

“Se propone que el Sistema Nacional de Salud se base en un enfoque multidisciplinario e intersectorial, que permita desarrollar la atención integral a la salud de la población, que posibilite la racionalización y la optimización de los recursos, así como una participación activa y global de las disciplinas que integran el equipo de Salud”.

Por otra parte, se propone que el Sistema debe estructurarse y desarrollarse en base a los aspectos siguientes:

- Basado en una doctrina de justicia y equidad que haga accesible la salud a toda la población, considerando a ésta, como un factor que contribuirá al desarrollo y a la actividad productiva del venezolano.
- Enfocado hacia la Atención Integral de la Salud, considerando los aspectos relacionados con la salud ambiental y atención a los grupos de mayor riesgo.
- Garantía de la participación activa de la Comunidad en la solución de los problemas de salud y hacia la cual el sistema acuda como un elemento de apoyo.
- Organizado en base a la regionalización de Salud que contemple la integración de la docencia con el servicio y fundamentado en la investigación como base del proceso de planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.
- Apoyado por una infra-estructura administrativa que se encargue de los aspectos inherentes a su racional funcionamiento y que sea coherente con el nuevo planteamiento.

Dentro de este enfoque bio-psico-social, la Odontología Nacional ha formulado sus políticas y estrategias para inscribirse como un componente del Sistema Nacional de Salud, y en esta forma, garantizar el acceso a la salud oral a toda la población en los diferentes niveles de atención.¹³

4. ANALISIS Y DISCUSION

Se afirma que las “Universidades, tal vez involuntariamente se han hecho cargo de la custodia de la conciencia de las Sociedades”.

“Las urgencias derivadas de las profundas contradicciones sociales están exigiendo a las Universidades el cumplimiento de una misión ineludible y consecuente con los problemas vitales del país”. “Se busca una Universidad dinámica y no estática, una Universidad agudamente consciente de la realidad social y de sus consecuencias, y no ajena a ellas; una Universidad que prevea los cambios y sus efectos y no los espere complacidamente”.

Sin embargo, hasta hoy, la Universidad y la Sociedad en cada movimiento o cambio logrado, sólo alcanza a una redistribución del poder o del capital, afianzando las estructuras tradicionales que mantienen las desigualdades e injusticias, sin afectar para nada la esencia de los males que generan ese tipo de sociedad.

“Si se analiza históricamente el proceso educativo, se comprueba que ellos han acompañado a los de economía y sus procesos de producción, y que éstos han determinado el modo de educar, con lo que los resultados de esa educación no han sido para “alimentar y sustentar” esos mismos “modos de producción” “económicos”. “Es necesario exigir que se llegue al núcleo de los problemas y que se apliquen las grandes conquistas de la investigación y tecnología a la transformación de los mayoritarios sectores poblacionales”.

Analizando este proceso histórico en ese marco de referencia, debemos ser consecuentes en el análisis crítico de la estructura universitaria, y en particular, el de las Facultades de Odontología del país”.

“Originalmente, todo el proceso de la docencia odontológica se basó en una justificación social fundamentada en las necesidades de salud dental de la población. En sus orígenes las estructuras académicas responden a una realidad concreta en cada momento histórico que vive el país; y con las limitaciones propias de la época y del grado de evolución integral de la sociedad total venezolana”.

Las funciones están limitadas a la docencia, no se hace investigación sistematizada como tampoco extensión cultural y de servicio sistematizados, excepto el que se ofrece en las clínicas docentes de las Escuelas. Es decir, se forma un Odontólogo para las exigencias de una “práctica profesional” cuyo modelo era uno tradicional, individual, no organizado para dar atención a las grandes necesidades de salud bucal de la mayoría de la población, para lo cual, supuestamente se crearon las Facultades.

Son naturales las inmensas dificultades de las Escuelas nacientes, producto innegable de la estructura social vigente para la época. La ardua tarea de consolidar y desarrollar las Facultades estuvo signada de muchas luchas; unas de carácter académico; las más de carácter social, principalmente las derivadas de la posibilidades de cupo e ingresos estudiantiles, y a las posibilidades de apoyo presupuestarios requerido. La influencia de la vigente estructura socio-económica de la Sociedad determina nuevamente situaciones internas difíciles de solucionar y los tradicionales ciclos de “crisis universitarias” se hacen presentes. Los valores prevalentes en la sociedad determinan las tasas de incrementos de alumnos.

La Universidad venezolana toda sufre la detención de su desarrollo por el proceso político social que se instala a partir del año 1952. Un gobierno de signo anti-democrático, se instala en el país con todas las consecuencias que generan los regímenes de tendencia autocrática, particularmente en lo que a Educación y Salud se refiere. Las Instituciones Sociales, entre ellas, las de Educación Superior deben enfrentarse a una nueva situación político social de la sociedad venezolana. Se sufre el rigor de la limitación presupuestaria; de la represión a la libertad de pensamiento en todas sus formas, y deben someterse al rigor de la “disciplina y el orden”, tan falsa y demagógicamente usada en nuestros pueblos, cuando éstos quieren liberarse de la dependencia económica y cultural a la que están sometidos. Necesariamente un período de “vida vegetativa” donde solamente algún proceso tecnológico llegaba como un “alcance extraordinario” para la Profesión —que no para las gentes sanas o enfermas— se instauró a partir de ese momento. No estábamos preparados para interpretar cabalmente este fenómeno político-social y a fuerza de sinceridad, que hasta casi en momentos se pensaba que vivíamos el “mejor de los mundos científicos”. Sin embargo, hubo duras experiencias; mejor comprendidas a la distancia del tiempo, porque al entonces, la formación existente universitaria no dio los suficientes instrumentos conceptuales y metodológicos para interpretar el fenómeno social que ocurría, porque durante ese tiempo todo giró “Pacíficamente” alrededor de una técnica, de un material, de un equipo, o de una asignatura de más o de menos; de un despido o ingreso de un nuevo profesor; atendiendo todo también, a marcos conceptuales limitados, pequeños, sin visión de la Sociedad venezolana, menos del mundo; individualizados; cuanto más, grupales; con intereses locales y no trascendentes. Tanto que nuestras Facultades propiciaban el “apoliticismo” de la Odontología como un valor de actitud deseable.

Posteriormente, ante una diferente situación político-social instaurada a partir de 1958 se comienza a vivir una nueva etapa. Un régimen más democrático da nuevamente apertura a las posibilidades de ingreso a la Universidad a todas las clases sociales, y ésta reinicia su desarrollo democrático alimentada por las nuevas tendencias políticas que siguen a la época.

La dinámica de pensamiento generador político-social llega a las Facultades y se abre una crítica acerca de la necesidad de revisar los planes de estudio, aún cuando todavía, sin visión clara y el dominio técnico necesario para enfrentar con éxito la situación. Muy a pesar de muchos errores, se logran pasos significativos en la reformulación de la Enseñanza de los conocimientos básicos y clínicos. Entre los avances históricos más significativos se mencionan la aparición de los Departamentos Docentes e Institutos de Investigaciones y en especial la creación de los Departamentos de Odontología Preventiva y Social que tendrán el importante rol de llevar la Odontología científica a nivel de comunidad, con un enfoque conceptual que rompe con el convencional, en el sentido de tener como objeto de la enseñanza, en vez del diente y la boca, y como fundamento teórico, el arte, la técnica, lo manual; el colocar como objeto de la enseñanza, una realidad concreta: el Hombre, su Familia, la Comunidad, y como fundamento teórico, las ciencias fundamentales y aplicadas; las biológicas, las sociales y las humanísticas.

Se plantea la calidad del recurso humano odontológico que se requiere, y las nuevas exigencias, distintas a las puramente mecánicas y manuales, que le permiten al Odontólogo, enfrentar el problema del hombre y su salud con una visión y formación científica donde la relación de lo biológico y lo social sean lo fundamental. "La esencia de la enfermedad puede comprenderse sólo si se tiene en cuenta todo el complejo de interrelaciones que caracterizan la relación mutua de los biológico y lo social".

Ello justifica suficientemente una nueva concepción de la educación: la incorporación de la Estadística y la Epidemiología; y de las Ciencias Sociales al Plan de Estudio; la Planificación y Administración; más la existencia de estructuras académicas en el medio social que permitan la aplicación metodológica apropiada para realizar el concepto de integración de la docencia, la investigación y el servicio (Extensión).⁹

De esta exposición se espera que se infiera, que la Odontología venezolana dejó de ser el resultado del desarrollo histórico de las diferentes disciplinas que componen el Plan de Estudio de la carrera de Odontología. Desde el inicio del primer cambio curricular en 1966 (Universidad del Zulia) en el que se establece una filosofía educacional fundamentada en una doctrina social, con objetivos precisos, y una metodología científica con criterios de evaluación, más la incorporación de profesionales de otras disciplinas científicas en el quehacer odontológico-multidisciplinaridad; un cambio innegable en profesores, estudiantes y comunidades en estudio, dentro del proceso de la docencia, la investigación y el servicio, se ha venido realizando progresivamente, a pesar de haber tenido, y tener, que enfrentar la rigidez en las estructuras docentes y de servicio; la deficiencia administrativa; la discontinuidad en las decisiones e insuficiencia en el financiamiento, todo lo cual, obviamente, atenta en el logro de los objetivos sociales para lo cual, fueron creadas las Facultades y los Servicios.¹⁰

A esto, habría que sumar la limitada comprensión existente en el proceso, a nivel de los organismos centrales y regionales de toma de decisiones político-administrativas, oportunas y continuas. Algunas veces, también, de parte del liderazgo gremial odontológico en un definido apoyo al proceso evolutivo.

Y en relación con el desarrollo económico del país, se puede señalar la ausencia de una verdadera planificación en salud, caracterizada ésta a su vez, por la falta de una buena organización estructural y la aplicación de una adecuada política normativa, funcional y operacional, dentro de la administración pública.

Igualmente, las contradicciones fundamentales existentes en la concepción y desarrollo de los modelos económicos desarrollistas y estabilizadores, aplicados por los sucesivos gobiernos na-

cionales, que no han podido satisfacer las demandas sociales que plantea la realidad socio-económica del país; y la tendencia progresiva a la reducción del gasto social en los últimos presupuestos aprobados, que reafirman, la influencia y la dependencia como país mono-productor a las políticas y estrategias del Sistema Capitalista.¹⁰

Sin embargo, el manejo y aplicación de nuevas conceptualidades, métodos científicos e instrumentos operativos en la estructura odontológica venezolana, dan un resultado altamente favorable a este nivel de análisis, pero sin duda que, la integración de los conocimientos, la investigación y la prácticas profesionales, aplicando el concepto de trabajo en equipo multi e interdisciplinario; los avances tecnológicos, la Odontología alternativa, todo orientado a mejorar las condiciones de vida y de progreso socio-cultural del hombre, deben continuar siendo las preocupaciones básicas del quehacer odontológico para conocer y participar en la lucha que implica que esos conocimientos lleguen eficazmente a la población, en especial a la que vive marginada en los cinturones de hambre, enfermedad y miseria de los centros poblados, urbanos y rurales, contribuyendo así, a enfrentar los problemas que en el campo social y económico tienen nuestros pueblos, para lograr su transformación.

BIBLIOGRAFICAS

1. "VI Plan de la Nación. 1981-1985". Oficina Central de Coordinación y Planificación de la Presidencia de la República. CORDIPLAN. Caracas - Venezuela. 28-8-1981.
2. "Venezuela Hoy: Metas en Salud Bucal para el año 2000". Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas - Venezuela. Año 1981. (Trabajo realizado por la Dra. María Antonieta de Macsotay, Jefe de la División de Odontología Sanitaria del M.S.A.S.).
3. "La Salud Bucal del Venezolano y el proceso de reconstrucción nacional". Dr. Alejandro Mijares Gil. Sociedad Venezolana de Salud Pública. Año 1986.
4. "Los problemas actuales del Diseño Curricular en Odontología". Facultad de Odontología. Universidad del Zulia. Maracaibo - Venezuela. Año 1985.
5. "La Creación de la Facultad de Odontología". Foción Febres Cordero. Acta Odontológica Venezolana. Año 18. N° 2. Mayo - Agosto 1980.
6. "Universidad de los Andes. Facultad de Odontología. Guía Informativa". Mérida - Venezuela, 1968.
7. "Reseña Histórica del Proceso de Desarrollo de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, al cumplir XXX años de fundación". Maracaibo - Venezuela. Dr. Heberto Jiménez Navas. 11-10-83.
8. "Enseñanza de la Epidemiología en la Carrera Odontológica". Universidad de Carabobo. Sin fecha. Papel mimeografiado.
9. "Docencia: Origen. Característica, logros y barreras. Momento actual. Inter-relaciones. Perspectivas". Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia. Dr. Heberto Jiménez Navas.
10. "Proceso de Integración Docencia-Servicio-Investigación en la Región Zuliana. Análisis y Perspectivas". Maracaibo - Venezuela. Dr. Heberto Jiménez Navas. Marzo 1985.
11. "I Congreso Nacional de Salud Bucal". Relato General. Maracaibo, Edo. Zulia. Venezuela. Año 1985.

**LA OFICINA DE EDUCACION ODONTOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD DE
CHILE COMO UNA ESTRATEGIA PARA LA INNOVACION CURRICULAR**

DRA. CLARA MISRACHI LAUNERT
Director
Oficina Educación Odontológica
Facultad de Odontología
Universidad de Chile

INTRODUCCION

La enseñanza de la Odontología en Chile continúa siendo marcadamente tradicional, caracterizándose por centrarse en la atención individual, por enfatizar el aprendizaje de acciones curativas y de rehabilitación en el adulto utilizando tecnologías complejas y de alto costo y por realizarse casi exclusivamente en los recintos de las Escuelas Dentales.

El análisis de los planes de estudio de los tres Centros formadores de odontólogos existentes en el país: la Universidad de Chile, la Universidad de Concepción y la Universidad de Valparaíso, indica que los cursos llamados de Odontología Preventiva y Social o de Odontología Comunitaria, en los que se realizan algunas actividades extramurales, carecen de continuidad y el porcentaje de horas asignadas a ellos en el plan de estudios es muy escaso. Es así como el porcentaje de horas totales de los 10 primeros semestres del Plan de Estudios asignado a estos cursos, considerando la teoría y la práctica, es de 2.2% en la Universidad de Chile, 3.4% en la Universidad de Concepción y 4.4% en la Universidad de Valparaíso.

Los planes de estudio de las 3 Facultades de Odontología contemplan 5 años de pregrado más un décimo primer semestre dedicado a internado asistencial, trabajo de investigación o a perfeccionamiento clínico dependiendo de cada Facultad. En este semestre, en la Universidad de Chile los alumnos realizan un internado asistencial de 3 meses, en que el alumno debe rotar por Hospital, Posta y Consultorio del Servicio de Salud. En los 3 meses restantes, el alumno lleva a cabo un trabajo de investigación. En la Universidad de Valparaíso, el alumno debe efectuar una práctica extramural de 6 meses distribuidos en Hospital - Posta y Consultorios del Servicio de Salud. Además debe dedicar 96 horas al seminario de tesis, el que inicia en el décimo semestre. En la Universidad de Concepción, el alumno puede optar por desarrollar una memoria, realizar un período de perfeccionamiento en algún Departamento de la Facultad o realizar un internado rural. Este último consiste en una estadía de 4 meses en centros de Salud ubicados en comunidades rurales, el que en general realiza la tercera parte de cada promoción.

Sin lugar a dudas el internado asistencial es una experiencia valiosa para la formación del odontólogo, sin embargo los períodos de práctica extramurales son muy cortos comparados con los 5 años de enseñanza casi exclusivamente intramural. Por otra parte, no se nota una real integración docentes asistencia, ya que el impacto que el internado asistencial haya causado en la producción de innovaciones en los Servicios de Salud no ha sido medido, como tampoco se observan cambios curriculares que indiquen que estas experiencias influyen en las instancia encargadas de la planificación curricular.

La orientación dada a la formación profesional da como resultado que la Odontología que se practica sea ineficaz para resolver los problemas de salud oral de la mayoría de la población. Los encargados de proporcionar la enseñanza han sido formados en el contexto de esta misma concepción de la Odontología, y por lo tanto sus valores y actitudes tienden a perpetuarse a través de los profesionales que ellos forman.

Desde hace muchos años han existido grupos de profesionales preocupados por dar un nuevo enfoque a la enseñanza y servicio odontológicos en el país. Sin embargo estos esfuerzos no han sido capaces de ejercer el efecto multiplicador necesario para producir el cambio de orientación en la formación profesional ni por ende, en la prestación de servicios.

Considerando que cualquier innovación, "definida como cambios en la escala valorativa frente a la problemática de salud y no como una simple alteración de forma"¹, debe en último análisis ser comprendida en términos de comportamientos humanos y relaciones humanas,² es que en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, luego de un estudio diagnóstico

realizado en 1976, se decidió que antes de introducir cualquier innovación curricular, era imprescindible producir en los docentes un cambio de actitudes en la forma de enfrentar el proceso de formación profesional. Una vez conseguido estos cambios de actitudes serían los propios docentes los que propondrían y aplicarían las innovaciones.

Experiencias anteriores indicaban que si se introducían cambios curriculares sin lograr primero que un grupo apreciable de docentes experimentara cambios valorativos en la concepción de la Odontología, en la práctica el cambio tendía a adoptar formas muy diferentes a las propuestas cuando fue proyectado y por ello resultaba ser solo aparente.

El presente trabajo da cuenta de la experiencia de la Oficina de Educación Odontológica de la Universidad de Chile, cuyo propósito es servir como agente de cambio en la formación de recursos humanos para la salud oral.

ANTECEDENTES

Desde 1970, existió preocupación en la Facultad por la formación docente de los académicos a cuya deficiencia se imputaba la mayor parte de los problemas de la formación de los alumnos.

A partir de ese año se realizaron algunos cursos llamados de capacitación pedagógica, que eran impartidos por profesores de la Facultad de Educación. Estas experiencias resultaron ser ineficaces debido a numerosos factores, entre los cuales se pueden destacar.

1. Los docentes que impartían los cursos eran ajenos a la problemática de la enseñanza de la Odontología.
2. Los contenidos de estos cursos eran abstractos frente a los problemas específicos de la Odontología. La ejemplificación utilizaba situaciones poco familiares al odontólogo, lo que dificultaba aún más la comprensión de los conceptos.
3. Por no poseer un lenguaje común, la comunicación entre el grupo dictante y el grupo de académicos participantes se veía enormemente dificultada, llegando a veces al bloqueo en el aprendizaje y la pérdida de la motivación inicial de los académicos para asistir a los cursos.
4. En los programas de estos cursos se puede apreciar que en su mayoría el énfasis está puesto en el "cómo" (medios y técnicas) más que en las interacciones del proceso educativo en vista a sus objetivos y fines.
5. Los cursos se realizaron en forma muy esporádica no respondiendo a una secuencia que permitiera una visión global del proceso educativo y menos apuntar a un cambio valorativo en la formación del odontólogo, mediante la discusión de su problemática.
6. Los docentes participaban en forma individual, generalmente por iniciativa personal y no en grupos de trabajo.
7. No existió asesoría permanente para ayudar a resolver los problemas que se planteaban en el quehacer docente diario.

Debido a estos y otros factores, los docentes que lograban capacitarse en algunas técnicas de planificación o evaluación curricular, una vez integrados a sus grupos de trabajo, al no contar con interlocutores calificados ni con asesoría permanente de los expertos en Educación Odontológica, tendían a revertir el proceso y volver a la pasividad inicial.

En 1976, en base a un estudio diagnóstico que tomó en consideración las variables que emergieron como más representativas de la realidad en la enseñanza de la Odontología y teniendo como meta última promover cambios curriculares enfocados hacia el mejoramiento sustan-

cial de la salud oral de la población, se elaboró un modelo de cambio planificado para la docencia. Entendiéndose por docencia al proceso de planificación, ejecución y evaluación de la formación profesional. En este modelo se define como agente de cambio a un grupo de académicos de los distintos Departamentos que conforman la Facultad, los que deben poseer las siguientes características:

1. Ser profesionales provenientes de alguna de las carreras que se imparten en las Facultades de Odontología, de tal manera de haber conocido y sentido los problemas que afectan a la docencia impartida por éstas, tanto en su calidad de alumnos como de docentes.
2. Manifestar alto interés por la actividad docente y poseer conocimientos básicos en Educación (pueden haber sido obtenidos en cursos de capacitación o por medio de lecturas y experiencias personales).
3. De preferencia tener experiencia de algunos años en la docencia, ocupar un lugar de mando medio, de tal modo que sus planteamientos tengan eco, o al menos sean escuchados por los individuos que ocupan jerarquías superiores e inferiores en su grupo de trabajo.
4. Además, el grupo deberá contar con un académico que reúna todas las características anteriores, más la de poseer una preparación seria en Educación. Este académico es el que realizará las labores directivas dentro del grupo.³

Este modelo establece estrategias para inducir en los docentes un cambio de actitudes que los lleve a través del estudio sistemático y permanente del currículo a proponer e implantar innovaciones destinadas a optimizarlo.

Los resultados positivos de la aplicación del modelo hicieron que las autoridades respaldaran estas iniciativas de un grupo de académicos y se creará la Oficina de Educación Odontológica (OEO) en 1979.

La OEO pasó a ser entonces el agente de cambio definido en el modelo y continuó aplicando las estrategias propuestas en el mismo, las que se encuentran implícitas a continuación en la Hipótesis de Trabajo.

A fines de 1981, se realizó una evaluación de las funciones establecidas para la OEO cuyo resultado determinó que éstas no estaban alcanzando un nivel óptimo de intensidad por escasez de recursos humanos y de equipamiento.

Con el objeto de impulsar el desarrollo de la OEO, se presentó a la Fundación Kellogg un proyecto el que fue aprobado y se comenzó a desarrollar a fines de 1982. Este proyecto contó también con el apoyo técnico de OPS y finalizó en Enero 1986.

El proceso de evaluación permanente de los logros alcanzados ha llevado a la OEO a diversificar las estrategias iniciales de acuerdo a las necesidades emergentes, a la experiencia acumulada y a las oportunidades que se han abierto para la utilización de nuevos recursos. Daremos cuenta de ello en los resultados.

HIPOTESIS DE TRABAJO

Las estrategias propuestas en el modelo de cambio responden a la siguiente hipótesis de trabajo.

Es posible lograr que los docentes propongan e implanten innovaciones curriculares si:

1. Son sometidos a un programa de capacitación consistente en talleres y seminarios impartidos en forma secuencial y sistematizada, que tengan como hilo conductor el proporcionar una visión global del proceso educativo y permitan el análisis de los problemas de formación profesional en el contexto de mejorar la salud oral de la población.

2. Son asesorados continuamente para velar porque los cambios de actitudes y conductas, productos de la capacitación recibida, se mantengan o aumenten.
3. Participan en la planificación y aplicación de metodologías innovadoras en la enseñanza, de preferencia en tópicos no abordados con anterioridad, relacionados con criterios diagnósticos y con atención primaria.
4. Se les proporciona la oportunidad de llevar a cabo la docencia y practicar el uso de tecnologías apropiadas en servicios situados en la comunidad.
5. Participan en investigaciones en el campo de la Educación Odontológica.

APLICACION DE ESTRATEGIAS DE CAMBIO Y RESULTADOS

El Programa de Capacitación para la Docencia

Desde su inicio en 1976, el Programa ha llevado a cabo cursos, talleres y seminarios para los docentes de la Facultad abordando los siguientes tópicos:

- 1). Psicología del Aprendizaje; 2). Unidades de Enseñanza; 3). Diseño de Programas de Curso; 4). Planificación Curricular en Odontología; 5). Métodos e Instrumentos de evaluación; 6). Comunicación y Producción de Medios Audiovisuales; 7). Principios y Técnicas de Televisión Educativa; 8). Fotografía Clínica; 9). Metodología de la Investigación; 10). Relaciones Humanas; 11). Buen Uso y Aprovechamiento de la Voz; 12). Computación; 13). Comunicación Oral Efectiva; 14). Autocuidado en Salud Oral.

Originalmente este programa tenía como objetivo capacitar a los docentes de la Facultad, sin embargo al surgir otras necesidades la OEO impartió cursos para alumnos de pregrado, de postgrado, personal de la OEO y auxiliares dentales de la Escuela Dental. A estas últimas se les impartió un curso teórico-práctico sobre autocuidado para la salud oral.

Es interesante destacar que a estas auxiliares que trabajan en la Escuela Dental, desde hacía largos años, nunca antes se las había capacitado para la mantención de su salud oral.

TABLA N° 1
CURSOS IMPARTIDOS - 1976 - 1985

DESTINATARIOS	N° Cursos	N° Alumnos	N° Horas
Docentes	85	1.055	2.415
Alumnos Pregrado	22	1.230	474
Alumnos Postgrado	7	58	154
Personal OEO	2	12	80
Auxiliares Dentales	1	21	12
Seminarios	2	160	80

Como se observa en la tabla, el mayor número de cursos estuvo destinado a los docentes. Los cursos impartidos a los alumnos de pre y postgrado son casi en su totalidad sobre Metodología de la Investigación Científica.

Respecto a estos cursos es importante destacar su gestación y relevancia para el cambio de conductas de docentes y alumnos.

En 1977 el grupo agente de cambio frente a la necesidad detectada de incrementar la investigación científica en el medio odontológico, planteó la idea de hacer que los estudiantes de pregrado realizaran un trabajo de investigación como requisito para obtener el título profesional. En 1978 se reglamentó este requisito como parte del plan de estudios.

También se requirió que los alumnos de cursos de Especialización de postgrado realizaran un trabajo investigativo, previo a la obtención de un certificado de especialistas.

Paralelamente a estos cambios curriculares, se hizo necesario iniciar la capacitación de los docentes que actuarían de tutores en los trabajos de investigación de los alumnos. Como resultado de esta innovación se hizo evidente el aumento en el número y calidad de los trabajos científicos publicados. Además los docentes y alumnos capacitados muestran notorios progresos en la aplicación del razonamiento lógico y sistemático para solucionar los problemas que se plantean.

Otros resultados del Programa de Capacitación para la Docencia han sido:

- El aumento del interés de los académicos por capacitarse para la docencia demostrado por el número de cursos impartidos y número de docentes participantes en ellos. Además continuamente se reciben solicitudes de asesorías para la planificación de cursos, diseño de actividades, selección de métodos y medios de enseñanza, confección de material instruccional, elaboración de instrumentos de evaluación y planificación de investigaciones.
- La elaboración de un formulario que obliga a la aplicación de la Tecnología Educativa en la planificación de los cursos. Con los aprendizajes adquiridos en los cursos de Capacitación para la Docencia y con este formulario se logró que todos los programas de cursos contuvieran: los propósitos, los objetivos especificados operacionalmente, la descripción de las actividades para llevar a cabo cada objetivo y la descripción de los sistemas e instrumentos de evaluación.
- El cambio en la valoración de la actividad docente, demostrado a través de la inclusión de los cursos de capacitación para la docencia como requisito de ascenso a los diferentes niveles de la carrera académica.
- La definición del perfil profesional del odontólogo y la determinación de las acciones que debieran ser enseñadas en el pre y en el postgrado, resultado de dos Seminarios de Planificación Curricular.⁵
- La creación del Curso Clínica Integral Para la Atención del Adulto, en 1983, resultado de las discusiones y análisis efectuados en los seminarios de Planificación Curricular. En este curso clínico el alumno del último año de la carrera diagnóstica y trata al paciente en forma integral.
- Esta innovación curricular significa un cambio valórico importante en la enseñanza de la Odontología en nuestra Facultad al permitir que el alumno tenga una visión de conjunto de las alteraciones de la salud oral del paciente en contraposición con la visión fragmentada por especialidades que se realizaba anteriormente.
- Gracias al servicio continuado de consultorías que la OEO presta, durante el año 1985 se asesoró a un académico de esta Facultad, que al mismo tiempo es funcionario del Sistema Nacional de Servicios de Salud, en la elaboración de un Programa de Capacitación para auxiliares dentales.

La OEO participó activamente en la elaboración del proyecto "Programa Piloto de Capacitación de Auxiliares Dentales en Prevención Primaria".

Este programa es el primero de esta naturaleza que se realiza en el país y cuenta con el respaldo de las máximas autoridades del Ministerio de Salud. Es así como la totalidad de los

alumnos egresados del curso fueron contratados por los Servicios de Salud. A la fecha se está evaluando el desempeño y el impacto causado por el personal adiestrado.

Además de los cursos anteriormente descritos, la Oficina realizó actividades con el Centro de Alumnos; se impartió un curso de Relaciones Interpersonales, en que se capacitó a un grupo de alumnos en técnicas para el manejo de diferentes situaciones emocionales de los pacientes. Este curso es el primero de esa naturaleza que se ha realizado y ha obtenido excelente acogida entre los alumnos.

PRODUCCION DE MATERIAL DE INSTRUCCION Y SU UTILIZACION

La producción de material instruccional comenzó en 1977. Hasta 1982 se elaboró sólo material destinado a odontólogos o a estudiantes de Odontología. A partir de esa fecha y debido a numerosas necesidades detectadas, se comienza a elaborar material autoinstruccional para auxiliares dentales, para profesores de enseñanza básica y para la comunidad. Es así como se ha producido un texto de autoinstrucción que cuenta con diapositivas para capacitar auxiliares dentales para la enseñanza de técnicas de Higiene Oral en el niño y en el adulto; un texto para capacitar a los profesores de enseñanza básica en la detección de malos hábitos bucales y procurar su eliminación; cuatro librillos sobre salud bucal destinados a niños y adultos; un silabario para colorear destinado a niños de enseñanza básica y tres librillos para padres de niños portadores de labio leporino.

Al ampliar el espectro de los destinatarios, hemos obtenido como resultado que los docentes y alumnos participantes en la elaboración de los materiales, adquirieron experiencia en la forma de transmitir mensajes efectivos a la comunidad y a profesionales no odontólogos.

TABLA N° 2
MATERIAL INTRUCCIONAL PRODUCIDO 1977 - 1985

TIPO DE MATERIAL	TOTAL
Diaporamas	33
Textos	2
Textos autoinstruccionales	5
Texto autoinstruccional y simulador	1
Texto autoinstruccional y diapositivas	3
Librillos para Autocuidado	8
Video Cassettes	5
TOTAL	57

Los textos autoinstruccionales son producidos mediante el trabajo conjunto de docentes de un área específica, integrantes de la OEO y alumnos. Todos los textos han sido validados experimentalmente a través de los trabajos de investigación de los alumnos de pregrado. Es así como los alumnos además de adquirir conocimientos en los contenidos específicos de los textos, se capacitan en metodologías de la enseñanza y desarrollan una investigación experimental para determinar el grado de aprendizaje alcanzado comparando dos métodos diferentes de enseñanza.

La OEO ha utilizado la elaboración de materiales instruccionales como una estrategia para producir cambios en los contenidos de la enseñanza. Generalmente los contenidos abordados son propuestos por la OEO frente a necesidades detectadas.

Cuatro de los textos autoinstruccionales abordan tópicos importantes que no se habían desarrollado apropiadamente hasta su producción. Como ejemplo, podemos citar el texto "Examen Integral del Niño". En él se describe toda una sistemática del examen considerando al niño como un todo y no sólo examinándole la boca y áreas vecinas, como se hacía con anterioridad.

En este texto se desarrolló, con fines didácticos, una ficha clínica extensa y detallada la que dio origen a la nueva ficha clínica que se utiliza en Ortopedia Dentomaxilar.

Otro material de enseñanza interesante de destacar es el texto autoinstrucciona sobre suturas, el que ésta acompañado de un simulador del maxilar superior producido a muy bajo costo, que permite el aprendizaje práctico en condiciones que semejan las dificultades reales de visión y espacio. La prueba de este material consistente en comparar los aprendizajes en un grupo de alumnos de 3er Año, con el de un grupo de alumnos egresados sometidos a la enseñanza tradicional, entregó diferencias significativas en cuanto a destrezas para practicar suturas.

El uso de este material ha constituido un cambio curricular, ya que con anterioridad existían grupos de alumnos que a lo largo de toda su carrera no tenían oportunidad de desarrollar destrezas para realizar ningún tipo de suturas.

Como apoyo a las tareas del Servicio de Diseño, la Oficina recibe alumnos en prácticas y memoristas de distintos Institutos Profesionales. Al desarrollar en esos futuros profesionales habilidades para la creación de imágenes destinadas a educación en Salud Oral y también para el dibujo anatómico, ampliamos su campo ocupacional, al mismo tiempo que proporcionamos a la odontología un recurso humano indispensable para lograr una comunicación efectiva con la comunidad, a través de las imágenes.

El material de enseñanza producido por la OEO está siendo utilizado en charlas y cursos que se dictan en diversas regiones del país y en el extranjero. La tabla muestra la distribución de los usuarios de los materiales en los tres últimos años.

TABLA N° 3
DISTRIBUCION DEL NUMERO DE PERSONAS QUE UTILIZARON EL
MATERIAL
AUDIOVISUAL POR AÑO

USUARIOS	1983	1984	1985	TOTAL
Pregrado	1.885	2.363	2.258	6.506
Postgrado	193	206	210	609
Docentes	104	107	110	312
Otros	203	195	350748	
TOTAL	2.385	2.871	2.928	8.184

Además de las personas que solicitan el material audiovisual en calidad de préstamo, los materiales están siendo adquiridos por diversas instituciones y particulares, tanto en el país como en el extranjero.

TABLA N° 4
NUMERO DE INSTITUCIONES Y PARTICULARES QUE ADQUIRIERON
MATERIAL INSTRUCCIONAL

INSTITUCIONES y PARTICULARES	1983	1984	1985	TOTAL	
En el país	39	119	434	119	711
En el Extranjero	6	33	23	27	89
TOTAL	45	152	457	146	800

Los materiales que se adquirieron con mayor frecuencia son aquellos destinados a la Educación para la Salud Oral. Esto significa un aporte de la OEO a la Educación de la Comunidad.

INVESTIGACIONES REALIZADAS

- Se elaboró y validó un instrumento de evaluación del área psicomotora para Cirugía, el que se encuentra actualmente en uso.
- Se realizó la investigación "Estudio del Impacto del Programa de Perfeccionamiento Docente OEO", cuyos resultados muestran que existe una diferencia significativa entre los docentes capacitados en OEO y aquellos no capacitados en la producción de cambios en: la planificación de la docencia, elaboración de materiales instruccionales y evaluación del aprendizaje.⁶
- Se realizó una investigación para evaluar el currículo de formación profesional determinando el grado en que la formación entregada cubre las necesidades del ejercicio profesional. En esta investigación la muestra la constituyeron 287 profesionales que obtuvieron su título de dentista entre los años 1978 y 1983. Las conclusiones aportan datos valiosos sobre el logro de los objetivos clínicos planteados para el pregrado, las necesidades del ejercicio profesional y las áreas de mayor demanda de perfeccionamiento del postgrado. Estos datos serán utilizados para la planificación de un nuevo currículo cuyo proceso se inició recientemente y para el cual se está recabando toda la información previa que este proceso requiere.
 En las investigaciones realizadas participaron docentes de distintos Departamentos, lo que muestra su motivación hacia la Educación Odontológica.
- Se llevaron a cabo trabajos de investigación destinados a comparar el método autoinstruccional con el método tradicional en el aprendizaje de destrezas para el examen y diagnóstico, criterios de derivación y destrezas operatorias. Las investigaciones se realizaron con la participación conjunta de alumnos en período de egreso, la OEO y académicos de distintos Departamentos.
 Estos trabajos han servido no sólo para que los alumnos desarrollen el pensamiento científico a través de la investigación experimental, sino que también han motivado a docentes y alumnos hacia la investigación en Educación Odontológica

CONCLUSIONES

Durante la aplicación del modelo de cambio se han llevado a cabo la mayor parte de las estrategias propuestas en el mismo, se ha conseguido motivar a los docentes en la producción de innovaciones curriculares a pesar de que el 60% de ellos tiene sólo 11 horas semanales contratadas, las que debe emplear totalmente en docencia directa con alumnos. Sin embargo aún no ha sido posible producir un cambio valorativo profundo en la orientación de la formación profesional.

La producción de cambios valorativos es siempre un proceso muy lento, que en nuestro caso se ve dificultado al no contar con campos experimentales de trabajo, que permitan visualizar nuevos enfoques para enfrentar la problemática de Salud.

Hasta la fecha no hemos logrado implementar una de las estrategias más importantes planteadas para nuestro modelo de cambio, como es proporcionar las oportunidades para llevar a cabo la docencia y practicar el uso de tecnologías apropiadas en Servicios situados en la comunidad. Sin embargo el futuro se presenta promisorio dado que se ha puesto en marcha un proyecto denominado "Desarrollo de un Modelo de Atención Primaria para Escolares, mediante la Integración Docente Asistencial". Este proyecto que forma parte del Primer Programa Kellogg Internacional de Becas en Salud de la Universidad del Estado Michigan, permitirá que nuestros docentes y alumnos realicen estudios epidemiológicos, practiquen tecnologías apropiadas en la entrega de servicios, interactúan con el equipo de Salud Oral de los Servicios y con la comunidad.

Estamos seguros que a través de la aplicación y evaluación de este proyecto, se obtendrán valiosos datos que podrán ser usados para el cambio en la orientación del currículo de formación de odontólogos en nuestra Facultad.

RESUMEN

- Se describe la problemática de la formación profesional del odontólogo en Chile.
- Se analiza la gestación y aplicación de un modelo de cambio planificado para la enseñanza, llevado a cabo por la Oficina de Educación Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.
- Se da cuenta del programa de Capacitación para la Docencia el que durante su desarrollo y frente a necesidades detectadas, se diversificó incluyendo materias destinadas a alumnos de pre y postgrado, personal de la oficina de Educación Odontológica y auxiliares dentales.
- Se describe el programa de producción de Material Instruccional su utilización y difusión nacional e internacional.
- Se resumen las investigaciones en Educación Odontológica realizadas.
- Se incluyen los resultados obtenidos en la aplicación de las estrategias de cambio y se comentan los logros obtenidos en la producción de innovaciones curriculares.

REFERENCIAS

1. GUILLESPIE, G., BELTRAN, R. Tendencias Innovadoras en Odontología: antecedentes, bases y perspectivas. Educ. Med. Salud, Vol 12 (4): 518, 1978.
2. HUBERMAN, A. M.: "Cómo se realizan los cambios en Educación; una contribución al estudio de la innovación". Experiencias e Innovaciones en Educación, N° 4. (París), UNESCO, O.I.E. 1(973).
3. MISRACHI, C.: Diseño y Aplicación de un Modelo de Cambio Pedagógico Planificado para la Docencia Universitaria. Revista Curriculum. OEA, Año 4 - N°s. 7-8: 107-124, 1979.
4. Primer Seminario de Planificación Curricular, Facultad de Odontología Universidad de Chile. Documento mimeografiado, Enero, 1978.
5. Segundo Seminario de Planificación Curricular, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Documento mimeografiado, Julio 1978.
6. MISRACHI, C. "et al". Impacto del Programa de Perfeccionamiento Docente de la Oficina de Educación Odontológica, Universidad de Chile. Rev. Fac. Odontología, U. de Chile. Vol 3 (2): 30-38, 1985.

**IV CONFERENCIA INTERNACIONAL OFEDO -
UDUAL 1987**

"EDUCACION ODONTOLOGICA EN MEXICO"

**Ponente:
DR. CARLOS VERA CABRERA**

**Sede: FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA**

15 al 19 de Marzo Lima-Perú

INTERPRETACION Y ANALISIS DEL CUESTIONARIO SOBRE EVALUACION CURRICULAR

El presente documento se ha elaborado con el fin de proporcionar a las Escuelas o Facultades que han respondido el cuestionario, una retroalimentación global de los aciertos y carencias que tienen los currícula de estas Instituciones a la vez se analizan las posibilidades de cambio que de este mismo análisis se deducen.

PRERREQUISITOS:

En la mayoría de las Escuelas o Facultades no se exige a los estudiantes que hayan llevado orientación vocacional como prerrequisito para ingresar a la carrera de Odontología; una de las razones es porque esta función no depende de ella sino de la Universidad en general. En las Instituciones donde se exige, sólo se ofrece a nivel de pláticas o conferencias.

Así entendida la orientación vocacional es ofrecida por Psicólogos, Pedagogos y Odontólogos conjuntamente y en casos mínimos sólo por estos últimos. La mayoría coinciden en que el equipo multidisciplinario es el ideal para impartirla.

No obstante que en el currículo no se marca esta necesidad, el 50% de los encuestados respondieron que en las Instituciones de que son responsables sí se ofrece.

El tiempo que se destina a esta actividad es muy variado, va desde una semana hasta un semestre.

La mayoría de los encuestados opina que es necesario implementar la orientación vocacional para evitar frustraciones, pérdida de tiempo, disminución de índices de reprobación y deserción y, además coinciden en que se ofrezca a nivel de secundaria y preparatoria para los que ingresan a la Licenciatura y en ésta para quienes desean seguir Postgrado.

Del análisis que hicimos a este rubro inferimos que se está entendiendo por orientación vocacional a la información que sobre las características particulares de la carrera se ofrece a los aspirantes a ella y no al estudio y conocimiento individual del aspirante y su posible inserción y ajuste a dichas características en espera de óptimos resultados. Creemos que las pláticas informativas con o sin orientación vocacional son indispensables para ubicar al estudiante en el campo institucional específico.

FORMACION ACADEMICA:

En cuanto a formación académica los encuestados en su mayoría, afirman que los objetivos que presenta el currículo describen el perfil profesional; sin embargo, esto no fue posible comprobarlo dado que sólo la tercera parte los transcribió anexo. De igual manera afirman que el análisis curricular se realiza con una periodicidad que va desde cada seis meses hasta cada cinco años, en la que participan docentes y estudiantes conjuntamente y en algunos casos sólo docentes; los ex-alumnos tienen una participación mínima.

Las razones que aducen para justificar dicha participación o no, son entre otras, que ambos están involucrados en el proceso de enseñanza-aprendizaje y quienes niegan dicha participación a los estudiantes sostienen que éstos carecen de conocimientos; pero olvidan que ellos están inmersos en el proceso y participan con su experiencia.

La mayoría de las revisiones curriculares fueron realizadas el año pasado sin embargo, llama la atención esta afirmación cuando se contrasta con los elementos curriculares anexados; los

cambios apuntan a ubicación, tiempos, prácticas, etc., la pregunta está orientada a detectar cambios formales.

La mayoría de los currículos están organizados por materias con carácter obligatorio, incluso las que dicen sus optativas, ya que esta organización le permite un mayor control administrativo. Aun los que se reportan organizados por áreas sólo tienen el carácter de tales administrativamente.

Los ciclos lectivos están organizados en la mayoría de las Escuelas o Facultades en ocho semestres; en otras éste período es de cinco años y las ventajas y desventajas de éstas parcelaciones están enunciadas en función de tiempo-contenidos.

Algo digno de destacar en este análisis es la puntualización del objeto de estudio de la Odontología; la mayoría no responde y quienes lo hacen lo reducen a "la boca".

Es afirmación generalizada que el currículo se responde a las necesidades de la comunidad, las cuales fueron detectadas a través de estudio epidemiológicos y que lo que facilita la formación del odontólogo para responder a esas necesidades son las materias preventivas y el servicio social y que la carencia de materias sociales lo entorpece.

Cuando la pregunta apunta a la intención explícita del currículo para formar investigadores, la respuesta es negativa pero cuando se desea saber qué tipo de investigación se propone en el currículo y se realiza en la Escuela, en ambos casos se responde que clínica, epidemiológico y documental.

Todos los encuestados reconocen la importancia de que el futuro Cirujano Dentista se le prepare para la investigación que le permita conocer nuestra realidad; generar conocimientos, desarrollar nuestra propia tecnología; disminuir la dependencia; los currículos marcan los tipos de investigación que los alumnos están realizando en cada Facultad o Escuela, qué falta para que éstos se formen como investigadores?

En cuanto a las carencias que se marcan para que los Cirujanos Dentistas puedan salir preparados respondiendo a las necesidades de la comunidad se marcan la investigación el equilibrio entre la prevención la curación y la rehabilitación; el enfoque social e incluir las disciplinas pedagógicas, psicológicas y administrativas.

Considerando, que de acuerdo con la O.M.S., los 5 problemas principales que ponen en peligro la salud bucal son:

1. Las caries. - 2. Las enfermedades periodontales. - 3. Las maloclusiones. - 4. Malformaciones congénitas, y 5. Cáncer bucal. Analizando el listado de asignaturas que se ofrecen en las diferentes Escuelas así como su carga horaria, proporción teórico-práctica, y el enfoque y nivel de solución de los problemas; puede aseverarse que existe un gran desequilibrio en la atención que se brinda a cada una de ellas.

Es evidente que la caries dental se atiende en el 100 por ciento de las Escuelas sin embargo, la mayor carga en el nivel de tratamiento, extracción y rehabilitación y con menor carga lo relacionado a la prevención.

La misma situación se observa en relación a las enfermedades periodontales, solamente que a este rubro se ofrece más carga horaria a la rehabilitación.

Los otros 3 problemas de salud bucal, se atiende con una carga horaria mínima, las maloclusiones a nivel de prevención, las malformaciones congénitas en tratamiento y el cáncer bucal a nivel de información para diagnóstico.

La proporción teoría-práctica en general 39% / 61%, que si bien no existe una definición de la ideal, si puede considerarse que siendo nuestra carrera eminentemente de habilidades motoras, es adecuada.

FORMACION HUMANISTA:

La mayoría de los encuestados responden que el currículo propone elementos que preparan al futuro Cirujano Dentista para desenvolverse como educador de la comunidad en relación a su profesión pero las materias que enuncian no contienen dichos elementos; sin embargo, proponen como conveniente incorporar al currículo este tipo de preparación y una de las razones es que para educar es necesario estar preparado.

Un alto porcentaje de las Escuelas ofrece formación psicológica y entre las razones que se expresan están la de conocer y estudiar mejor al paciente, para mejorar la relación paciente odontólogo, etc.

La mayoría de los currículos ofrece para la docencia, sin embargo, las respuestas apuntan afirmativamente hacia la necesidad de ofrecer dicha formación argumentando la capacitación de los futuros docentes de la odontología. En la gran mayoría de las Facultades o Escuelas existe una instancia que se encarga de esta formación y en un 35% de las Escuelas encuestadas los docentes asisten a cursos para recibir esta formación fuera de la Institución; pero no enuncian los centros a que asisten. Los eventos para la formación pedagógica de los profesores suelen realizarse semestralmente.

Los encuestados en su mayoría, afirman que los docentes están capacitados para evaluar el currículo; sin embargo creen que sería útil que éstos se capacitarán para ello; lo cual nos permite detectar una contradicción más.

FORMACION ADMINISTRATIVA:

El 50% de los encuestados responde que el currículo sí prepara a los estudiantes en el campo administrativo a través de materias como: Organización de Consultorios. Administración, Ergonomía y otras.

Se afirman que los egresados están preparados para ubicar su práctica de acuerdo a las necesidades comunitarias, no obstante consideramos que no existe información al respecto.

Se afirma que los egresados están capacitados para cuestionar la práctica privada e institucional pero creemos que es imposible tener un egresado crítico cuando durante la carrera no se le proporcionó dicha formación parecería que más bien lo preparamos para la alienación.

FORMACION EN CULTURA GENERAL:

En las Escuelas se ofrece formación en cultura general, en orden descendente en las siguientes disciplinas: Idiomas, Música, Fotografía, Danza, Teatro, Literatura, Redacción, Cine, Historia y en su gran mayoría estas actividades se realizan a nivel de apreciación.

Las Escuelas o Facultades ofrecen para sus egresados cursos, en su mayoría, de superación académica y en algunas, cursos formales de Postgrado. En un alto porcentaje cuentan con un centro de información, con algunas limitaciones en cuanto a número y variedad de los títulos y en otros casos se cuenta con terminales de centros de información computarizada.

Otra forma de actualización la encuentran los docentes en los gremios odontológicos los cuales les proporcionan la oportunidad de educación continua especialmente en Odontología general.

La mayor parte de los docentes asisten a Congreso y además participan como ponentes en los eventos organizados en sus asociaciones gremiales.

Otra forma de actualización, es organizando Seminarios, Conferencias, Cursos, Programas de Intercambio, etc.

Después de analizar las conclusiones y propuestas de los diferentes grupos de trabajo se puede concluir lo siguiente:

El cirujano Dentista es un profesional de la salud, a nivel Licenciatura, que debe tener una formación científica, técnica, humanista y autocrítica, que le permita dedicarse a la investigación, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los problemas no sean de su competencia. Puede trabajar en equipo con otros profesionales de la salud tales como: Médicos, Paramédicos, Enfermeras y Técnicos en salud; o bien en forma individual, tanto en Instituciones públicas o privadas o en consultorio particular, a nivel urbano, sub-urbano y rural

Debe estar capacitado para:

- Diagnosticar cualquier proceso patológico que afecte la integridad del aparato masticatorio apoyado en los métodos y equipos a su alcance así como en la interconsulta con el equipo de salud.
- Prevenir las afecciones del aparato masticatorio, a través de la educación para la salud bucal, y aplicada de los procedimientos específicos individuales y comunitarios pertinentes.
- Tratar los problemas de salud bucal aplicando los procedimientos estomatológicos clínicos con el instrumental, técnicas, materiales y equipo apropiados.
- Propiciar la comunicación con sus pacientes basados en los principios psicológicos y culturales, promoviendo y orientando las acciones para lograr la salud.
- Investigar la morbilidad de los problemas de salud bucal, así como los métodos, materiales y procedimientos para su solución con énfasis en la prevención.
- Administrar, tanto su práctica privada como la de los servicios de salud de la comunidad a través de la planeación, organización, ejecución y evaluación.
- Actualizar sus conocimientos tanto en lo científico y técnico como en el desarrollo de los aspectos humanísticos y sociales.

Para lograr el egresado que se propone se obtuvieron las siguientes recomendaciones:

Establecer un modelo de organización curricular integrador, tanto del conocimiento como de la práctica clínica, teniendo como objeto de estudio los problemas de salud bucal del individuo considerando como un ser bio-psico-social.

Realizar las modificaciones necesarias en los contenidos curriculares de cada Escuela para incorporar la salud pública, odontología comunitaria, relaciones humanas, metodología de la investigación, psicología médica, administración, buscando además un equilibrio, en la atención de los problemas de salud bucal y entre la prevención, curación y rehabilitación, de acuerdo a las necesidades, socioculturales, morbilidad y políticas relativas.

La metodología de enseñanza activa, con una mayor participación del alumno que le permita ir estructurando su propio criterio.

Se recomienda además una duración de 5 años, con un porcentaje de teoría-práctica de 40% / 60%, y se enfatiza en la necesidad de la vinculación de la práctica con la teoría, que lleven a la mayor eficiencia del egresado.

CENSO DE RECURSOS HUMANOS EDUCATIVOS DE LAS ESCUELAS DE ODONTOLOGIA

CONCLUSIONES:

1. Existe un decremento en la inscripción de los estudiantes de 1er. Ingreso a las Escuelas o Facultades de Odontología que alcanza el porcentaje de 50% y el cual se ha acentuado en los últimos años. Seguramente esto puede ser debido a la falta de promoción y motivación en la orientación vocacional, el aumentado del costo de material e instrumental; al análisis del futuro poco promisorio del mercado de trabajo o al incremento de cuotas escolares.
2. El constante rezago del alumnado, año con año, semestre con semestre o grado con grado, origina una merma en la economía de Escuelas y Facultades y a la vez, la saturación de aulas, clínicas y laboratorios. El rezago se observa más frecuentemente en los últimos años (de 1981 a 1986) y alcanza 51.1% en 26 Instituciones que respondieron este dato.
3. Con respecto a la titulación es oportuno mencionar que existen Instituciones las cuales no exigen, tesis o trabajos de investigación como requisito para poderse titular, de tal manera que el alumnado requiere tan solo del tiempo que se toma el trámite de papeles, de esa forma le bastará de 6 a 8 meses para titularse. En otros casos el buscar Director de Tesis, Tema de investigación, lugar para efectuarla, comprobación e impresión de datos, así como la aprobación del trabajo, consume para el alumno hasta un año y meses más para titularse. Por estos y otros hechos más, que no es espacio para mencionar, los datos revelan que poco a poco el porcentaje de titulados va aumentando paulatinamente, tal vez para el alumnado se titule (donde sea el caso) habrá necesidad de establecer programas que motiven al alumno a conseguir el título, diversificando y expandiendo los mecanismos de trabajo para titulación.
4. El universo estudiantil de las Escuelas y Facultades de Odontología llegó a tener un auge considerable de 1975 a 1979 originando incluso la apertura de nuevas Instituciones Educativas y por ello la contratación masiva de profesorado a todos los niveles, en la mayoría de Escuelas. El porcentaje de incremento en 13 Escuelas que contestaron el dato en ese período fue de 185.2%, pero la crisis económica hizo su aparición y de 1980 a 1986, el decremento en la población estudiantil total se inició llegando a la fecha ser de 33.7% en 21 Escuelas que contestaron este dato. Lo que nos induce a pensar, en la reorientación de los recursos, ya que de continuar el decremento, algunas instituciones se verán en la imperiosa necesidad de cerrar temporal o definitivamente su ingreso; a detener la contratación de personal docente y a disminuir el proceso de enseñanza. Todo este efecto sin hacerlo alarmista, repercutirá lógicamente en la población. Si en la actualidad la atención bucal en cualquier nivel es muy reducida (sólo el que tiene un poder adquisitivo de medio/alto a alto puede atenderse), con la disminución en la formación del recurso, los tratamientos tenderán elevar su costo y la población aún en menor porcentaje que a estas fechas será la que podrá pagar por los servicios.
5. El personal docente de la mayoría de Escuelas y Facultades tienen contratado al profesorado a tiempo parcial. Los Profesores de tiempo completo son en cantidad reducida y de medio tiempo son muy escasos. Este fenómeno origina lógicamente, problemas de tipo académico.

En la mayoría de las Escuelas, la organización académica exige que el profesorado planifique sus clases, se elabore material didáctico, se produzcan reactivos para evaluación dirigida

investigaciones, participe en reuniones académicas, lo que necesariamente le consume tiempo; si el docente es contratado por horas/clase, tales actividades no podrán ser debidamente desempeñadas como apoyo a la docencia. Por otro lado, la estrecha relación docente/alumno, principalmente en Escuelas y Facultades de Odontología es fundamental, ya que la mayoría de actividades son de carácter psicomotor, un profesor hora/clase, difícilmente podrá retroalimentar debidamente las actividades del alumno, fuera de clínica, aula laboratorio.

Es lógico pensar también, que no todas las instituciones poseen recursos económicos para sufragar gastos para la contratación de todo su personal docente a tiempo completo, pero cuando menos, el 50% de él, debiera cuando menos ser de medio tiempo, para permitir la planificación y desarrollo de actividades académicas.

6. Con respecto al nivel de educación y preparación académica del personal docente, se puede decir que hay muy poco recurso humano en Escuelas y Facultades con estudios de postgrado. De las 29 Instituciones que proporcionaron datos se encontró que sólo hay 6 profesores con doctorado; 105 con maestría y 250 con especialidad de un universo de 2.497 profesores; es decir que de 29 Instituciones encuestadas existe 10% de docentes con algún estudio de postgrado, es bueno hacer mención, para no influenciar tanto los datos de una manera negativa, que tan sólo la Facultad de Odontología de la UNAM y la ENEP-Iztacala tienen un universo de 1.291 profesores (es decir el 51.7 del total encuestado).
7. La cantidad de alumnos por profesor, resulta de la división del total de alumnos entre el total del personal docente. Denota esa operación, que si todos los profesores fueran de tiempo completo y todos tuvieran alumnos asignados en aula, clínica o laboratorio, el proceso educativo resultaría muy costoso, como lo muestran los cuadros VII, donde las cantidades de alumnos por profesor son muy bajas. Estas cifras pueden mostrar también que puede haber demasiado personal docente para tan poca cantidad de alumnos, en forma global. Las cifras presentan en forma por demás "fría" una panorámica del universo docente y alumnado.
Puede ello significar seguramente, la cantidad de recurso económico empleado para formar odontólogos.
8. La preparación pedagógica del personal docente de las Escuelas encuestadas, ha sido poco promovida en cada Institución, de manera que el profesorado no ha sido lo suficientemente formado en esta área tan importante para la educación. Es posible que algunas instituciones hasta posean su propia oficina, coordinación, unidad o dirección de formación pedagógica, pero otras en cambio ni uno solo de sus educadores ha sido entrenado en este campo (¿cómo es que coordinan sus horas de teoría y práctica?), de ahí que las cifras que presente el análisis de este aspecto, nos muestre que hay poca preparación pedagógica o de tecnología educativa. La A.M.F.E.O. en distintas épocas ha promovido este tipo de cursos, los cuales tuvieron un éxito rotundo de 1975 a 1979; pero parece que después de ese período este tipo de talleres ya no ha tenido difusión, supuestamente por la saturación que hubo de ellos, sin embargo las cifras muestran lo contrario.
9. En virtud de la forma en que fueron llenados los cuestionarios por algunas Escuelas se nota que no tienen "a la mano" ningún tipo de estadística en su institución; que desconocen lo que sucede semestre con semestre desde el punto de vista académico y administrativo en su institución o lo conocen someramente; o bien, que a este tipo de estudios provenga de donde provenga se le da poca seriedad e importancia; que algunas ocasiones contestan para

no dejar el espacio en blanco, o no contestan para que no "salga a luz" pública lo que está pasando en la institución que dirige.

10. Existe muy poca cooperación por parte de algunos Directores o Coordinadores de Escuelas y Facultades, para proporcionar datos estadísticos (o de otra índole), lo que dificulta las investigaciones que al respecto se pueden efectuar.
11. Sería bueno que se analizaran las estadísticas que se presentan; se reunieran Directores y profesores interesados para estos casos y se propusieran alternativas de solución para cada inciso, según incida en cada institución o bien en forma generalizada; de manera que las estrategias permitiesen reorientar los recursos y mejorar la calidad de la enseñanza estomatología.

CENSO DE RECURSOS MATERIALES EDUCATIVOS

CONCLUSIONES:

1. Existen Escuelas o Facultades de Odontología que tienen aulas subutilizadas para las actividades teóricas, que pudieran ser ocupadas para otras acciones relacionadas con el proceso educativo de la Odontología.
2. Las aulas de la mayoría de las Escuelas de Odontología posee pizarrón y pantalla; la disposición de sus mesa bancos permite la interacción del trabajo en pequeños grupos por parte de los alumnos; y su mayor uso ocurre de 8:00 a 12:00 hrs. durante 5 días hábiles.
Son muy pocas las instituciones que utilizan las aulas durante el turno vespertino.
3. La mayoría de las Escuelas posee las clínicas suficientes para efectuar las prácticas pertinentes en el proceso educativo; así mismo, la cantidad de sillones y unidades es proporcional a la cantidad de alumnos con trabajo clínico.
4. Las clínicas de las Escuelas y Facultades del grupo encuestado están ubicadas en la propia planta física; son pocas Escuelas que han ubicado sus clínicas en zona periférica; y muy escasas las que involucran sus actividades con actividades hospitalarias. De las 28 Escuelas que proporcionaron este dato tienen 82 clínicas en la propia planta física; 62 clínicas en zona periférica y sólo 8 ubicadas en hospital.
5. La mayoría de las Escuelas proporciona equipo y material a los estudiantes y en algunos casos el instrumental para su formación profesional, lo que ocasiona dispendio de recursos.
6. Los aparatos de Rayos "X" están proporcionalmente distribuidos en la mayoría de las clínicas de Escuelas y Facultades, salvo algunos casos. De las 28 Escuelas se suman 1.656 unidades y 111 aparatos de rayos "X"; lo que nos da un promedio de 14.9 unidades por cada aparato de Rayos "X". Hay casos como en la Zona 2 en donde existen 357 unidades y tan solo 15 aparatos de Rayos "X", lo que da un promedio de 23.8 unidades por un aparato.
7. Son muy pocas las Escuelas que tienen proyectos de investigación clínica y una área física destinada para tal efecto. De las 28 Escuelas 10 tienen proyectos de investigación y 12 no tienen ningún proyecto o programa de investigación clínica.
8. Los laboratorios de Ciencias Básicas han recibido poco apoyo para el desempeño de sus actividades. Cuando la Escuela o Facultad tiene el área física, no posee los recursos como microscopios, laminillas, reactivos, fisiógrafos, cadáveres y modelos; o bien tiene algunos de estos recursos, pero no posee laboratorios.

9. La gran mayoría de las Escuelas y Facultades no efectúan actividades en laboratorio de Anatomía (Disecciones o similar), tan sólo 14 de las 28, efectúan este trabajo y de ellas la mayoría lo hace en modelos de plástico.
10. La cantidad de microscopios para la capacidad en cada Escuela es muy reducida, así mismo, las laminillas con cortes histológicos no es muy adecuada para desempeñar estas actividades.
11. Ninguna de las Escuelas encuestadas posee reactivos para las actividades de Bioquímica, Histología o Microbiología y menos aún aparatos para las actividades de Fisiología.
12. Todas las Escuelas y Facultades poseen cuando menos un laboratorio para trabajos odontológicos y los recursos implícitos en estos (como son, centrífugas, hornos, recortadoras y otros) lo que significa que todas las instituciones pueden desempeñar adecuadamente estas actividades.
13. Los recursos bibliotecarios de las Escuelas y Facultades de Odontología son escasos tanto en libros como en revistas; algunas de las instituciones no poseen en su planta física este recurso (Biblioteca) sino que es a nivel central, lo que implica el desplazamiento del alumnado a estos lugares y que sabemos que con esa excusa no lo hacen.
14. La mayoría de las revistas que poseen las Escuelas y Facultades son editadas en el extranjero, significando con ello una erogación considerable para las instituciones en moneda extranjera. Algunas instituciones por este hecho, no tienen suscripción de ninguna revista científica de este orden.
15. Las Escuelas y Facultades que tienen en su propia planta física Biblioteca, no posee recurso humano preparado en esta área y cuando sí lo es, éste realiza otras funciones que no le competen.
16. Los recursos audiovisuales de las instituciones educativas de Odontología, son muy escasos cuando los poseen, concretándose a las transparencias de 35 mm. (en color o blanco y negro) como reforzadores del proceso educativo; la mayoría de este recurso es propiedad de cada docente según la asignatura. De las 28 Escuelas encuestadas tan sólo ocho poseen programas en videocassette disponibles para ser vistos por los alumnos (con la infraestructura que ello implica).
17. Algunas Escuelas tienen su propia sección audiovisual, que elabora y administra medios y materiales didácticos; pero hay Escuelas que tienen esta dependencia, la cual no es utilizada debidamente, ni para producción ni administración de medios y materiales didácticos audiovisuales, lo que significa un dispendio de este recurso.
18. Existe mucha apatía por parte de los funcionarios para la respuesta y llenado de este tipo de cuestionarios, lo que implica no tener cifras totales y claras de la situación de la infraestructura de la educación odontológica en nuestro país.
19. En algunas Escuelas y Facultades los funcionarios tienen un desconocimiento total de los recursos, físicos y materiales con los que cuenta la institución, lo que con seguridad les podrá acarrear problemas para programas y presupuestar los insumos necesarios para el desempeño de las actividades educativas.
20. En forma global, los recursos físicos y materiales de las Escuelas y Facultades del país son escasos y no acordes con la capacidad del recurso humano por preparar ni con las dimensiones físicas de los asentamientos donde están ubicadas, lo que implica dispendio de recursos.

V. AGRADECIMIENTO

Deseamos agradecer en lo que vale, a aquellas personas que en forma por demás desinteresada y amable, proporcionaron con avidez los datos plasmados en esta encuesta; a ellos y a los que han hecho posible que se obtuvieran resultados, les estamos inmensamente agradecidos, sepan que sin su ayuda este documento no hubiera sido posible editarlo, con su "granito" de arena, han contribuido en mucho a edificar una mejor odontología en nuestro país para la comunidad a la cual nos debemos.

Anotar nombres sería repetitivo, ellos saben quiénes son y algunos ya fueron anotados, ojalá en el futuro podamos contar con su grandiosa colaboración.

MOVILIDAD BUCO-DENTAL ATENDIDA EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

RESULTADOS:

Se han analizado 21 Escuelas y Facultades de Odontología tanto en la zona metropolitana de la Ciudad de México, como del resto de los Estados de la República, representados dentro de las 11 regiones de AMFEO, desafortunadamente no se cuenta con el universo completo se obtuvieron resultados solo del 60% aproximadamente y no en todos los casos los cuestionarios fueron debidamente contestados.

De las 21 Escuelas y Facultades, 9 cuentan con algún mecanismo sistematizado para conectar información sobre la morbilidad demandada en sus instituciones, y 10 tienen algún mecanismo para captar información sobre las actividades que realizan, sólo las Universidades de Monterrey, Tabasco y Yucatán anexarán sus instrumentos de captura de información.

De estas, en 13 instituciones se atendieron a 84,334 pacientes, de los cuales cerca del 60% fueron del sexo femenino.

En las 8 restantes, no existe información.

Dentro de las 10 principales causas de consulta demandada, resalta el número de casos de caries, enfermedad periodontal y mala oclusión, resultados que ratifican estudios previos (rmo, rase proto, AMFEO, 1984).

Sin embargo la falta de homogeneidad, de los diagnósticos hacen imposible la comparabilidad y en algunos, no es posible ni siquiera hacer la suma del número de casos.

Por último en el rubro de actividades, cabe resaltar que en su mayoría los cuestionarios no se contestaron, de los que sí, la prevención y farmacoterapia, son los principales tipos de actividad, quedando las de cirugía relegadas al menor número.

A pesar de que la información, fue contestada en la gran mayoría, que no existe dificultad.



27 JUN. 1988

**UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**PONENCIA OFEDO-UDUAL - LIMA
PERU**

15 al 19 De marzo de 1987

**TEMA: CAMBIOS EN EL CONTENIDO Y ORIENTACION DE LA ENSEÑANZA
ODONTOLOGICA - EXPERIENCIA PANAMEÑA SALUD PARA TODOS EN EL
AÑO 2000**

**DR. EDUARDO SIERRA
DECANO**

MARZO, 1987

I. ASPECTOS GENERALES DEL PAIS: ECONOMICOS SOCIALES GEOPOLITICOS, GEOGRAFICOS, ETC.

Resultados del último Censo de Población del año 1980 revelaron que en Panamá existían 1.824.796 habitantes para esa fecha. Para 1986, según las proyecciones de la Contraloría General de la República, se estima que el país contaba con 2.187.696 habitantes, de los cuales el 60.1% tenía 15 años y más de edad y aproximadamente el 56% era una población económicamente activa,¹ siendo que durante estos últimos 5 años se ha registrado un fuerte incremento a razón de 4% anual.

Panamá, se caracteriza por una elevada concentración de sus habitantes en la Región Metropolitana y un alto grado de dispersión a nivel de las provincias del interior. De acuerdo con los resultados censales de 1980, más de la mitad de la población residente en el país se concentraba en la región metropolitana, en la cual asentaba el 45% de los habitantes de la República.²

Estas características antes señaladas, en conjunción con las que abajo se enumeran, han originado que los problemas de empleo se hayan venido acentuando por la falta de creación de puestos de trabajo adecuadamente remunerados, (a) contracción de la economía internacional y sus efectos en el plano interno, (b) el alto endeudamiento público, (c) el bajo crecimiento del PIB, (d) la disminución sustancial de la ocupación estatal; pues el Estado fue el principal empleador en la década anterior, todo lo cual ha causado una merma en los puestos o cargos, fundamentalmente para los profesionales y técnicos universitarios, (e) disminución del ingreso familiar, (f) desmejoramiento de las condiciones de vida de la población, y (g) insuficiencia financiera para satisfacer adecuadamente en metas de programas sociales, entre ellas, los de salud y las de la educación superior.

Por otro lado, las políticas económicas y sociales hechas públicas por el Gobierno Nacional en común acuerdo con el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, tienden a agravar la situación a corto plazo.

Entre los lineamientos más relevantes se destacan

- Disminución del gasto en el sector público, fundamentalmente en el mantenimiento de la infraestructura de los servicios sociales básicos (salud, educación, servicios públicos) y aumento de eficiencia administrativa.
- Fortalecimiento de las actividades de exportación en áreas no tradicionales, con los consiguientes problemas de dependencia tecnológica, endeudamiento, desmejoramiento de la economía interna y de las condiciones laborales en el país.
- Consolidación de la economía terciaria, en detrimento de un desarrollo económico más equilibrado cónsono a las prioridades y necesidades del país.
- Otorgamiento de facilidades a inversionistas extranjeros que complementen las inversiones locales y tradicionales.

REPUBLICA DE PANAMA

1980 — 1.824.796 HABITANTES

1986 — 2.187.696 HABITANTES

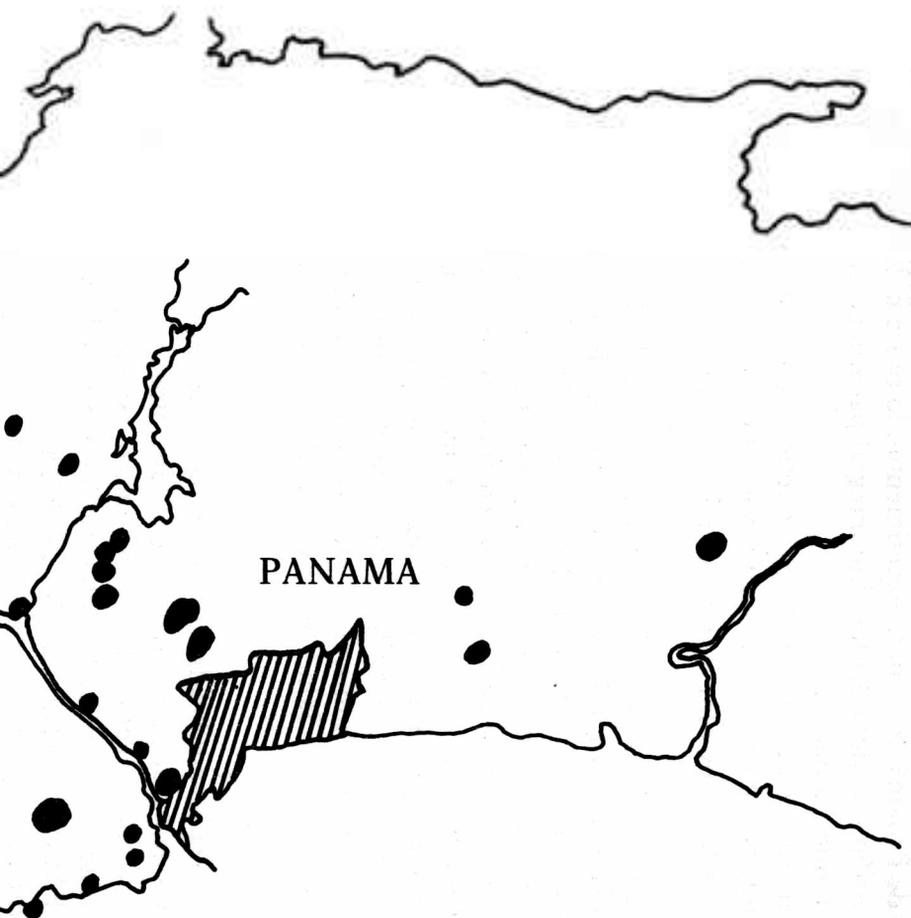


60.1% 15 AÑOS Y MAS DE EDAD
56% POBL. ECO. ACTIVA
INCREMENTO DEL 4% ANUAL

REPUBLICA DE PANAMA
AREA METROPOLITANA
1980

115





**45% DE LA POBLACION RESIDENTE
EN AREA METROPOLITANA
(PANAMA - COLON - CHORRERA)**

II. LA EDUCACION SUPERIOR EN PANAMA: FILOSOFIA, POLITICA, ESTRUCTURA Y FUNCION DE LA UNIVERSIDAD

La Universidad de Panamá, ha venido experimentando proceso de transformaciones de cara a perfeccionar su visión forjadora del hombre integral panameño en el DESARROLLO HISTORICO SOCIAL de nuestra nación.

La Universidad no sólo se ha constituido en un reflejo de las contradicciones de nuestra sociedad, sino que la mismo tiempo, es un gran laboratorio donde ensayan fórmulas en la búsqueda de respuestas y soluciones a los múltiples problemas del país y por ende de nuestra Educación Superior.

“La tarea no sólo de la Universidad de Panamá, sino de todas las Universidades es la de investigar y proponer a la sociedad y al Estado, nuevos modelos de desarrollo, nuevas alternativas tecnológicas eficientes y a la vez humanas; es decir, menos alineantes y más respetuosas del entorno; ese es el sentido cualitativo que debe caracterizar la acción de nuestra Universidad”.

Es dentro de este proceso de transformaciones en el que se inscribe la Facultad de Odontología, que lejos de permanecer ajena e inmutable a la necesidad de cambios que exige la realidad nacional y universitaria, pretende incorporarse activamente impulsando medidas, acciones y propuestas, acorde a las normas permisibles y ritmo de dicho proceso, teniendo como norte la superación y logro de un recurso humano integral, capaz de integrarse a la sociedad y dar respuesta a las exigencias sociales en Salud Bucal y Científico-Tecnológicas de la Odontología.

Las actividades realizadas por la administración han consolidado nuestra reestructuración y han creado mecanismos de participación de los tres estamentos que componen la familia universitaria, (Docentes, Estudiantes y Personal Administrativo) estos se manifiestan a través de las actitudes y logros que constituyen situaciones irreversibles dentro del proceso de “DESARROLLO HISTORICO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA”, que se orienta por la idealización de una Facultad altamente participativa, con integración a la vida universitaria, donde el estudiante obtiene formación humanística mediante el desarrollo de actividades sociales, culturales y académicas.

UNIVERSIDAD DE PANAMA

PARTICIPACION EN EL
DESARROLLO
HISTORICO SOCIAL

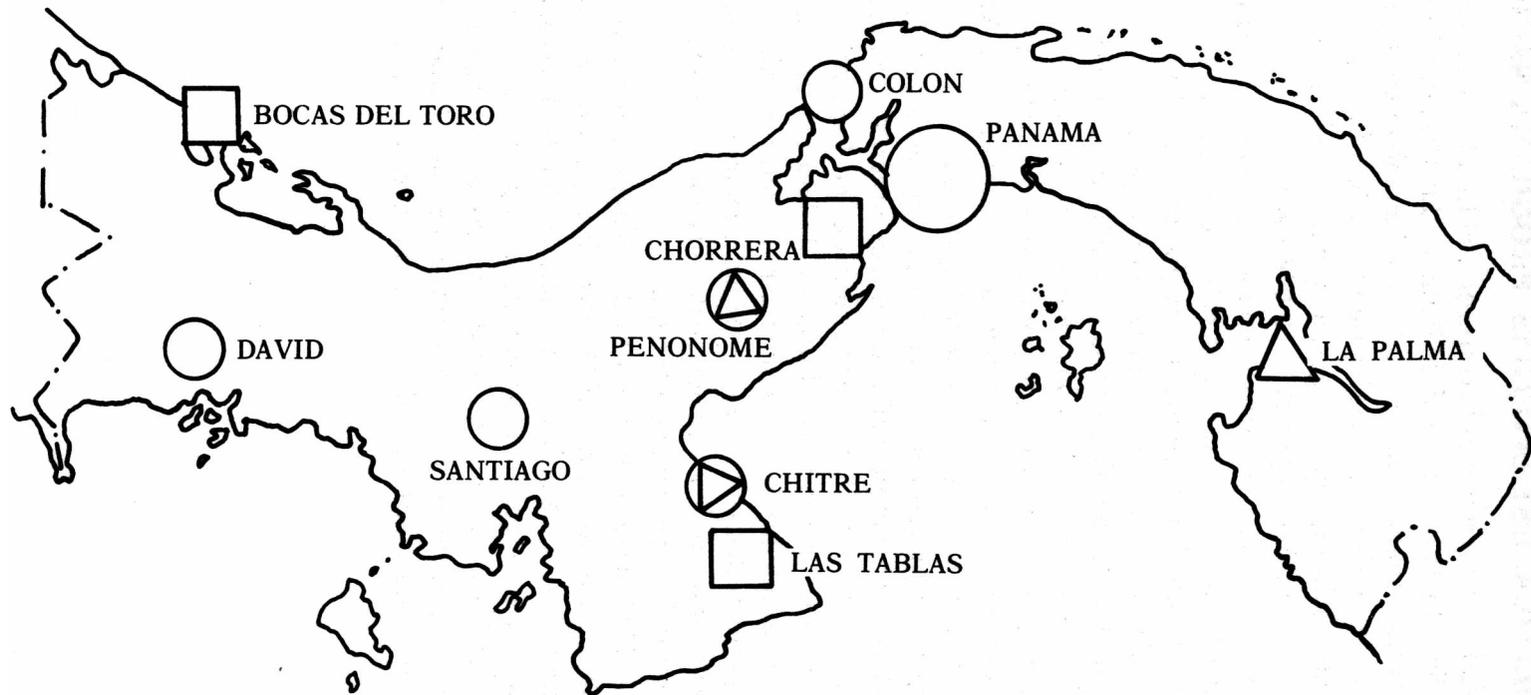


MODELOS DE DESARROLLO
ALTERNATIVAS TECNOLOGICAS
RESPETUOSAS DEL ENTORNO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMA

1. INTEGRACION A LA VIDA UNIVERSITARIA
2. FORMACION HUMANISTICA
3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES SOCIALES, CULTURALES Y ACADEMICAS
4. INTEGRACION DE ESTAMENTOS

UNIVERSIDAD DE PANAMA



○ CAMPUS UNIVERSITARIO

○ CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO

□ EXTENSION UNIVERSITARIA

△ UNIVERSIDAD POPULAR

III. LA SALUD EN PANAMA

PERFIL EPIDEMIOLOGICO, POLITICA Y ESTRATEGIAS GENERALES

SALUD BUCAL: POLITICA, ESTRATEGIAS, PROGRAMA NACIONAL

El principal empleador de los servicios lo constituye el Estado a través del Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y la Universidad de Panamá. En 1982 el número de Odontólogos en el país ascendía a 625 profesionales, de los cuales 406 laboraban en dependencias estatales y 219 ejercían privadamente o se dedicaban exclusivamente a la docencia. Para octubre de 1986, el número de profesionales es de 755 odontólogos, lo que nos da en consideración a la población total, una relación de 3.5 odontólogos por cada 10.000 habitantes, una proporción que pareciera adecuada para brindar lo que conocemos como atención integral básica. No obstante, el problema de la ineffectividad de servicios radica en el hecho de que un alto porcentaje de odontólogos se encuentra ubicado en el área metropolitana (Panamá, Colón, etc.) y cabeceras de provincias, lo que limita el alcance de los servicios al resto de la población.

El papel de la Facultad de Odontología en la provisión de estos recursos humanos ha sido un poco limitado; analizando el cuadro de promociones de la facultad, el cual aparece en la página 11, se aprecia una proporción errática que podría ser el resultado de políticas de ingreso, currículum y distanciamiento de las necesidades de la comunidad. En 1982 del total de profesionales existentes sólo un 43% eran egresados de la Universidad de Panamá y el resto de otros países. En la actualidad de 755 profesionales el 41.7% son egresados de la Universidad de Panamá y el 58.3% en el exterior, en comparación con el dato anterior, en cinco años, sólo hemos aumentado un 2.5% el número de odontólogos graduados en Panamá.

Finalmente es preciso señalar la necesidad urgente de levantar un diagnóstico de la salud bucal en el país, de forma tal que posibilite caracterizar el "Perfil de salud de la población", el índice de morbilidad y permita determinar las necesidades reales de la población y las políticas, metas y prioridades en la formación de los profesionales y la adecuación tanto de los servicios como de los contenidos formativos del recurso humano.

Por otra parte, en 1982 el personal auxiliar de odontólogos en los servicios institucionalizados era de 204 y se tenía previsto aumentar en 117 más. Este personal auxiliar se subdivide en: Asistentes, los cuales ascendían a 151 Auxiliares que sumaban 53. En la actualidad es política del Ministerio de Salud y atendiendo recomendaciones de los organismos internacionales de salud continuar y priorizar la formación y contratación de este recurso humano.

Actualmente existen 263 asistentes dentales formados en la Facultad, siendo que los servicios tienen un total de 235 funcionarios clasificados como personal auxiliar de odontología.

**UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

CRECIMIENTO DEL CUERPO DE ODONTOLOGOS DE LA REPUBLICA DE PANAMA

Año	Graduados Universidad de Panamá	Graduados Exterior	Total de Nuevos Odontólogos
1954		11	11
1955		9	9
1956		5	5
1957		8	8
1958		16	16
1959		4	4
1960		7	7
1961			
1962		8	8
1963		15	15
1964		5	5
1965		5	5
1966		4	4
1967		14	14
1968		11	11
1969		5	5
1970		10	10
1971		11	11
1972	7	13	20
1973	4	5	9
1974	10	6	16
1975	12	16	28
1976	19	20	39
1977	38	19	57
1978	31	32	64
1979	26	14	40
1980	42	23	65
1981	56	26	82
1982	35	27	62
1983	19	29	48
1984	30	22	52
1985	24	24	48
1986	18	19	37
TOTAL	371	443	814

TOTAL: 814 Odontólogos - 100%
 Graduados - Universidad de Panamá: 45.58%
 Graduados en el Exterior: 54.42%

**DISTRIBUCION DE ODONTOLOGOS, POR REGION
OCTUBRE 1986**

REGION DE SALUD	ODONTOLOGOS QUE EJERCEN EXCLUSIVAMENTE PRIVADO	ODONTOLOGOS DE EJERCICIO GUBERNAMENTAL (PERMANENTE)	ODONTOLOGOS INTERNOS	TOTAL	
				Nº	%
TOTAL	285	383	87	755	100
Región Metropolitana	259	232	—	491	65.0
Panamá Oeste	1	20	20	41	5.4
Panamá Este	2	4	8	14	1.8
Azuero	4	32	11	47	6.2
Chiriquí	8	39	10	57	7.5
Bocas del Toro	—	7	4	11	1.4
Coclé	3	15	10	28	3.7
Veraguas	2	15	9	26	3.4
Darién	—	1	3	4	0.5
San Blas	1	1	4	6	0.8
Colón	5	17	8	30	4.0

Información obtenida de Encuesta Nacional, del Departamento de Salud Bucal del Ministerio de Salud y del Programa de Odontología de la Caja del Seguro Social.

**DISTRIBUCION DE ODONTOLOGOS ESPECIALISTAS RECONOCIDOS POR EL CONSEJO TECNICO, POR ESPECIALIDAD
OCTUBRE 1986**

ESPECIALIDAD	No. DE ODONTOLOGOS
TOTAL	74
Ortodoncia	18
Salud Pública	6
Odontopediatría	18
Prostodoncia	10
Periodoncia	10
Cirugía maxilo facial y bucal	11
Endodoncia	6
Patología Oral	1

Información obtenida del Consejo Técnico de Salud.

**DISTRIBUCION DE PERSONAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA, POR REGION
OCTUBRE 1986**

REGION	DE	SALUD	HIGIENISTAS	ASISTENTES Y AUXILIARES DE ODONTOLOGIA	TOTAL	%
TOTAL			7	228	235	100
Metropolitana (M.S.)			—	31	31	13.2
Metropolitana (C.S.S.)			5	92	97	41.3
Panamá Oeste			—	7	7	0.3
Panamá Este			—	6	6	2.5
Azuero			1	25	26	11.1
Chiriquí			1	24	25	10.6
Bocas del Toro			—	7	7	3.0
Coclé			—	20	20	8.5
Veraguas			—	3	3	1.3
Darién			—	3	3	1.3
San Blas			—	1	1	0.4
Colón			—	12	12	5.1

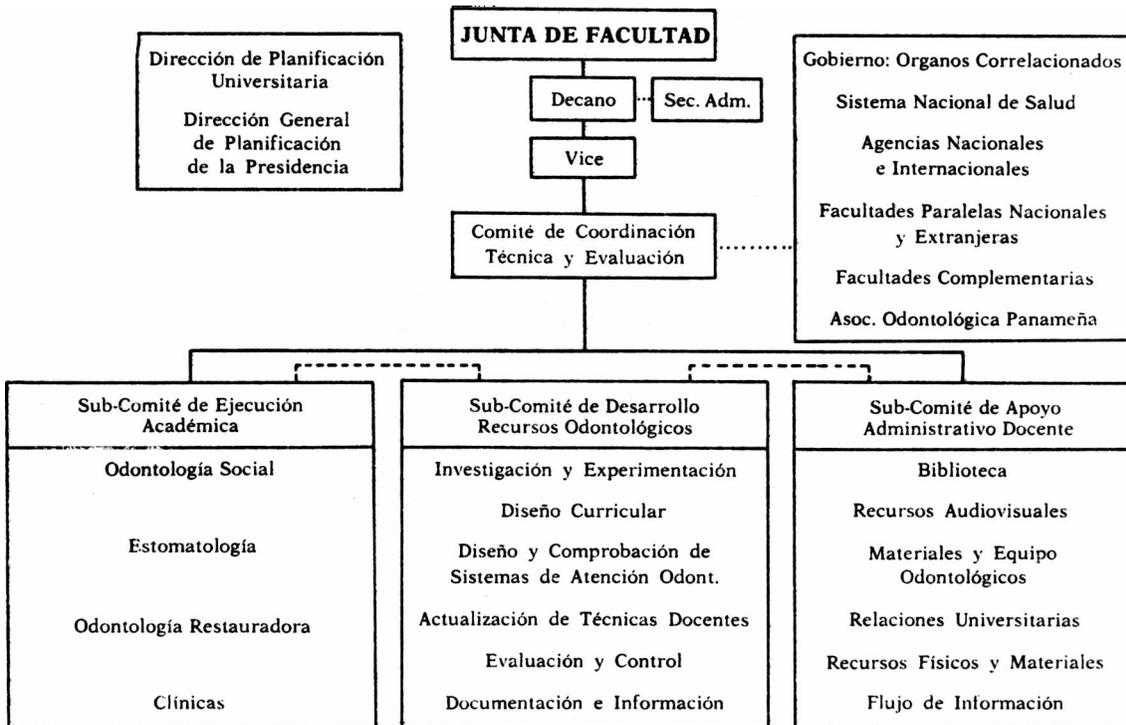
Información obtenida de Encuestas de Recursos Humanos del Departamento de Salud Bucal del Ministerio de Salud y del Programa de Odontología de la Caja del Seguro Social.

IV. LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DESARROLLO HISTORICO, SITUACION ACTUAL, PROYECCIONES

Nuestra Facultad puso en operación su primer Plan de Estudios en 1967, producto de la asesoría facilitado por la OPS/OMS, que se materializó con la visita de los ilustres educadores de Estados Unidos, los Doctores William R. Mann y Kenneth W. Wessels. Este primer plan de estudios siguió el patrón norteamericano de pre-odontología (2 años) y odontología (4 años).

Al reabrirse la Universidad en 1969, después de haber estado cerrada durante el período comprendido entre diciembre de 1968 y junio de 1969 se efectuaron cambios en operación que modificaron sensiblemente el Plan de Estudios original.

Algunos de estos ajustes mostraron la influencia de la información que se recogía en los Congresos de Educación Odontológica de las Asociaciones Latinoamericanas de Facultades de Odontología (ALAFO) y las experiencias adquiridas en otras Universidades de algunos de nuestros funcionarios.



Es así como en el año 1975, a través de la Asesoría y Apoyo de la OPS/OMS, implementada por el Dr. Alberto Arango Botero, se oficializó nuestro Reglamento Interno, estableciendo un sistema flexible, integrador, con actividades centradas en núcleos básicos y donde los aspectos de planificación, organización, gestión de recursos humanos, dirección y normas sobre el control y evaluación, constituyeron los componentes fundamentales de la programación.

Por razones que desconocemos, la implementación, desarrollo, enriquecimiento y la normatización del mismo, no se dan, aún transcurrido un período de tiempo de 10 años desde su inicio. Se suceden diferentes tipos de interpretaciones, buscando situaciones acomodaticias, propias de la época del inicio de nuestra Facultad, produciendo un estancamiento en el desarrollo integral y una distorsión del mecanismo de operacionalización de nuestro sistema.

Para la difusión de estos nuevos enfoques en Latinoamérica ha sido importante la colaboración económica de la Fundación W. K. Kellogg y la Asesoría de la OPS/OMS, las cuales han dado amplia difusión a los nuevos lineamientos docentes que han estado gestándose y operacionalizándose en nuestros planes de estudio.

La administración de la Facultad de Odontología y el personal que ha trabajado en el Programa de Reestructuración Curricular, con el apoyo del Instituto Centroamericano de Administración y Supervisión de la Educación, (ICASE) han comprendido la necesidad de enfrentar el reto que supone emprender tan completo trabajo, fundamentalmente cuanto se concibe al proceso educativo como un fenómeno que no es estático, sino cambiante como la sociedad que recibe los beneficios y cambios socio-económicos. Para ellos se hacen necesarios nuevos enfoques, acciones de refuerzo para algunas actividades que aquí ya están en marcha y se proponen el diseño y operacionalización articulados de nuestra estructura.

La Facultad orienta su marco teórico-metodológico del CURRÍCULUM como las experiencias que vive el estudiante bajo la responsabilidad de la escuela, en función de los objetivos de la educación; tal concepto implica la identificación de tres procesos básicos a través de los cuales se manifiesta toda la acción curricular:

EL PLANEAMIENTO, LA ADMINISTRACION Y LA EVALUACION

Teniendo en cuenta que la aplicación de este concepto exige: considerar los rasgos esenciales de la sociedad, de la comunidad regional y local, la estructura y funcionamiento de la institución educativa donde se instrumenta el currículum; y, las características del aprendizaje, todo ello en cada uno de los niveles del sistema educativo, es necesario tener una visión totalizadora e integradora de la realidad en el currículo, lo cual implica la superación de un enfoque centrado en lo didáctico.

De acuerdo a la Ley 11, norma jurídica que rige la Universidad de Panamá, se establece que la Universidad debe asegurar la continuidad, incremento, difusión y divulgación de la cultura nacional y formar científicos, profesionales y técnicos con conciencia social en atención a la independencia nacional y desarrollo integral del país. Según la misma legislación, tales tareas se deben cumplir mediante las funciones básicas de docencia, investigación, difusión y servicios. Vinculando estas actividades formativas que se organizarán con las propias del campo profesional en la dimensión institucional (Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social), la Facultad de Odontología cumple con el precepto normativo aludido.

La alta incidencia con que las cifras epidemiológicas colocan a las enfermedades bucales nos indican que la atención a las funciones de docencia, investigación, difusión y servicios es un problema de suma complejidad; el mismo involucra la creación de actitudes y la creación tam-

bién de condiciones favorables en el país para facilitar el éxito de las campañas institucionales y privadas encaminadas a lograr un mejoramiento de la salud bucal de la población.

Las propuestas curriculares que surjan como resultado del proceso de reestructuración de los Planes de Estudios conjugarán tanto los aspectos estructurales en términos de la sociedad panameña y sus necesidades, como los que se refieren directamente a las estrategias pedagógicas y programáticas que facilitan la formación de los profesionales de la odontología.

DESARROLLO DE LAS SECCIONES

Como hemos mencionado antes el desarrollo de los planes y programas de estudio de la Facultad de Odontología ha sido sobre la base de la incorporación de modelos y experiencias adquiridas en otros países fundamentalmente de Norteamérica.

Lógicamente ello implicó con el paso de los años la realidad cambiante del país y el avance de la tecnología educativa, la necesidad de ir evaluando y adoptar modificaciones profundas tanto en la concepción, criterios como en el contenido y método de la enseñanza.

Es así que a manera de ejemplo se poseía un concepto de prácticas clínicas de bloques, en condiciones especiales de aprendizaje no acordes a las circunstancias de los servicios de salud a nivel nacional.

Existía un énfasis en los aspectos biológicos de la carrera con menoscabo de los aspectos sociales y por ende, las experiencias extramurales constituían escenarios aislados fuera de los contextos de la realidad y sin gran significado académico para los estudiantes.

Por otra parte la integración de conceptos, coordinación y secuencia horizontal y vertical de los contenidos del programa de estudio constituían y aún lo son un serio problema. El ejemplo más patético lo constituía el área de Estomatología con 34 asignaturas totalmente desarticuladas y sin criterios orientadores, con los consiguientes problemas de sobre carga curricular, repetición innecesaria de contenidos, altos niveles de fracasos académicos sin sentido, etc.

A partir de nuestra administración y con el apoyo del ICASE, la coordinación de Ejecución Académica inicia un proceso de formalización de las Areas de Odontología Social, Clínica, Estomatología y Restauradora, de forma tal que cada una, sobre la base del diagnóstico curricular del ICASE, la creación de niveles de aprendizaje (Básico, Iniciación y consolidación) y el establecimiento de mecanismos de coordinación y secuencia de contenidos intra e inter áreas; desarrollase la formulación de propuestas y criterios para la reorganización de los programas y contenidos de las asignaturas del plan de Estudio.

Es de esta forma que se logra presentar y aprobar el desarrollo y ejecución de la propuesta del Area de Odontología Social a partir de 1985 y de igual forma de la Clínica Integral, siendo hasta el momento los principales avances académicos logrados.

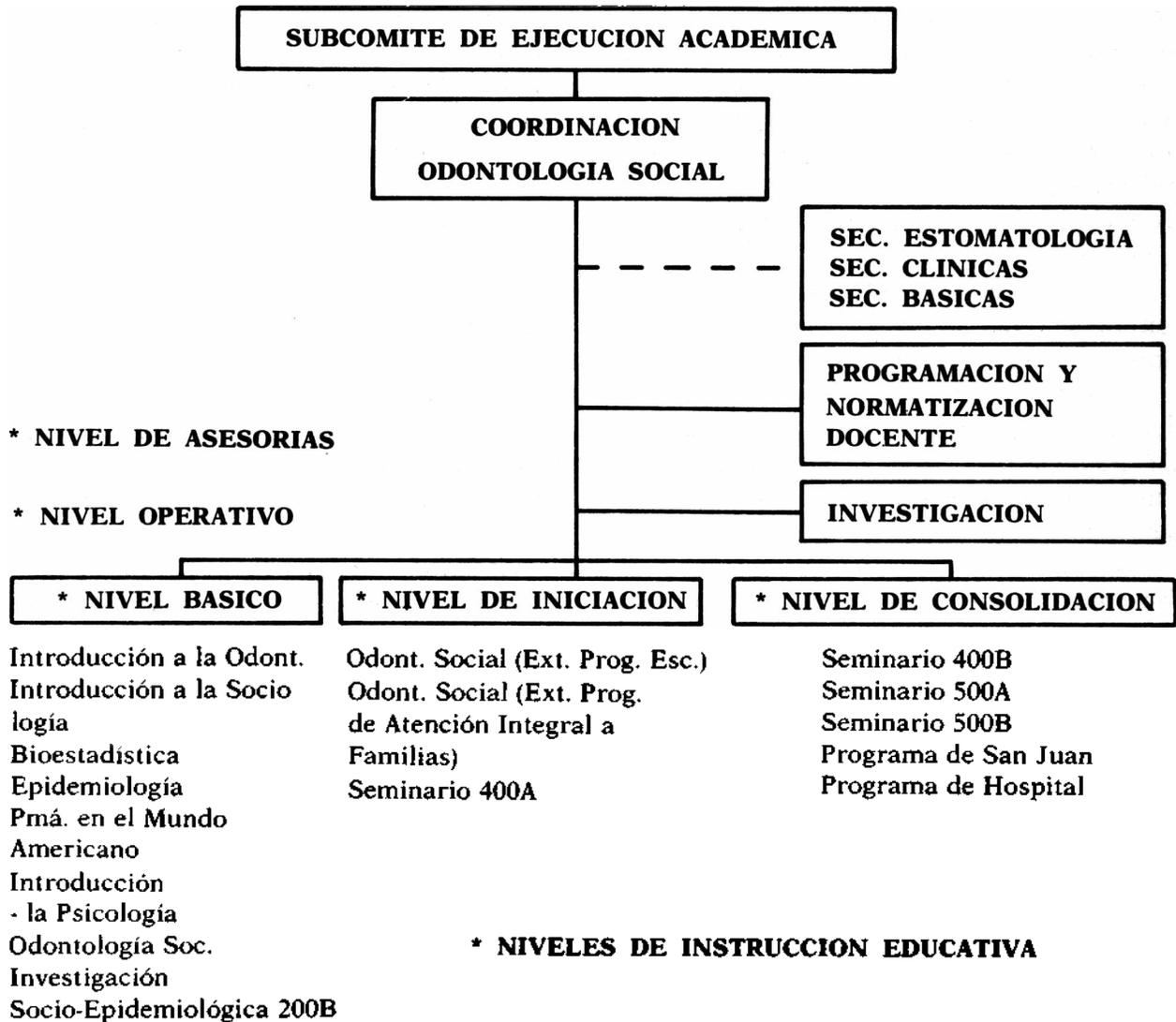
En Estomatología se ha logrado establecer un primer esquema, de organización como guía para el desarrollo de la reestructuración del área.

DESARROLLO SOCIAL

Las Facultades de Odontología Latinoamericanas, apareciendo formalmente en la Universidad de Antioquía en la década del 60, establecen el reconocimiento de la dimensión social, debido a su carácter de profesión de salud. Aparecen así en los planes de estudio la asignatura de la cual se instrumentaron actividades curriculares que formarían un odontólogo con mentalidad y actitudes acordes con ese reconocimiento.

ODONTOLOGIA SOCIAL

NIVEL EJECUTIVO



Los programas de Odontología Social, trasladaron a los profesores y estudiantes de las instalaciones de la Facultad, para ubicarlos en áreas que se consideraron "representativos de la realidad nacional". Allí se desarrollaron programas de diversos contenidos y duración que apuntaba hacia la ambientación del estudiante de un medio, cuyas características socio-económicas y culturales difícilmente se presentan en las instalaciones de la sede del Campus Universitario.

La Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá, no escapa al proceso de desarrollo histórico (educativo y social) de la región, donde se destacan acciones planificadas y ejecutadas unilateralmente, sustentadas por argumentos de una excelencia educativa, en ambientes que aunque ubicados fuera de la sede se convierten en situaciones "simuladas", altamente costosas, de poca cobertura, con atención mayoritaria de demanda espontánea y en donde se dan en su mayor parte con tendencia curativa, convirtiéndose en "Transferencias de un Proceso Educativo" que no se ajustaban a las necesidades de la realidad panameña y no se incorporaron al "proceso transformador" de la situación existente en nuestro país.

Como formadores de recursos humanos y responsables de las acciones de planificación, hemos tenido en cuenta la necesidad de integrar y adecuar a la realidad del país, las acciones odontológicas, tomando en consideración los diferentes aspectos que participan del proceso salud-enfermedades. En este sentido, planteamos que la formación del profesional de la Odontología de la Universidad de Panamá, no puede realizarse de manera aislada de todos los elementos antes expuestos.

A partir del año 1985, se implementa una nueva estrategia de operacionalización que toma como base todas las experiencias docentes previas y los replanteamientos de las ciencias sociales sintetizadas en el Taller de Docencia-Servicio, en Costa Rica, (diciembre de 1984).

A partir de este taller, se establece una real y eficaz coordinación de actividades de la Sección de Odontología Social, así como todas las estrategias antes planteadas integrando la Facultad de Odontología a los planes y programas de la Universidad de Panamá, conjuntamente con las instituciones prestadoras de servicio, tanto públicas como privadas, consolidando los conceptos establecidos por la estrategia Docencia-Servicio.

La Facultad busca una orientación en la implementación curricular integral, donde con conceptos en la atención a grupos humanos, se integre la Biopatología con trabajo multidisciplinario e intersectorial, con énfasis en "PROMOCION, PREVENCION, INVESTIGACION Y PARTICIPACION COMUNITARIA".

DESARROLLO HISTORICO DE LA ODONTOLOGIA SOCIAL

1. PLANIFICADOS Y EJECUTADOS UNILATERALMENTE.
2. EXCELENCIA EDUCATIVA.
3. FUERA DE LA SEDE.
4. SITUACIONES SIMULADAS Y COSTOSAS, POCA COBERTURA.
5. ATENCION DEMANDA ESPONTANEA.
6. TENDENCIA CURATIVA.

PROGRAMA DE SAN JUAN I° y II° Nivel

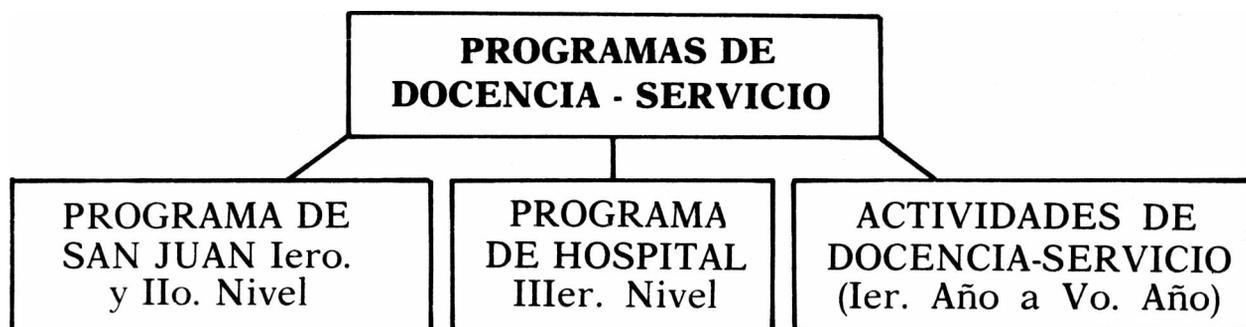
- ACTIVIDADES DE INTEGRACION A LA COMUNIDAD
- ATENCION INTEGRAL Y MULTIDISCIPLINARIA
 - Pre-escolares
 - Escolares
 - Pre-natales
 - Adolescentes
 - Adultos
- ENFASIS EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS
- MODELO DE ATENCION DE ALTA PRODUCTIVIDAD
- INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA Y CLINICO-OPERATIVA

ACTIVIDADES DE DOCENCIA-SERVICIO

- ACTIVIDADES DE LAS ASIGNATURAS DESDE Ier. AÑO a Vº AÑO DE LA CARRERA, INCORPORADOS AL PROCESO DOCENCIA-SERVICIO.

PROGRAMA DE HOSPITAL IIIer. Nivel

- ATENCION INTEGRAL Y MULTIDISCIPLINARIA.
- ACTIVIDADES PREVENTIVAS.
- INVESTIGACION CLINICO-PEDAGOGICA Y CLINICO-OPERATIVAS.



DESARROLLO DE LA SECCION DE CLINICAS

En el proceso de DESARROLLO HISTORICO de nuestra Facultad, han existido intentos de establecer una relación entre los conocimientos teóricos y las prácticas clínicas.

En los primeros años de funcionamiento las prácticas iniciales de aprendizaje de las asignaturas clínicas se ejecutan en maniqués. Progresivamente los cursos de operatoria, periodoncia y endodoncia, reemplazaron las prácticas de maniqués por ejecución directa en pacientes.

A pesar de estos intentos, la ejecución de nuestras actividades clínicas perteneció a dos etapas, IIdo, y IIIer. año de la carrera, con una concepción unicausal, administrativa y académicamente ejecutadas en forma de bloque, y sin conceptos odontológicos integrales. En los últimos años se establece una coordinación administrativa centralizada y una ejecución clínica y académica fundamentalmente con conceptos del ejercicio práctico de la "Aplicación del Método Científico".

A partir del análisis curricular, se plantea la reestructuración de las actividades clínicas. Teniendo como fundamento los mismos conceptos integradores según grados recientes de complejidad patológico y estableciéndose la necesidad de un concepto único de aplicación de conceptos teóricos en la práctica odontológica. Es así como se reorganizan a partir de 1986 las actividades clínicas en dos etapas:

- Actividades de la clínica de Iniciación que comprenden II, III año de la carrera y que incorporan fundamentalmente, parte de la formación integral de "Atención Primaria", estableciéndose a este nivel fundamentalmente actividades de menor complejidad técnica que se enmarcan dentro de la fase I (defocación) de nuestra Ejecución de Plan de Tratamiento, con orientación fundamental hacia actividades preventivas.
- Las actividades de consolidación en IV y V año de mayor nivel de complejidad en la solución de problemas patológicos que incluyen los programas de rehabilitación integral.

Como estrategia integradora vertical y horizontal se revisan los contenidos de las asignaturas que se involucran en estas actividades, racionalizando el desdoblamiento de los contenidos de las mismas y a su vez incorporando conceptos teóricos de aplicación práctica inmediatas.

Nuestro Sistema Educativo contaba con un programa de capacitación integral donde fundamentalmente se investigaban y se incorporaban elementos administrativos que incidan en su mayor eficiencia y eficacia.

A partir de enero de 1985, estas actividades se incorporan a la coordinación de Odontología Social y se implementa un sistema administrativo único de Clínicas.

Los resultados obtenidos en el "Proyecto de Capacitación Administrativa" de una duración de 6 años se consolida en la reorganización de actividades de:

1. Centralización y unificación del ARCHIVO de fichas clínicas. (métodos dígito terminal).
2. Sistemas de programación controlada de las CITAS de los pacientes.
3. Sistematización de la PROVEEDURIA de la clínica.
4. Establecimiento de programas de 4 manos.

Básicamente la actualización de estas 4 actividades consolidan una mayor eficiencia de todo el sistema, que se manifiesta a través de un mayor rendimiento académico.

Estas actividades han sido reforzadas con remodelación física y renovación de nuestro equipo y racionalización del personal administrativo. Todas las actividades dentro de la clínica han sido revisadas y su problemática establecida para que en las estrategias de desarrollo de nuestra facultad se mejoren.

SECCION DE RESTAURADORA

Durante este período se formaliza la coordinación de la sección con actividades de consolidación, análisis evaluación de programas, unificación de criterios, (unidades de evaluación) establecimiento de nexos horizontales y verticales, reevaluación de experiencias mínimas, estructura organizativa de lo interno del área, organización de actividades de investigación, evaluación y seguimiento de la actividad docente.

INVESTIGACION

La Universidad de Panamá, en su determinación por incrementar la producción de conocimientos hace nuevamente un llamado a las Facultades y Escuelas que forman parte de este centro de estudio, a fin de promover y facilitar la Investigación, utilizando el método científico como fundamentación de la toma de decisiones y acciones.

En la Facultad de Odontología se han realizado varias investigaciones; en su gran mayoría, de carácter socio-epidemiológico y clínico operativo. Actualmente hay un sinnúmero de nuevos proyectos planteados casi todos de tipo clínico experimental.

Actualmente, vivimos momentos donde se plantean que los patrones de la enfermedad, han sufrido cambios significativos, los cuales va a tener influencia sustancial en la naturaleza, contenido y énfasis del currículum de nuestra Facultad.

De ahí la gran importancia que tiene el estudio Socio-epidemiológico de la población, puesto que es a partir de sus resultados, del conocimiento de nuestra realidad como podemos adecuar y formular no sólo conocimientos, sino alternativas de solución.

A partir de las investigaciones epidemiológicas, se nos impone la necesidad urgente de actualizar los contenidos de las asignaturas, la integración de las ciencias básicas y sociales a la profesión y la incorporación de conceptos técnicos a los sistemas clínicos, tales como: atención integral, procesos de salud-enfermedad, modelos simplificados de atención y utilización de personal auxiliar entre otros.

Como miembros del equipo multidisciplinario de salud, debemos ser capaces de comprender el proceso salud-enfermedad en sus tres dimensiones: General, Particular e Individual, concepto que debe ser aplicado a la estrategia de planificación en investigación.

Nuestro centro docente promueve actividades de investigación Biopatológicas, Clínico Patológicas y Clínico Operativas que se fundamentan en lo Socio Epidemiológico.

PERSPECTIVAS

Nuestro país al igual que el resto de Países Latinoamericanos enfrenta el reto de promover la meta de "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000", en el marco de las profundas contradicciones económicas, políticas y sociales que viven nuestras naciones.

Frente a esta situación nuestras perspectivas y metas en materia de salud y formación de recursos humanos deben ser realistas y acordes a las necesidades del país y sobre la base de privilegiar el desarrollo y bienestar humano de las mayorías.

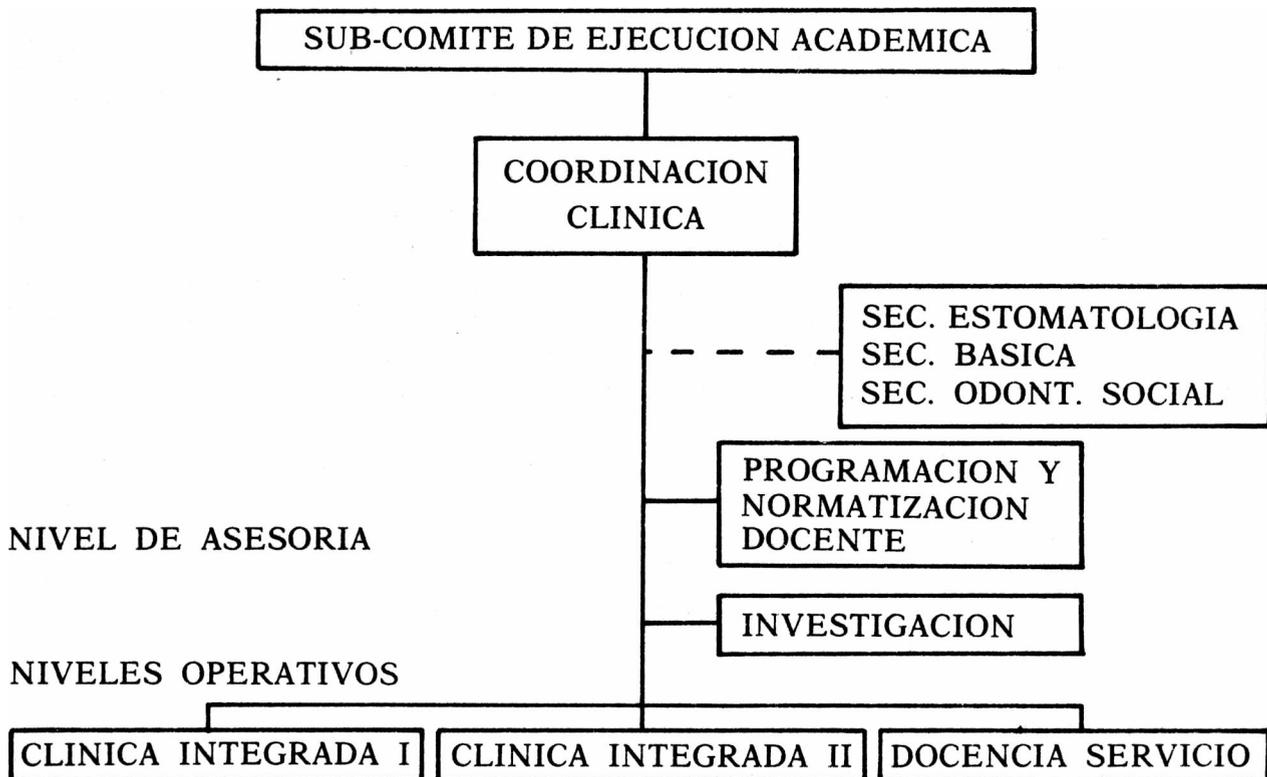
En tal sentido es nuestra opinión que como entes formadores y orientadores de nuevos recursos humanos, es preciso mantener y consolidar la línea de cambios antes planteadas tendien-

do al logro de un profesional integral que lejos de permanecer ajeno e inmutable a la realidad nacional, se incorpore a ella impulsando soluciones y comprometido con el desarrollo humano y social de nuestro pueblo.

Finalmente impulsar una formación integral, diversificada, no elitista, participativa, científica, vinculada y enriquecida por las experiencias teórico-prácticas de la docencia servicio, la investigación, y manteniendo los niveles de calidad técnica logrados hasta ahora para integrarlo al desarrollo y liberación de nuestro pueblo, es nuestro compromiso.

ORGANIZACION DE LA SECCION DE CLINICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

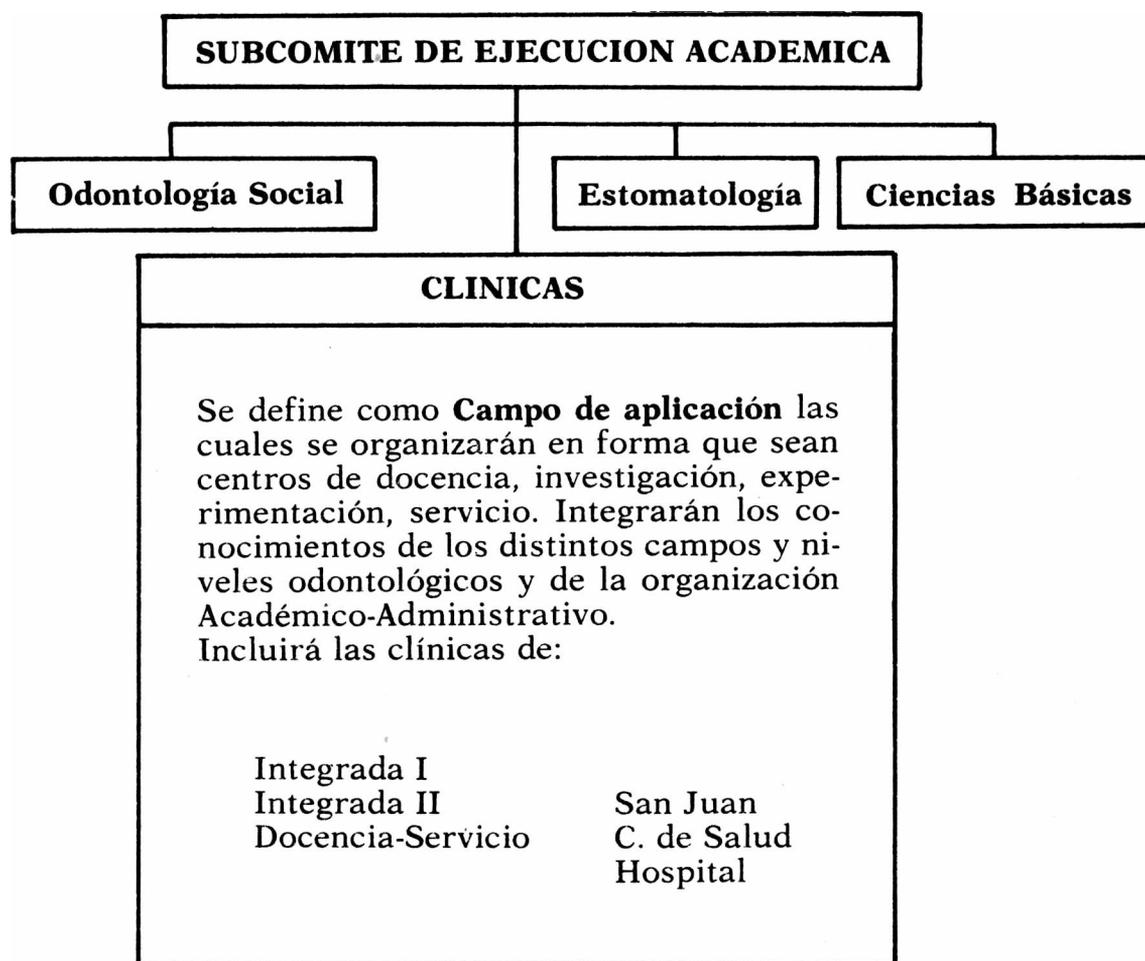
NIVEL EJECUTIVO



- * BASICO
- * INICIACION
- * CONSOLIDACION
- * NIVELES DE INSTRUCCION EDUCATIVA

- San Juan
- Centro de Salud
- Hospital

PROPUESTA - SECCIONES DE EJECUCION ACADEMICA



**IV CONFERENCIA INTERNACIONAL
OFEDO- UDUAL**

15 al 20 de Marzo 1987

**ESTRATEGIAS DE CAMBIO Y LOGROS EN LA
NUEVA ORIENTACION DE LA
ENSEÑANZA DE LA ODONTOLOGIA EN
COLOMBIA**

**DRA. BEATRIZ GOMEZ DE ARIZMENDIZ
Jefe del Departamento de Estomatología
Universidad del Valle**

SALUDO

EN NOMBRE DE MI PAIS - COLOMBIA PRESENTO CORDIAL SALUDO A LA HERMANA REPUBLICA DEL PERU Y A TODOS LOS PAISES DIGNAMENTE REPRESENTADOS POR USTEDES EN ESTE IMPORTANTE EVENTO.

CONTENIDO

1. INTRODUCCION
2. PRINCIPALES INDICADORES DE LA SITUACION DE COLOMBIA
- 2.1 UBICACION
- 2.2 EXTENSION Y USO DEL TERRITORIO
- 2.3 POBLACION
- 2.4 EDUCACION
- 2.5 SALUD GENERAL
3. SALUD ORAL
- 3.1 CONCEPTOS GENERALES
- 3.2 INSTITUCIONES COMPROMETIDAS EN LA FORMACION DEL RECURSO
- 3.3 DESARROLLO DE LA EDUCACION ODONTOLOGICA EN COLOMBIA
- 3.3.1 PROCESO HISTORICO
- 3.3.2 ENFOQUE SOCIAL
- 3.4 PROBLEMATICA DE LA SALUD ORAL EN COLOMBIA
- 3.5 REALIZACIONES A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL
- 3.5.1 APORTES DE LA UNIVERSIDAD
- 3.5.2 APORTES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DEL SERVICIO
- 3.6 ESTRATEGIAS DE DESARROLLO PARA LA SALUD ORAL EN COLOMBIA

1. INTRODUCCION

A pesar de las desviaciones de la conducta de la humanidad que con frecuencia degeneran en vicios como el egoísmo, la violencia o la guerra, la especie humana lleva impreso en su naturaleza, el comportamiento social que le impulsa a la búsqueda del bienestar colectivo.

El hombre es la única especie desobediente de la naturaleza y por ello ensaya con frecuencia modelos de subsistencia y desarrollo que pueden atentar contra las leyes naturales, dando origen a desviaciones como las ya mencionadas.

Por fortuna, la especie humana que es capaz de romper todas las cadenas naturales, es también capaz de volver a atar cuidadosamente sus eslabones.

Las grandes empresas del hombre, han deparado grandes beneficios a éste, sin embargo algunas han causado desórdenes que en todo caso demandan la atención del mismo hombre para buscar su corrección.

Como ejemplo podemos decir que el esfuerzo y los desvelos de científicos tenaces en busca de la razón de todas las cosas, llevó a crear las superespecialidades y estas trajeron acompañando sus múltiples beneficios, la deshumanización del conocimiento científico.

En el campo de las ciencias de la salud, esta situación generó el desprecio por el bienestar general del hombre, mientras se atendía su enfermedad más sentida.

Sin embargo, la reacción no se hizo esperar y es ya considerable el movimiento mundial que nos reúne para procurar dar un paso más en la comunión de esfuerzos hacia el logro del bienestar de toda la humanidad, atendiendo sin descanso el llamado de la O.M.S. que nos dejó hace 9 años el reto de lograr salud para todos en el año 2000.

Me propongo comentarles la experiencia de Colombia en el campo de la Salud Oral y desde luego vengo en nombre de mi país a aprovechar la experiencia que ustedes nos brindan.

2. PRINCIPALES INDICADORES DE LA SITUACION DE COLOMBIA.

2.1 Ubicación

Colombia, ubicada al norte de Suramérica, en el corazón de la región tropical, está recorrido por 3 cordilleras que le dan la más amplia variación fisiográfica y climática, cuyos efectos se reflejan en notables diferencias en las costumbres, la cultura, las aptitudes, el temperamento y muchas otras manifestaciones de la idiosincracia de las comunidades establecidas en diferentes regiones del país.

Pero en conjunto, Colombia es como la mayoría de los componentes de Latinoamérica un típico país en procura del desarrollo.

2.2 Extensión y uso del territorio.

Colombia tiene una extensión de 114 millones de hectáreas de las cuales el 48% es área productiva, 6% corresponde a áreas afectadas por el uso continuo, la erosión o condiciones climáticas extremas, y el 46% está cubierto aún por bosques naturales.

2.3 Población

En 1951 el país tenía una población de 12 millones de habitantes ubicada en un 38.9% en el área urbana y 61.1% en el área rural.

Pero en 1985 cuando la población llegó a 28 millones de habitantes, un 65.3% de la población se había asentado en el área urbana y solo el 34.7% permanecía en el área rural. Numerosos estudios han demostrado que la baja capacidad de uso de las nuevas tierras cuyos bosques se están talando, la pérdida de la capacidad productiva de las tierras en uso

continuo y una situación social caracterizada por luchas intestinas que han permanecido activas en los últimos 40 años, son entre otras las causas del abandono progresivo del campo y de la creación de extensos cinturones de miseria alrededor de las grandes ciudades, conformados por quienes guardan o guardaron la ilusión de encontrar un empleo en la industria o el comercio. Esta situación persiste a pesar de que la tasa de crecimiento poblacional disminuyó de 2.5 % a 1.4 %.

2.4. Educación

Durante este mismo período los niveles de educación para la población mayor de 5 años en Colombia, variaron de la siguiente manera:

	1951	1985
Educación Primaria	19	49%
Educación Superior/ Profesional	0.3%	4.4%

Simultáneamente el analfabetismo pasó de 40 % a 10 %.

2.5. Salud General

En el campo de la salud el país muestra un progreso permanente en el cubrimiento de la población por los servicios de salud, con lo cual se ha logrado elevar la esperanza de vida de 52 años a 65 y se proyecta llegar a 75 años en el año 2000.

Igualmente se destaca el cambio conceptual en la formación de los recursos humanos en las Facultades de Salud del país y en otras especialidades o disciplinas comprometidas en la tarea de lograr para Colombia el objetivo propuesto por la O.M.S. al mundo en 1978: "Salud para todos en el año 2000".

3. SALUD ORAL

3.1 Conceptos Generales.

En el campo específico de la salud oral, Colombia ha logrado progresos significativos como lo veremos más adelante. No obstante, es largo el camino que falta por recorrer ya sea en la tarea de control de las enfermedades o en el desarrollo de programas masivos de educación y prevención.

Es necesario reconocer que el progreso ha sido lento en un principio debido a que desafortunadamente una filosofía de cambio en la formación del recurso no podría imponerse fácilmente.

La sola razón humana crea el principio de que es difícil tarea convencer a alguien de la bondad de algo, si quien intenta convencer no está suficientemente convencido con anterioridad y más aún si su trabajo no tiene relación con el propósito que impulsa.

Gran dificultad habría de costarle a muchos profesores formados con la idea de una atención monopolizada y una consulta bien remunerada, eliminar la misma expectativa en sus estudiantes a quienes se pretende formar como agentes de cambio para brindar atención integral especialmente en comunidades carentes de los más elementales recursos.

La dificultad ha sido tal, que ha llevado a muy buenos profesores ha abandonar la universidad y sus buenos propósitos.

Sin embargo, ya es de común aceptación en los principales centros de formación del recurso odontológico del país, y en la mayoría de los Servicios de Salud, el principio filosófico de que la salud oral no es un campo aislado sino una parte bien importante dentro del contexto de los factores que conforman el bienestar del hombre, considerados en conjunto como la más apropiada concepción de la salud humana.

Este primer paso nos ha permitido seguir con gran optimismo a pesar de la acción retardante de muchos otros factores adversos entre ellos el generalizado mal de los déficit presupuestales, amén de las dificultades para implantar los logros de la Universidad en los Servicios de Salud del Estado.

Sin embargo sabemos que la Universidad debe ser la principal abanderada y responsable del cambio de mentalidad hacia la concepción moderna de la prestación de los servicios de salud y que solo aquellas instituciones donde la mística y el ingenio para salvar los obstáculos sean común denominador podrán entregar al país el recurso humano que las circunstancias demandan.

3.2. Instituciones comprometidas en la Formación del Recurso.

Colombia cuenta hoy con 12 facultades de odontología; 4 de ella pertenecen a universidades públicas y las 8 restantes son de carácter privado.

El número de egresados a nivel profesional, promedio por año es de 1.537.

Cinco de estas facultades tienen programas de post-grado y en 5 de ellas (repetiéndose algunas de las anteriores) se ha preparado personal técnico y auxiliar.

Ello le ha permitido al país contar hoy con los siguientes recursos capacitados académicamente:

Odontólogos: 9.500

Auxiliares de Odontología Social: 491

Auxiliares de Higiene Oral: 573

Las facultades de odontología de Colombia están representadas en un organismo central o sea la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (A.C.F.O.) y sus planes de estudio son regulados por el Decreto 151/80 y controlados por las normas emanadas de un organismo rector denominado Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES) entidad adscrita al Ministerio de Educación Nacional.

3.3 Desarrollo de la Educación Odontológica en Colombia.

3.3.1 Proceso Histórico

La prestación de servicios para la salud del sistema estomatognático en Colombia, a comienzos del presente siglo se orientaba únicamente a una muy limitada atención de la salud dental.

En 1892 el país contó con su primer Colegio Dental; ésta institución de orientación franco-española tuvo una existencia efímera.

Solamente en 1930 se creó la Escuela Dental de Bogotá, adscrita a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Esta Escuela se constituyó en la primera Facultad de Odontología del país en 1932. Posteriormente se crearon en su orden facultades de odontología en las Universidades de Antioquía, Cartagena, Javeriana (1ª. Facultad privada) y Valle. A partir de 1970 surgieron 7 nuevas facultades privadas.

La formación profesional en sus comienzos obedecía a una concepción básicamente técnica que se fue modificando paulatinamente gracias al desarrollo de la investigación científica que dio el apoyo a este aprendizaje técnico.

3.3.2 Enfoque Social

Una concepción social de la formación del odontólogo empezó a insinuarse en la década del 60 cuando surgieron las recomendaciones de la OMS-OPS preocupadas estas entidades por el vertiginoso avance de la morbilidad en el mundo.

Bajo esta circunstancia se inició en dos universidades del país (Antioquia y Valle) la formación de personal auxiliar. Estos programas iniciados en 1966 se fundamentaron en convenios suscritos entre las universidades y el Ministerio de Salud.

El propósito fue capacitar una auxiliar denominada Operatorista Dental, con una formación similar a la Enfermera Dental de Nueva Zelandia y con funciones delegadas por el propio odontólogo; y además una Higienista con funciones definidas para la protección específica. Tal estrategia obedecía a las políticas de prestación de servicios que desde esa época empezaban a hacer carrera en el país, con el propósito de llevar salud oral a las comunidades más desprotegidas, especialmente en el área rural...

En 1978 con la promulgación del Decreto 1.002, se reglamentó en el país la denominación y certificación obligatoria del personal técnico y auxiliar y se definieron sus funciones.

Fue así como la higienista fue denominada "Auxiliar de Higiene Oral" y se llamó Auxiliar de Odontología Social a la conocida antes como Operatorista. Poco después en 1979, la Universidad de Cartagena se acogió a la propuesta del Ministerio de Salud e inició la preparación de Auxiliares de Odontología Social.

La Universidad de Antioquia en convenio con el Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena) continuó la capacitación de Auxiliares de Higiene Oral a partir de 1985.

Los programas apoyados por el Ministerio de Salud se terminaron al finalizar la década del 70. Hoy sólo la Universidad del Valle por sus propios medios y el convenio Universidad de Antioquia-Sena, continúan en la tarea de preparar auxiliares de higiene oral.

La Auxiliar de Odontología Social no se capacita en la actualidad puesto que el Decreto mencionado antes, establece que la capacitación de este recurso sólo se puede realizar cuando sea destinado a entidades del estado o a entidades particulares sin ánimo de lucro.

Con el propósito de evitar la desvinculación del trabajo, de la familia y especialmente de la comunidad se creó en 1984 en la Universidad del Valle, el programa de capacitación semipresencial para estudiantes de los programas de auxiliares de consultorio y en la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga-1985 para los Técnicos de Prótesis Dental.

Con ello, éstas Facultades de Odontología se integraron a los programas de educación a distancia, metodología puesta en marcha en todos los programas de avanzada en el país, para llevar educación a regiones carentes de mejores oportunidades. La Universidad Javeriana inició en el presente año su programa de preparación de auxiliares de consultorio. Esta Universidad había vivido la experiencia de capacitación de auxiliares con la formación de un grupo de Higienistas, en la década del 70.

Además de los programas de auxiliares con los cuales se busca llenar un profundo vacío, en la prestación del servicio, se incluyeron en el currículum para la formación integral del odontólogo disciplinas poco tenidas en cuenta antes como: Prevención, Oclusión, Ecología y Administración; y técnicas tales como delegación de funciones en personal auxiliar, simplificación de equipos y trabajo interdisciplinario, dándole así una preparación integral al odontólogo para asegurar el éxito de su gestión a la luz del nuevo enfoque social de lo Servicios de Salud.

Sin embargo no faltan dificultades en el camino y a pesar de los esfuerzos por implantar los cambios necesarios, la formación del personal auxiliar patrocinado por el Estado, se suspendió en coincidencia paradójica, con la puesta en marcha a nivel mundial del plan de acción de la O.M.S. para llevar salud a todos en el año 2000 mediante la atención primaria en salud.

3.4 Problemática de la Salud Oral en Colombia.

La ingente necesidad de formar unos recursos como agentes de cambio en la prestación de los Servicios de Salud Oral, se hizo evidente en Colombia, al conocerse la morbilidad real del sistema estomatognático en 1971.

En este año el Ministerio de Salud Pública dio a conocer los resultados de la primera investigación en Salud iniciada en 1965, en cooperación con la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, en la cual se incluyó el estudio de los Recursos Humanos. Dicha investigación analizó lo relacionado con caries, enfermedad periodontal, anomalías dento-maxilofaciales y cronología de la erupción dentaria.

Con base en los resultados de prevalencia de caries en poblaciones de 5 y más años (91.1%) y de enfermedad periodontal (88.7%) éstas dos entidades fueron calificadas como problemas riesgo para la población colombiana, lo cual implicó planear y poner en ejecución una serie de acciones a nivel nacional, enfocadas a controlar y eliminar prioritariamente en las edades de 5 - 14 años y en la gestante, las dos entidades detectadas.

En 1977 el Ministerio realizó el 2º Estudio Nacional de Salud. Este arrojó para Salud Oral cifras aún más alarmantes: las caries había alcanzado el 96.7% y las periodontopatías 94.1%. El índice C.P.O. en el grupo de 5 - 14 años presentó una reducción de 2.9% lo cual indicó afortunadamente el efecto logrado con el énfasis que se dio a la prevención y al tratamiento temprano con el personal auxiliar preparado.

Sin embargo las cifras de los dos riesgos, indicaban claramente que lo realizado hasta ese momento era intrascendente dada la magnitud del problema.

Con la promulgación del Decreto 1.210 de 1979 el gobierno nacional reglamentó los mecanismos de la docencia asistencia metodología que venían aplicando las Universidades y le dio organización administrativa a los convenios de trabajo inter-institucional adelantados por las instituciones formadoras del recurso y las prestadoras del servicio como estrategia para hacer frente al problema.

Esta estrategia diseñada para lograr una formación del estudiante en un ambiente real, permite además aumentar el recurso calificado para brindar asistencia e impulsa la educación continua para el profesional del servicio.

Desafortunadamente el proceso de integración ha tenido que sortear grandes vicisitudes por el revuelo con que ha sido tomada por las 2 partes en juego y quienes hemos incurrido en ella desde su misma iniciación hemos debido hacer frente permanentemente a ese recelo.

Sin embargo otras grandes jornadas han debido sortear iguales o mayores dificultades y quienes estamos convencidos de la importancia y de la bondad de la tarea tenemos la obligación de continuar su implantación hasta ponerla en marcha por lo grande y noble que es su objetivo.

3.5. Realizaciones a nivel nacional y regional.

3.5.1 Aportes de la Universidad.

Iniciada la década del 60, época muy temprana si se relaciona con la estrategia de Atención Primaria que hoy se plantea, la Universidad del Valle a través de su Facul-

tad de Medicina comenzó a plasmar en el terreno real toda una serie de inquietudes que de mentes pensantes emanaban ante la necesidad angustiada de encontrar la forma de llevar un mejor servicio, a las poblaciones prioritariamente necesitadas. Surgió así un programa innovador y revolucionario para la época, el cual comprendía trabajo interdisciplinario e interinstitucional en comunidad rural, incluyendo la capacitación in situ de personal médico y auxiliar y la delegación de funciones. Este programa denominado "Programa de Candelaria" fue la semilla que más frutos aportó a cada una de las unidades académicas y planes de estudio de la que hoy se conoce como Facultad de Salud de la Universidad del Valle.

Este evento coincidió con las promulgaciones de la O.P.S. sobre la estrategias de salud y dejó plasmadas las bases filosóficas que hizo suya nuestro Departamento de Estomatología de la Universidad del Valle al ser creado en 1970.

Fue también en Candelaria donde se inició en 1966 el programa piloto experimental de la operatorista que en 1971 se convirtiera en programa oficial para el Suroccidente colombiano, creado ya el Departamento de Estomatología. Como complemento para su capacitación se desarrolló en la misma época con la ayuda de la O.P.S. un proyecto de investigación de equipos simplificados, tecnología ampliamente desarrollada hoy a nivel mundial.

Simultáneamente la Universidad de Antioquia se iniciaba en este proceso de delegación de funciones con la preparación de la Operatorista.

Este programa revolucionario para la época sigue siendo muy impactante pues sus egresadas cumplen con las funciones de las dos primeras etapas de la prevención o sea la promoción y prevención específica y la detección y tratamiento tempranos. Por ello las Universidades pioneras siguen fieles a ésta filosofía.

En 1978 se planeó en el Departamento de Estomatología de la Universidad del Valle el desarrollo de un trabajo modular en equipo, con funciones delegadas en personal auxiliar, para ser ejecutado interinstitucionalmente.

Después de un entrenamiento de profesores y estudiantes en la metodología, el programa empezó a operar en 1980, en el Hospital Joaquín Paz Borrero de la Unidad Regional de Salud de Cali, previa suscripción del convenio entre la Universidad y el Servicio. Además de brindarse la asistencia, el Hospital es el sitio de aplicación de la Ciencia de la Administración en los Servicios de Salud.

En 1980 se inició igualmente el programa de docencia asistencia en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Cali. Allí realizan los estudiantes toda la actividad diagnóstica hospitalaria y quirúrgica de su programación académica, incluyendo el Servicio Interdisciplinario de Urgencias.

Como programas de base tanto dentro de los planes de estudios de auxiliares como odontología, se han venido desarrollando desde 1968 y 1978 respectivamente actividades de educación primaria y prevención a nivel comunitario y escolar, dando cubrimiento a poblaciones considerablemente desprotegidas entre ellas el sector de Agua Blanca, Distrito conformado por asentamiento carentes de los más elementales recursos, ubicados al sur oriente de la ciudad de Cali.

Desde enero de 1984 estos programas los hemos llevado al nivel de capacitación familiar interdisciplinaria, conservando su ubicación dentro de esta área netamente marginal de Cali.

En 1983 iniciamos un nuevo programa docente-asistencial que comprende la prestación de servicios por parte de los estudiantes en áreas rurales y hospitales regionales del norte del Valle.

En 1985 iniciamos el servicio de asistencia en salud oral, a los niños con problemas mentales pertenecientes al Instituto Tobías Emmanuel, el cual veníamos cubriendo desde 1976, en su parte preventiva, con las auxiliares de salud oral de los distintos programas del Departamento. En dicho Instituto funciona además el Programa Multidisciplinario para el manejo del niño con labio y paladar fisurado.

En cuanto a la actividad desarrollada por otras facultades del país, podemos destacar la capacitación brindada en ámbito hospitalario en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín y en el Hospital Regional del Municipio de Caldas. La Universidad Nacional en el Hospital San Juan de Dios y Hospital de la Misericordia en Bogotá. Igualmente merecen mencionarse las prácticas docente-asistenciales como el Programa Materno Infantil de la Universidad Javeriana, el Programa de la Fundación San Martín, el de la Escuela Colombiana de Medicina, Autónoma de Manizales, el de la Universidad de Cartagena y Universidad Santo Tomás de Bucaramanga y Universidad de Antioquia.

Merece especial mención el Programa de capacitación interdisciplinaria (Odontólogo, Médico y Enfermera) con énfasis en núcleo familiar y asiento en área rural, adelantado por el Instituto de Ciencias de la Salud "CES" en el Municipio de Sabaneta en Antioquia.

Como un soporte a la tarea educativa, debe destacarse también la labor investigativa y de divulgación científica adelantada por numerosos docentes de diferentes facultades de odontología del país; algunas de sus producciones ya ampliamente conocidas a nivel continental.

Resumiendo podemos decir que la formación del odontólogo caracterizada por una metodología integrada, reducción del tiempo de entrenamiento en preclínicas, ingreso temprano a las clínicas, tratamiento integral al paciente, aplicación de medidas preventivas en comunidad urbana y/o rural, capacitación de agentes de salud, y trabajo en equipo multidisciplinario e interinstitucional que han promovido y aplicado con gran empeño desde años atrás el Departamento de Estomatología de la Universidad del Valle, y las facultades existentes en Antioquia, es la tendencia imperante en el momento en Colombia y y quienes no han incursionado totalmente en ella lo están haciendo parcial y paulatinamente con la adopción de una o varias de las modalidades educativas ya descritas.

3.5.2 Aportes de las Instituciones Prestadoras del Servicio.

Dentro de las actividades desarrolladas por las instituciones prestadoras del servicio se destaca el programa de fluorización de las aguas en los acueductos de 5 ciudades del país en forma permanente y continua.

El programa preventivo e incremental del Servicio Seccional de Salud de Antioquia y Municipio de Medellín, el programa preventivo escolar del Servicio Seccional de Salud del Valle y Unidad Regional de Salud de Cali y Distrito Especial de Bogotá. El programa de prestación de servicios a nivel rural, desarrollado por la Federación de Cafeteros del Quindío y el Programa desarrollado en unidades móviles por el

Instituto de Seguros Sociales, Seccional Valle, para atención de los trabajadores de la industria caleña.

Todos los programas anteriormente mencionados se desarrollan con los dos niveles de personal auxiliar calificado (Auxiliar de Higiene Oral y Auxiliar de Odontología Social) con supervisión del odontólogo.

3.6. Estrategias de Desarrollo para la Educación Odontológica en Colombia.

Dentro del marco de referencia del trabajo inter-institucional e interdisciplinario se encuentran ubicadas hoy todas las estrategias tendientes a prestar atención integral a la familia y a formar recursos capacitados para lograrlo.

Una red de centros de acción operan en todo el país bajo la coordinación del Centro de Apoyo CEPADS, con sede en la Universidad del Valle.

Este Centro estimula y orienta el desarrollo de los programas interinstitucionales hacia el logro de los objetivos mencionados.

Igualmente se ha constituido el Centro "APRISA" dependiente del CEPADS, el cual estimula el desarrollo de los programas de Atención Primaria en Salud, de acuerdo con las directrices de CEPADS.

Las asociaciones que agrupan a las Facultades de Odontología (ACFO); Medicina (ASCOFAME) y Enfermería (ACOFAE), han trazado un plan conjunto de acción a nivel nacional con el apoyo financiero de la Fundación KELLOGG.

Este plan establece como punto de partida obligado, la auto-evaluación (Administrativa, Curricular, actividad asistencial y del Egresado) de cada una de las Facultades Escuelas y Departamentos de Odontología, Medicina y Enfermería, existentes en el país.

Esta estrategia dinámica, participativa y autocrítica, será requisito para la siguiente, que consistirá en la unificación de los requisitos mínimos standard de los planes de estudio en su concepción y orientación filosófica a nivel nacional.

Simultáneamente y dentro de sus metas, las universidades han conformado grupos de trabajo para desarrollar a nivel nacional la Atención Primaria con énfasis en la Docencia-Asistencia. Se busca con ello dar impulso a la salud Familiar a través de grupos multidisciplinarios conformados por personal profesional, técnico y auxiliar tanto de la Universidad como de los Servicios de Salud, y personas destacadas y líderes de la misma comunidad, quienes prestarán servicio y desarrollarán el efecto multiplicador de la atención primaria en su propia comunidad.

De este modo las realizaciones y experiencias adquiridas en las Facultades serán proyectadas y adaptadas a las diferentes regiones del país, en procura de la optimización de esfuerzos y recursos y de identificar seguramente nuevas investigaciones requeridas para comunidades específicas.

Los efectos de un paso en falso dado con la autorización de apertura de nuevas Facultades en Ciencias de la Salud que proliferaron en la década del 70 y la desubicación del profesional por efecto de una alarmante masificación en la formación del recurso, fueron contrarrestados para el caso de los odontólogos, con la adopción de medidas concertadas por el ICFES, ACFO y la Federación Odontológica Colombiana, mediante las cuales se logró disminuir la admisión nacional semestral y congelar cualquiera solicitud de funcionamiento de nuevas facultades de Odontología en el país.

Estas medidas permiten no sólo establecer un equilibrio entre las necesidades del país y los recursos disponibles sino llevar un adecuado control de la calidad de su capacitación.

Igualmente el Estado colombiano mediante Decreto Ley 80 de 1980 estableció las normas para la vigilancia y control de la educación superior en Colombia a nivel profesional, técnico, tecnológico; y de postgrado, mediante el Decreto 3.658 de 1981.

Esta acción permite prever un manejo ordenado de la educación superior en el futuro, hecho de gran trascendencia para el logro de las metas que nos ocupan.

Es conveniente agregar que de las 12 Facultades de Odontología del país, las 5 que han venido ofreciendo postgrados en Odontología emplean diferentes modalidades: Desde una metodología integradora hasta el tradicional sistema de especialización por disciplinas.

Consecuente con esta situación la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología, ha propuesto después de un riguroso análisis una modalidad nueva, integrada para los postgrados que se ofrezcan en odontología en Colombia, así como la modalidad de los cursos cortos y la educación continua.

Durante la presente semana la F.O.C. estará analizando el alcance y conveniencia de la citada propuesta. Con relación a la Educación Continua ésta deberá consultar y aglutinar los intereses de las Facultades, del gremio odontológico, de los Servicios de Salud, y las necesidades de la población. Si ello es así, seguramente el próximo paso será su reordenamiento para evitar la forma desarticulada como actualmente están operando estos cursos ofrecidos por las distintas entidades por tratarse de esfuerzos individuales, los cuales afectados por simultaneidad y costos de toda índole no permiten un aprovechamiento eficiente.

Un aporte de gran alcance para lograr la salud oral del pueblo colombiano lo constituye la promulgación del Decreto Ley 2024 de 1984, mediante el cual se adiciona fluor a la sal que consume toda la población del país.

Este programa se fundamentó no sólo en investigaciones y aplicaciones de otros países sino en la propia investigación realizada entre 1963 y 1972 por la Universidad de Antioquia con el apoyo financiero de I.N.E.O. del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos y asesoría técnica de la O.P.S.

En la actualidad se dispone de toda la infraestructura necesaria y se espera que para el mes de junio próximo su distribución sea una realidad en toda Colombia.

Finalmente debemos destacar que los Ministerios de Salud y Educación Nacional se han vinculado con decisión al proceso de cambio y en virtud de ello, brindan su apoyo a los programas que las Universidades vienen desarrollando. Mediante acciones realizadas por sus distintos institutos buscan minimizar las interferencias que pudieran en un momento entorpecer el proceso integrador, Universidad Servicio.

"CAMBIOS EN EL CONTENIDO Y ORIENTACION DE LA ENSEÑANZA ODONTOLOGICA PARA CONTRIBUIR A LOGRAR SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000"

LA EXPERIENCIA DE ODONTOLOGIA COMUNITARIA DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA (*)

DR. JUAN BERNAL MORALES ()**

(*) Ponencia presentada en la IV Conferencia Internacional OFEDO-UDUAL, 15 - 19 de Marzo, 1987. Lima-Perú.

(**) Jefe, Departamento de Odontología Social, Facultad de Estomatología.

En el Perú, como en otros países latinoamericanos, la enseñanza de la Odontología ha tenido como característica general una marcada dependencia cognoscitiva, tecnológica y metodológica de países más desarrollados. En 1968, un grupo de educadores odontológicos peruanos culminó un análisis de la experiencia de educación odontológica en el país, a la luz de conceptos en boga sobre psicología del aprendizaje y teniendo como marco de referencia conceptos emergentes en la educación odontológica latino-americana, y la concepción sociológica global de la realidad peruana y las necesidades de la población en materia de salud.

Este análisis hizo evidente la necesidad de un cambio en el modelo de enseñanza de la odontología, que innovara la formación del odontólogo para que, a través de ella, se modificara la estructura del ejercicio profesional, estableciendo un equilibrio entre la capacidad del odontólogo y el servicio que la comunidad necesita recibir de él.

Se identificaron múltiples y complejos problemas en los campos de la enseñanza y del servicio odontológicos. Entre los primeros pueden mencionarse: énfasis excesivo en las asignaturas preclínicas, aprendizaje clínico tardío, escasos contenidos preventivo, proceso de enseñanza aprendizaje con poco sustento científico, "atomización" del currículo, falta de coordinación entre asignaturas, enseñanza dirigida a la práctica privada, casi inexistencia de investigación, etc. Entre los segundos: ejercicio profesional individual dirigido a las clases de mayor capacidad económica, baja la productividad del odontólogo debido a deficiencias metodológicas del modelo de práctica profesional, dificultad para trabajar con otras profesiones de salud, limitación en la utilización de personal auxiliar odontológico por escasez y falta de preparación formal, administración deficiente de la práctica profesional, limitaciones en la comunicación intraprofesional e interprofesional y con la población, etc.

Ante estos hechos, el grupo formuló un esquema para establecer una nueva escuela de odontología, en la que, reconociendo la deficiencia señaladas anteriormente, se plantearan alternativas de solución. Es decir, la escuela estaría orientada a diseñar, organizar, realizar y evaluar propuestas específicas frente a la problemática de salud bucodental, utilizando para ello un marco conceptual y metodológico que definiera claramente el perfil del profesional que deseaba obtener. En el esquema formulado prevalecieron los valores sociales sobre las inclinaciones individuales, expresándose esta tendencia en la estructura curricular para lograr coherencia entre la filosofía deseada y el proceso de enseñanza-aprendizaje.

La Universidad Peruana Cayetano Heredia de pocos años de creada, pero de emergente preeminencia en el campo de la educación médica y científica, acogió la iniciativa del grupo para formar una escuela dental de corte innovador.

El Proyecto de desarrollo (Febrero 1969) revela la tendencia e intención de la proyectada escuela, de superar los esquemas educativos tradicionales en odontología en el país. La finalidad era mejorar la formación para producir un odontólogo de mayor solvencia profesional en su desempeño frente a las necesidades del paciente y de la comunidad y en su interacción en el equipo de salud general.

Durante la etapa organizativa se formularon los perfiles profesionales del odontólogo y de los tipos de personal auxiliar que se formarían en la escuela. Se analizaron las necesidades de salud bucal y las funciones odontológicas necesarias para atender dichas necesidades; luego se formularon los objetivos educacionales correspondientes a tales funciones odontológicas, obteniéndose así el perfil profesional deseable. El programa inició sus actividades académicas con estudiantes en 1972.

La formación del odontólogo en UPCH, en lo referente a los aspectos profesionales, se desarrolla actualmente a través del trabajo de tres Departamentos: de Medicina, Cirugía y Patología Oral, de Clínica Estomatológica y de Odontología Social. Estos Departamentos desarrollan su trabajo académico integrando sus actividades en tres líneas de enseñanza-aprendizaje y docencia-servicio.

- A. Línea de Medicina y Cirugía Oral
- B. Línea de Clínica Estomatológica
- C. Línea de Odontología Comunitaria

Estas líneas de enseñanza integrada, guardan correlación y coherencia entre ellas en su desarrollo en el Plan de Estudios.

A. Línea de Medicina y Cirugía Oral

Aplica el enfoque de enseñanza progresiva, desde el reconocimiento de la normalidad de las condiciones orales y sistémicas y de la patología oral frecuente, hasta la patología oral menos frecuente y la interrelación de patología oral y sistémica; empezando en sujetos sanos y pacientes individuales para considerar luego el contexto familiar. En esta línea de enseñanza se lleva a cabo la mayor parte de la integración y correlación de los conocimientos de ciencias básicas y aplicadas con los de ciencias odontológicas y médicas. Las actividades curriculares en esta línea son desarrolladas principalmente por el Departamento de Medicina, Cirugía y Patología Oral.

B. Línea de Clínica Estomatología

Se aplica el enfoque de tratamiento integral de los problemas de salud bucal del individuo, con reducción al mínimo de procedimientos pre-clínicos e inicio temprano de la atención clínica en el currículo, empezando con el aprendizaje de funciones de prevención y de tratamiento de problemas de salud bucal comunes y simples, para seguir con el aprendizaje de procedimientos clínicos de problemas medianamente complejos y finalmente los procedimientos de complejidad mayor. Todo ello en una secuencia de ciclos de aprendizaje clínico en la que se alternan períodos breves de aprendizaje intensivo por funciones (y/o tareas odontológicas específicas) seguidos de períodos extensos de práctica repetitiva de dichas funciones en forma de atención integral de casos asignados. La responsabilidad de estas experiencias de aprendizaje corresponde al Departamento de Clínica Estomatológica.

C. Línea de Odontología Comunitaria - Aprendizaje en Servicio Directamente en la Comunidad

La concepción filosófica de esta escuela, orientada desde su inicio al servicio de la comunidad, se refleja claramente en el plan de estudios: alrededor del 25 % del total de las actividades curriculares se realizan directamente en la comunidad.

La mayoría de estas acciones están bajo la responsabilidad del Departamento de Odontología Social, donde se centralizan la planificación, organización, ejecución y evaluación del trabajo en y con la comunidad. El objetivo principal de estas actividades es poner al estudiante en contacto directo con la realidad socio-económica de las poblaciones, para que a partir de ello, logre identificar las raíces y la naturaleza de la problemática de salud en general y salud bucodental en particular, rebasando el nivel biomédico para penetrar en el nivel sociológico y antropológico de la salud. Se aspira a que esta interacción directa con la realidad social peruana, especialmente la que se produce con los estratos socio-económicamente marginados, sensibilice al estudiante para que adopte una actitud positiva frente a los problemas prioritarios del país, incluyendo Salud Bucal, y participe en su solución.

Desde el punto de vista metodológico, las actividades de odontología comunitaria se desarrollan bajo las siguientes pautas: aprendizaje en servicio ejecutado en poblaciones socio-económicamente prioritarias (urbano marginadas y rurales); búsqueda de participación de la comunidad; aplicación de técnicas y procedimientos de promoción, y de prevención de Salud Bucal para grupos poblacionales y experimentación de modalidades de atención odontológica que potencialmente permitan máxima cobertura al menor costo.

En lo operativo, estas actividades tienen dos fases bien diferenciadas: experiencias en comunidades urbano-marginadas, y experiencias en comunidades rurales.

En la primera fase, los estudiantes efectúan su aprendizaje trabajando una o dos veces por semana, durante cinco semestres académicos en una misma comunidad urbano-marginada de Lima, en los Cursos de Odontología Comunitaria I, II, III, IV, V-A y V-B. La comunidad se selecciona teniendo en cuenta su población (en relación con el número de estudiantes), que no disponga de servicios odontológicos y que ofrezcan un mínimo de ventajas especialmente de carácter logístico, por ejemplo, que este razonablemente accesible para facilitar el desplazamiento de los estudiantes; que exista organización y disposición para efectuar el trabajo en forma conjunta, etc.

Durante el período inicial, los estudiantes realizan un estudio socioeconómico de la comunidad, aplicando la observación directa sistematizada y una encuesta domiciliaria. A continuación realizan el diagnóstico de salud bucal de la población, también en visitas a los hogares por cuanto se logra una mejor interacción con la población. Para este trabajo, los estudiantes son preparados de acuerdo con la metodología de estudio epidemiológico, incluyendo ejercicios de calibración de los examinadores. Simultáneamente con las actividades mencionadas se aplican medidas promocionales y preventivas en salud general y bucal, tales como vacunación y demostración de las técnicas de cepillado dental. Estas últimas medidas facilitan la comunicación con la comunidad y la adquisición de un primer nivel de confianza mutua. Posteriormente, se procede a discutir con los miembros de la comunidad los resultados de los estudios efectuados (socioeconómico y epidemiológico bucodental), para formular conjuntamente con ellos un plan de tratamiento, el cual debe ser autofinanciado en alguna medida por la propia comunidad, en cuanto a materiales se refiere. Durante los tres semestres finales (de la secuencia de cinco), los estudiantes (trabajando en equipo con las estudiantes del curso de Asistentes Dentales), ejecu-

tan el plan de tratamiento, el cual usualmente se lleva a cabo en un local de la comunidad, para profundizar la interacción con ella. Miembros de la propia comunidad son preparados para apoyar las actividades y para actuar como promotores de salud. Para las acciones clínicas se utiliza equipo simplificado portátil de la Universidad, y facilidades locales que provee la propia comunidad. En años recientes se viene ensayando la complementación de la ejecución del plan de tratamiento en Clínicas Periféricas de la Facultad, una en un establecimiento de salud y otra en el seno de la comunidad. Mientras que en los primeros años, la experiencia se limitaba a funciones odontológicas básicas: diagnóstico, eliminación de focos sépticos dentarios, prevención de caries, con enjuagatorios de soluciones fluoradas, destartraje y obturaciones de caries, durante los últimos años se ha venido ensayando, con resultados alentadores, actividades de aprendizaje que incluyen prótesis removible y procedimientos ortodónticos simples, además de lo anteriormente mencionado. Se intenta continuar consolidando las funciones que efectúa el estudiante directamente en las comunidades en coherencia con enfoque de atención primaria de salud.

Como parte de la interacción de los estudiantes con la comunidad, ocasionalmente se ha desarrollado algunas actividades de divulgación y promoción cultural en el seno de la comunidad, tales como teatro popular y música folklórica, en las que participan grupos organizados de estudiantes y grupos propios de las comunidades. Todo esto configura una interacción intensa del estudiante con la comunidad, con su problemática en relación con la salud y con formas alternativas de llevar acciones de salud, a la población.

Una fase más avanzada del trabajo con la comunidad es la experiencia de aprendizaje en poblaciones rurales, denominada Internado Rural Estomatológico. Esta se desarrolla durante un semestre completo, en el cual los estudiantes viajan a poblados pequeños de la Sierra y Selva, donde viven durante el tiempo que dura la experiencia. Durante este período realizan actividades similares a las desarrolladas previamente en comunidades urbano marginadas, con la diferencia de que esta vez el estudiante está solo —un estudiante por población— y no cuenta con otra ayuda que la que él mismo logre promover —de líderes formales o informales de la comunidad, maestros, padres de familia, miembros de instituciones de producción o servicio, etc.— Para esta experiencia no se fijan requerimientos académicos absolutos (rígidos), pues las características de cada comunidad, por un lado, y de cada estudiante, por otro lado, difieren considerablemente. Por lo general, las actividades comprenden la ejecución de tantas funciones de promoción, prevención y atención odontológica como las condiciones locales e iniciativa del estudiante lo permitan. No es infrecuente que los estudiantes participen también en actividades de salud general, y de apoyo al desarrollo comunal. En la mayoría de los casos, las actividades se han llevado a cabo con el apoyo de las dependencias locales. Durante su permanencia en la comunidad rural, el estudiante recibe apoyo y supervisión periódicas por parte de un equipo de profesores que viaja especialmente con ese propósito a las sedes rurales.

Cualitativamente, el aprendizaje en el Internado Rural rebasa ampliamente el campo odontológico y de salud, y penetra en un universo cultural sociológico y antropológico tan amplio que no existe otra limitante que la propia capacidad y madurez del individuo para monitorear su desarrollo personal durante el internado rural.

Así pues en la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, las actividades de aprendizaje en servicio de Odontología comunitaria tienen las siguientes características:

- a) Facilitan la comprensión más integral de la problemática de salud y la adopción de actitudes positivas para una Odontología menos discriminatoria de la población.

- b) Orientar las acciones de docencia-servicio hacia las poblaciones y comunidades tradicionalmente marginadas que constituyen la mayoría de la población nacional.
- c) Fomentar nuevos modelos de servicio que incluyan los aspectos fundamentales de prevención y promoción de la salud, de reducción de costos y aumento del rendimiento.
- d) Desarrollan trabajo en equipo intraprofesional e interprofesional.

Las acciones que realizan los estudiantes en las Comunidades urbano-marginadas y rurales, comprenden:

- En prevención de Salud Oral: control de la placa bacteriana, utilización de Fluor, aplicación de sellantes; educación para la salud y educación sobre tipos de dieta no cariogénica.
- En cuanto a tratamientos odontológicos: obturaciones temporales y permanentes, emergencias odontológicas, eliminación de focos infecciosos de origen dentario, atenciones de cirugía bucal menor, detartraje, prótesis total y prótesis parcial. Asimismo, se realiza el diagnóstico y referencia de casos de lesiones bucales de enfermedades tropicales y tumorales.
- Preparación de agentes comunitarios de salud.
- Capacitación de Promotores de Salud Oral.
- Capacitación de Madres de Familia en promoción y prevención de salud oral.
- En cuanto a salud general:
 - Imunizaciones; apoyo en la atención de gestantes, partos y recién nacidos, y primeros auxilios.
 - Apoyo al desarrollo comunal, que incluye desde el simple apoyo para la apertura de botiquines comunales y para la construcción, instalación y equipamiento de centros y puestos de salud en poblaciones rurales, hasta el apoyo a gestiones para servicios de agua, desagüe, alumbrado eléctrico, etc, y fomento de la difusión cultural (teatro, títeres, charlas, etc), en población a urbano-marginadas.
 - Procedimientos administrativos de salud pública (informes de actividades, peticiones de insumos, gestiones de varios tipos, etc.)
 - Trabajo en equipo con otras disciplinas de salud.

Otro aspecto a mencionar es referente a la continuidad de las actividades, o su discontinuación, una vez que los estudiantes terminan sus estudios.

En las comunidades urbanomarginadas cada promoción de estudiantes es asignado a un Asentamiento Humano donde desarrolla la mayor parte de sus actividades durante los cursos de Odontología Comunitaria (5 Semestres). De otro lado, la siguiente promoción de estudiantes es asignada a una población contigua, de modo que puede integrar en sus acciones a la primera comunidad cuando la primera promoción ha culminado sus cursos. También se está ensayando el desarrollar un módulo de atención en la confluencia de varias de estas comunidades, en tanto los servicios formales de salud se extiendan hasta ellas.

En las comunidades rurales, se trata de mantener la continuidad de acciones en cada población, a través de asignaciones sucesivas de los internos a comunidades cercanas, de modo que cada nuevo interno puede hacer el seguimiento de actividades de la comunidad en que trabajó el anterior interno, y apoyar las actividades de los promotores o agentes de salud locales que fueron preparados por el anterior interno.

En resumen, la Facultad de Estomatología, ha venido formando varios tipos de personal de salud bucal: el profesional odontólogo, el personal auxiliar, y agentes comunitarios de salud, además de capacitar maestros de escuelas para contribuir en los programas preventivos escolares; todo ello dentro de las experiencias curriculares.

Siempre en la línea de formación de recursos humanos, al presente se está participando en experiencias multidisciplinarias conjuntas e integradas para estudiantes de odontología y auxiliares, estudiantes de medicina, enfermería y psicología de la Universidad, tanto en comunidades urbano-marginadas de Lima como rurales de Sierra y Selva. De esta manera la formación de odontólogos se enriquece cualitativamente en cuanto al trabajo en equipo para abordaje integral de la problemática de salud.

El aprendizaje en servicio viene ocurriendo tanto en los servicios de salud pública, con los cuales la Universidad coordina acciones para la integración docente-asistencial, como en los servicios o facilidades que la Facultad, a través del trabajo curricular, genera en las propias comunidades. Aprende así el estudiante, a través de su acción, modalidades alternativas de entrega de servicios orientándolas hacia la ampliación de cobertura en las poblaciones con menor acceso al sistema de salud, asimismo, aprende aspectos básicos de gestión en salud.

En el aspecto preventivo, el estudiante de odontología es expuesto a la práctica de todos los procedimientos preventivos en salud bucal para individuos y grupos humanos, disponibles en el país; además, en sus experiencias de aprendizaje se incluye el desarrollo de programas de prevención en las comunidades y escuelas locales.

En este último aspecto es importante referir que desde 1984 los estudiantes junto con los docentes de Estomatología coparticipan con el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Municipalidades Provincial y Distritales (4) y Colegio Odontológico del Perú, en el Programa Preventivo Promocional Multi-institucional de Salud Bucal en Lima, responsabilizándose de las acciones en un número de Centros Educativos en el área de influencia de nuestra Universidad. Este programa se encuentra actualmente en fase de expansión a nivel nacional por el Ministerio de Salud.

Todo lo referido nos permite reconocer que los contenidos y orientación de la formación de odontólogos en nuestra Universidad, están cualitativamente dirigidos a favorecer las condiciones para lograr cambios en el modelo de ejercicio profesional, haciendo el desempeño del futuro profesional más eficaz como parte del esfuerzo para lograr salud para todos en el año 2000 en nuestro país.

Es alentador poder mencionar que otras Facultades de Odontología en el país comparten estas tendencias, o vienen desarrollando también enfoques alternativos en coherencia con la estrategia de atención primaria de salud.

Finalmente, debo mencionar que al presente los esfuerzos de la Facultad de Estomatología, están contribuyendo en forma notable a lograr en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, el desarrollo de los Programas Multidisciplinario de Atención Primaria en Salud.

REFERENCIAS

1. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Programa Académico de Estomatología, Proyecto de Desarrollo, 1969.
2. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Programa Académico de Estomatología, Documentos base elaborado por el Desarrollo del Programa Académico de Estomatología y Auxiliares, 1971 (Mimeografiado).
3. Bernal, J., J. Izquierdo, J. Mondoñedo y Rivera R. Experiencias de docencia en servicio en comunidades urbano-marginadas. Trabajo presentado en las Jornadas Científicas de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima 1977. (Resumen N° 56).
4. Rivera R., J. Mondoñedo y R. Beltrán. Experiencias de Docencia en Servicio en Comunidades Rurales. Trabajo presentado en las Jornadas Científicas de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima 1977 (Resumen N° 57).
5. Bernal, J. Informe del Programa Académico de Estomatología de la UPCH. Presentado en la Reunión del Programa de Innovaciones en la Enseñanza y Servicios Odontológicos, México 1977.
6. Zárate, G., Bernal, J., Balarezo, N., Izquierdo, J. La experiencia de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en Educación Odontológica. Educ. Med. Salud., Vol. 12 N° 4, 1978.
7. Bernal, J. Presentación en "II Seminario Taller para definir las estrategias de Implementación de los Programas de Salud Pública en la UPCH", Santa Clara, 5-7 Diciembre, Lima, 1983.

TEMAS LIBRES

**Alberto Arango
Benjamín López
Nola Fonseca
Alden Haslam P.
Miguel Rodríguez**

UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA

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

**ANALISIS PROSPECTIVO DE LA EDUCACION ODONTOLOGICA EN LA
AMERICA LATINA**

**AVANCE DEL PROCESO
Lima, Perú - Marzo 1987**

**ALBERTO ARANGO BOTERO
Consultor: OFEDO-UDUAL**

**ANTONIO MENA
Secretario Ejecutivo: OFEDO-UDUAL**

PRESENTACION

El documento que se presenta, está constituido en su mayoría por aportes textuales de los documentos utilizados para el "Análisis Prospectivo de la Educación Odontológica en la América Latina", el cual se ha estado promoviendo por la OFEDO-UDUAL, y por el informe de los resultados de la reunión que se celebró en Caracas, Venezuela para la evaluación de la primera etapa del proceso de aplicación de la metodología prospectiva y algunos datos preliminares.

En esta oportunidad se hace una edición que permita obtener una documentación integral de las acciones ocurridas con el fin de agilizar la información al respecto, para quienes tengan interés de estudiar el proceso.

I. ANTECEDENTES

El programa de la OFEDO-UDUAL tiene entre los subprogramas que lo conforman, el de Educación, orientado a brindar cooperación técnica para el inicio y/o desarrollo del proceso de análisis y reformulación de currícula en concordancia con los principios y los objetivos de la Organización. Consecuente con lo anterior la OFEDO - UDUAL tomó interés específico en lo relacionado con las diferentes acciones sobre reformas curriculares, apertura de instituciones de educación odontológica, acreditación de programas y otras actividades relacionadas con cambios en el proceso formal de educación odontológica, los cuales se han sometido a diversos análisis para valorarlos y así justificar su establecimiento o sus cambios, según el caso.

La OFEDO - UDUAL conoció el documento producido por OPS/OMS por el grupo de Recursos Humanos y otros educadores médicos para el análisis prospectivo de las instituciones formadoras de médicos, en la Subregión y produjo una adaptación para el análisis de las instituciones formadoras de odontólogos. Tal documento adaptado, fue sometido al análisis por los expertos que habían producido el original y consideraron que podía ser utilizado en este campo de los recursos humanos de salud. El instrumento producido fue probado en la República Dominicana, Venezuela y Perú con apoyo financiero y técnico de OPS/OMS con motivo de la cooperación técnica de la OFEDO-UDUAL al Consejo Técnico de Educación Superior (CONDES), para aportar información básica, en un taller, para el establecimiento y aprobación de Facultades, escuelas o departamentos de odontología, en ese país.

Posteriormente, la Organización ha continuado aplicando el instrumento de análisis prospectivo en varios países, para lo cual ha obtenido apoyo financiero de la Cooperación Técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), organismo que está apoyando activamente, a través de su programa de Recursos Humanos, la aplicación de la metodología prospectiva para el análisis de la educación médica y odontológica. En base a estas actividades la OFEDO-UDUAL convocó a un grupo de educadores odontológicos y médicos de América Latina, para analizar y discutir los alcances del Análisis Prospectivo en la educación odontológica, considerando a ésta en el contexto socio-económico y político, la situación de salud, los patrones de ejercicio profesional y la estructura y funcionamiento de los servicios de Salud, y no en abordaje puramente descriptivo del estado actual sino fundamentalmente en la perspectiva de aproximarse en un futuro a una situación deseable definida a priori. Durante el mencionado evento hubo participación de representantes de ALAFEM y de OPS/OMS, quienes acordaron con las directivas de OFEDO hacer gestiones para el desarrollo de actividades interprofesionales en la aplicación de la metodología prospectiva; para lo cual se convino la participación de OFEDO-UDUAL en el grupo de trabajo que se celebró en Quito, el 8 al 11 de Diciembre de 1986, para el Análisis prospectivo de las Escuelas y Facultades de Enfermería, con la participación de ALAFEM y ALADEFE.

II. ASPECTOS CONCEPTUALES

El interés particular de algunas instituciones formadoras de personal de salud oral, de conocer su calidad y por lo tanto de alguna forma de evaluación, se convirtió en un movimiento general a partir de los Seminarios de Educación Dental, celebrados en la década de los años 60 en diferentes países Latinoamericanos, ya que dentro de las conclusiones y recomendaciones de los eventos mencionados, hubo algunos que originaron cambios de distinta índole referentes a variaciones en sus estructuras o funciones, lo mismo que su capacidad formadora, lo cual fue ba-

se para la toma de decisiones político-administrativas que permitieran conocer cual institución se acercaba con mayor precisión a los modelos "ideales" propuestos en los seminarios.

Una facultad, escuela o departamento de odontología forma en un determinado país sus profesionales en el campo de la salud oral y hace que algún conocimiento sea útil. Se asume que esa institución es de buena calidad; no hay otra, pero se admite que debe mejorarse. Posteriormente cuando se quiere aumentar el acceso de estudiantes a este campo de la salud y se requiere crear otra entidad formadora, la existentes automáticamente se convierte en modelo "ideal".

En relación con lo anterior se han diseñado y aplicado métodos evaluativos que han conllevado unas veces la comparación con otros objetivos semejantes del mismo país, cuando existen varias instituciones formadoras, o con otros foráneos, cuando no. Asimismo, en muchos casos, con patrones modelos, los cuales llevan intrínsecamente su carga valorativa inducida por las condiciones sociales que le dieron origen y pretenden poder permitir la identificación de diferencias o similitudes, a nivel particular, careciendo de elementos generalizadores.

Aunque el mérito que tienen las evaluaciones es de universal aceptación, toda evaluación es en sí una comparación, ya sea con otro objeto de naturaleza similar o con un patrón IDEAL.

Se ha demostrado en la práctica social y se pretende comprobar en investigaciones recientes que "un objeto no es evaluable fuera de un contexto". Las acciones no se realizan en abstracto, los hombres actúan sobre realidades concretas particulares, y en esta acción dentro de ese contexto lo que dará un resultado: un producto propio para ese contexto. La relación de ese producto con su contexto es lo que interesa conocer. Cómo este producto refuerza el contexto; ¿qué posibilidades tiene de modificar favorablemente la realidad que le dio origen?

Queriendo contribuir al mejoramiento de las acciones para la valoración de las entidades de formación odontológica y ante la insatisfacción con la postura evaluativa, se incursiona en otras metodologías, abandonando los modelos clásicos y modernos de la metodología evaluativa que en última instancia "califica" de correcto e incorrecto, de bueno o malo al objeto de evaluación, y se escoge el análisis prospectivo para conocer la situación general de la formación de personal de salud oral en la América Latina y sus posibilidades de desarrollo.

La metodología prospectiva orienta los procesos hacia objetivos sociales deseados y no simplemente válida la tendencia mecánica de ellos. Se relaciona más con aspectos cualitativos, lo cual le permite enfoques globales de desarrollo de procesos, no quedándose solamente a nivel de etapas. De esa manera, los análisis prospectivos complementados con el uso de otras metodologías, de índole más cuantitativo, pueden llegar hasta la identificación de aspectos que exijan precisiones para decisiones administrativas muy específicas. No puede exigírsele la rigidez de la comprobación del dato, como a los métodos descriptivos de cuantificación.

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

La odontología asume la "Salud para Todos en el Año 2000", por ello requiere transformaciones fundamentales para llenar vacíos en su producción de conocimientos de recursos hu-

manos y en sus aspectos de práctica ya que ella, la odontología, como ciencia autónoma per se, no es suficiente para lograr la efectividad social; se queda a nivel de pequeños grupos hegemónicos.

III. ASPECTOS METODOLOGICOS

La secuencia metodológica parte del estudio de los acontecimientos pasados y presentes, considerando las condiciones que los han determinado, para luego proyectarlos hacia el futuro, de acuerdo con un "futuro deseable". Para el efecto se identifican las estrategias que hagan posible ese futuro deseable, de acuerdo con varios supuestos que se fundamentan en el análisis de las tendencias del proceso global de desarrollo.

El estudio de los acontecimientos pasados y presentes constituye lo que se denomina el Análisis Tendencial. (Anexo N° 1). La proyección y el establecimiento de los Supuestos se da a través de la construcción de ESCENARIOS que constituyen la presentación hipotética de eventos futuros en los cuales se considera su interacción con los aspectos sociales, económicos, políticos, científicos, tecnológicos y ambientales.

Dentro de los diversos tipos de escenarios uno se denomina normativo o imagen objetivo que indica el camino a seguir y la "meta" a lograr para el futuro deseable.

En base a lo anterior se ha utilizado para el inicio del proceso de análisis prospectivo de la educación odontológica, la adaptación del instrumento usado para la educación médica, como lo advertimos al principio de esta información. Tal instrumento tiene una primera parte que incluye elementos teóricos y metodológicos y una segunda que consiste en un cuestionario para recoger la información, que es punto de partida para el establecimiento de las estrategias y ejecución de acciones de compromiso colectivo para hacer que ese futuro deseable sea logrado.

La imagen del objetivo general propuesto en el documento es abstracta; válida como punto de referencia para el estudio de cada institución. Representa solamente como escenario normativo la educación odontológica en el año 2000. Aunque el contenido histórico está incluido en forma implícita en ese enfoque metodológico de análisis prospectivo, se requiere hacer precisiones de lo particular de cada institución en la cual se aplique; es decir, la institución creará sus propios escenarios: su futuro deseable y posible, con alternativas y con marco referencial que explicita cuál es y por qué es propuesta la correspondiente imagen objetivo. Se debe partir de la realidad concreta de la institución, por lo tanto requiere la participación conjunta del componente servicio.

Considerando que la producción de un escenario propio de cada institución es tarea compleja y de cierta dificultad, se convino en utilizar el documento antes mencionado con el escenario general propuesto como mecanismo general de Análisis y al mismo tiempo como procedimiento para familiarizar personal con la metodología, antes de proceder a la producción de los escenarios propios.

Para fines de aplicación, en el desarrollo de un análisis prospectivo se propone el esquema siguiente para el interior de cada institución:

I. Difusión:

- a) Conocimiento teórico, a través de material bibliográfico.
- b) Participación activa en talleres y seminarios, con la presencia de personas representativas de los distintos sectores de la institución.
- c) Decisión política de las autoridades institucionales.

II. Revisión del instrumento:

- a) Revisión de los diferentes elementos, atributos e indicadores que conforman el instrumento.
- b) Identificación del escenario deseable o imagen-objetivo.

III. Aplicación del instrumento:

- a) Identificación y preparación de los facilitadores.
- b) Determinación de los grupos en los que se aplicará el instrumento.
- c) Aplicación del instrumento en una muestra significativa de la institución, debidamente informada.
- d) Señalar un tiempo suficiente para la discusión en cada grupo.
- e) Propiciar técnicas de consenso.
- f) Elaboración de un glosario, para explicar los distintos términos del instrumento.

IV. Análisis de la información:

- a) Tipos de análisis: estadístico, gráfico, descriptivo, conceptual, comparativo.
- b) Validación, discusión y confrontación de la información en grupos con presencia de personas que proporcionaron la información y de otros que no participaron.
- c) Elaboración de conclusiones.

V. Utilización de la información:

- a) Identificación de puntos críticos.
- b) Planificación estratégica.

En esta forma se abandona el criterio tradicional de la evaluación la cual termina en un presente con la contemplación de una infinidad de datos, bajo la incertidumbre para su utilización, por causa del fantasma de la cuantificación que nos persigue y cada vez nos agobia más

ANEXO N° 1

ANALISIS TENDENCIAL DE LA EDUCACION ODONTOLOGICA

Durante las dos últimas décadas ha habido un aumento del número de instituciones formadoras de personal de salud oral en la América Latina. Es de notarse que el fenómeno no se ha presentado en todos los países en la misma proporción habiendo algunos que las han aumentado en gran escala, en cambio en otros no ha habido ninguna creación de nuevos planteles. El mayor aumento se ha presentado en el nivel privado.

La valoración del aumento y de sus consecuencias, lo mismo que en los cambios ocurridos en sus estructuras y funciones no ha sido estudiado en forma adecuada, en la región. Sin embargo, el conocimiento parcial de algunos aspectos se puede caracterizar en términos generales de la siguiente manera:

— La práctica educacional dentro del espacio odontológico ha sido predominantemente repetidora de información y exigente de comportamientos predeterminados. Confinada a los ámbitos intramurales, unilateral y carente de compromiso crítico-científico frente a la condición socio-económica y de salud de los países. La formación del personal ha mantenido la parcialización del conocimiento, subordinación lineal, manejo teórico de la realidad y aceptación de las leyes de la oferta y de la demanda.

Ha prevalecido un enfoque formal-teoricista en el cual se parte de un marco estático de conocimiento teórico para la aplicación. Se asume la existencia de un número de disciplinas que son consideradas como obligatorias en el cuerpo de conocimientos de la profesión, en cada una de las cuales se trata de definir objetivos educacionales en términos de conducta, buscando agotar la temática correspondiente a sus campos y no al ajuste de ese conocimiento a la posibilidad de su aplicación en las acciones profesionales correspondientes.

La producción del conocimiento, su transmisión y la aplicación del mismo se han mantenido aisladas, lo cual implica la falta de interdisciplinariedad que incide en la formación de un personal fuera de la realidad, por lo tanto carente de capacidad crítica y creadora que le permite explicarla, adquirir responsabilidad social, decisiones y actuar objetivamente ante esa realidad.

Los aspectos generales, antes mencionados, se han concretado en algunas acciones que han ocurrido en la región, con el fin de lograr cambios en la práctica de salud bucal, a saber:

- Incorporación del conocimiento biológico en los años básicos de la carrera.
- Establecimiento de mecanismos para lograr la integración de las ciencias básicas con las preclínicas y las clínicas.
- Incorporación del uso de simuladores en los cursos preclínicos, denominados maniqués, fantasmas o tipodontos.
- Aumento de la duración de la carrera.
- Semestralización y establecimiento de créditos.
- Frecuentes cambios de secuencia en el aprendizaje.
- Inclusión de lo social, lo epidemiológico, la estadística, la administración y otras disciplinas de apoyo y la programación de experiencias extramurales.
- Programación de clínicas integradas o integrales.
- Formación de personal auxiliar concomitante en su práctica, con los estudiantes de odontología para distribución de funciones en forma de equipo.

- Incorporación de la “tecnología educativa”.
- Enseñanza programada con uso de paquetes educativos.

Las actividades enumeradas han sido ejecutadas en muchas instituciones de la región bajo diferentes programas y por cierto con criterios disímiles en cuanto a objetivos, ubicación curricular e intensidad, incorporándose en fechas diversas, muy a menudo bajo el rubro de programas innovadores, lo cual ha producido algunas confusión con el Programa de Innovaciones en la Enseñanza y Servicios Odontológicos, desarrollado por la OPS/OMS con apoyo financiero de la Fundación WK Kellog, el cual apareció en la segunda mitad de la década de los 70.

Este programa se refiere a la docencia-servicio o integración docente asistencial considerada como una conjunción de esfuerzos y recursos entre las instituciones formadoras de personal y la prestadora de servicios para que partiendo de la producción de conocimientos ejecuten acciones para el mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población.

Su fundamento puede resumirse así:

“El marco conceptual del Programa de Innovaciones de la Enseñanza y Servicios Odontológicos se fundamenta en la concepción de la salud según la cual ésta se encuentra condicionada por la situación socio-económica de un país en un momento histórico determinado. Sin embargo, se concibe que la interacción de las variables del contexto económico-social y político general posibilitan un margen de trabajo que permite el ensayo y aplicación de planes curriculares y de servicio capaces de producir cambios cualitativos y cuantitativos en los sectores de salud y educación, contribuyendo a su perfeccionamiento, renovación o cambio”.

“En consecuencia con ello, el proceso de enseñanza-aprendizaje en odontología, considerado como conjunto complejo de relaciones sociales entre docentes alumnos y comunidad, es susceptible de modificación con el propósito de establecer la integración necesaria entre las instituciones formadores, la comunidad y los servicios. De esta manera, la formación de recursos incorporará en su práctica social la participación conjunta de la comunidad en la toma decisiones y ejecución de acciones para la atención de los problemas de salud bucal”.

Muchos programas considerados como innovadora, incluidos o no formalmente en el Programa de OPS/OMS, no han estado inscritos en el marco teórico, antes mencionado, sólo constituyen experiencias extramurales o acciones modernizadoras en su proceso de enseñanza-aprendizaje. Con frecuencia hacen relación al concepto de Simplificación de la Práctica Odontológica, tomándolo en forma no global, sino más bien como mecanismos de la incorporación o supresión de aspectos meramente mecánicos de la práctica odontológica.

- Paralelamente se dio expansión a la atención odontológica en los servicios asistenciales, sobre todo en las instituciones de seguridad social aunque el personal odontológico incorporado no guardó ninguna proporción numérica con los profesionales de la salud: médico y enfermeras, siendo significativamente menor.
- Las actividades de tales servicios contribuyeron al refuerzo de una práctica exclusivamente curativa, ejercida en clínicas que emplean tecnología de gran complejidad y costo excesivo.
- Las disciplinas clínicas se concentraron predominantemente en la ejecución de técnicas mutilantes, a través de la extracción de órganos dentarios y algunas actividades restauradoras de las lesiones producidas por la caries dental, que corresponden a lo niveles de atención secundaria y terciaria, dejando el primer nivel de atención a la odontología preventiva.

Mientras esta última, con sus escasísimos, casi inexistentes recursos, se orientó hacia la promoción de la salud "lo intangible", las clínicas se dedicaron de lleno a los aspectos "tangibles" de la enfermedad. La división se planteó entre lo colectivo y lo individual, lo general y lo específico, la práctica convencional y los modelos de servicios innovadores, dando la falsa apariencia de comprensión de lo abstracto y lo concreto. La presencia de actividades de odontología preventiva y social ubicada a lo largo de la carrera con intensidad y frecuencias aceptables en algunas escuelas, según los modelos propuestos y deficientes en otras, no fue suficientemente para contrarrestar todo este proceso. Por el contrario, se podría decir que los departamentos de odontología preventiva o de denominación similar, enfocando la enseñanza de la epidemiología en una u otra forma para el control de las enfermedades bucales, liberaron a los departamentos clínicos de cualquier responsabilidad en relación con la colectividad, dejándolos con el individuo, en lugar de lograr integrarlos en un esfuerzo de desarrollo de salud.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**SEMINARIO TALLER SOBRE EL CURRÍCULUM DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGIA Y LA SALUD BUCAL EN EL PAIS**

Benjamín López

SAN SALVADOR - JUNIO DE 1985

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SEMINARIO TALLER SOBRE EL CURRICULUM DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGIA Y LA SALUD BUCAL EN EL PAIS.

1º OBJETIVOS:

Objetivo General:

Encontrar a través del análisis crítico y de la discusión permanente, a partir del estudio de la realidad salvadoreña, las bases que generen y desarrollen una nueva odontología, que la ubiquen históricamente en su proyección social, académica y científica.

Objetivos Específicos:

- a) Desarrollar actitudes que coadyuven a la formación de un Odontólogo que responda eficientemente a las necesidades reales del país.
- b) Lograr la participación de todos los sectores integrantes de la Facultad de Odontología en la consecución del Objetivo General.

Objetivo Terminal:

Al finalizar el Seminario Taller deberán quedar plasmadas las conclusiones y recomendaciones que servirán de base, para iniciar el nuevo diseño curricular de la Facultad de Odontología.

2º RESPONSABLES:

DIRECCION DE PLANIFICACION Y COMISION COORDINADORA.

PRESIDENTE: Dr. José Benjamín López Guillén

COORDINADOR: Dr. José Joaquín Galdámez Méndez

RELATOR GENERAL: Dr. José Benjamín López Guillén

3º COMISIONES ESPECIALES:

Comisión de Finanzas

Dra. Ana Otilia de Trigeros

Dra. Aída Marinero Cáceres

Dra. Clara Venus Nuila de Villalobos

Comisión de Publicaciones

Dra. Clelia Fernández de Angulo

Dra. Lina Margartía de Puente

Lic. Guillermo Quiñónez

Dra. Ana Miriam Ramírez Paredes

Comisión de Propaganda

Dra. Carmen Rodríguez de Rivas

Dr. Henry Walter Herrera Mena

Dra. Ana Nuria Barraza

Comisión de Protocolo

Dr. Hebert Mena Vaquerano

Dr. Marco Tulio Arana

Dra. Olivia Garay de Serpas

Dr. Rubén Coto Dimas

Dra. Ana María Martínez de Córdoba

4 TEMAS Y CONFERENCISTAS:

1. Contexto Socio-Económico del país. Responsable: Lic. Rodolfo López Mira.
2. Marco Filosófico de la Educación. Responsable: Lic. Moisés Urbina.
3. Realidad de Salud Bucal en el país. Responsable: Dr. Héctor Silva.
5. Bases Teórico-Methodológicos de los Nuevos Sistemas de Ejercicio Profesional en Estomatología. Responsable: Dr. Héctor Silva.

5º METODOLOGIA DEL SEMINARIO-TALLER

La metodología que se siguió fue una combinación de conferencias magistrales orientadas a proporcionar la información necesaria que permitiera a continuación iniciar la discusión sobre el tema a través de dinámicas de grupo, partiendo de preguntas concretas formuladas por el expositor.

Los participantes en el Seminario Taller, 110 personas en total, se distribuyeron en 10 mesas de trabajo, en cada una de las cuales se nombró un coordinador y un relator. El tiempo de discusión era de 1 1/2 horas. Después de cada dinámica de grupo se realizó una plenaria donde todos los relatores de las diferentes mesas expusieron las conclusiones de sus grupos, los cuales fueron tomadas por el relator general del Seminario a efectos de plasmar las conclusiones y recomendaciones finales.

6º CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De acuerdo a la metodología seguida, se ha mantenido el programa del Seminario a efectos de que cada tema analizado y discutido tenga sus propias conclusiones y recomendaciones:

1. CONTEXTO SOCIO-ECONOMICO DEL PAIS.

- 1.1 Problemas más importantes en el momento actual, en los aspectos económicos y sociales en el país.

En general se ha considerado que la problemática socio-económica del país está determinada por causas comunes que inciden directa o indirectamente sobre ambos aspectos.

Entre las grandes causas señaladas se mencionan: 1) La mala distribución de los recursos productivos; 2) Inadecuada e injusta distribución de las riquezas; y 3) La incontrolable destrucción ecológica.

La incidencia de esas tres causales sobre la problemática económica se manifiesta más fuertemente en el sometimiento de nuestro país a una dependencia total de los países desarrollados, lo cual nos ha conducido a una situación de crisis que afecta esencialmente a la gran mayoría de nuestra población que se enfrenta a situaciones tales como la devaluación parcial de hecho de la moneda salvadoreña y la consecuente inflación, lo que limita y restringe nuestra capacidad para cubrir las necesidades básicas como son: vivienda, alimentación, salud, educación, etc. Asimismo, en términos generales, el país está ahogándose en una deuda externa cada vez mayor y sin posibilidades de superarla si se continúa manteniendo ese esquema de dependencia.

Se debe evitar que se siga imponiendo la tecnología de consumo extranjera, que, en la mayoría de los casos es inadecuada a las condiciones propias del país.

Otros problemas señalados dentro del mismo rango económico son: un encajonamiento en el monocultivismo, del que a la fecha se hacen tímidos esfuerzos por salir. Se considera de gran importancia el propiciamiento de la diversificación de la producción agrícola; por otra parte, la disminución en las inversiones y exportaciones, acompañadas de una fuga "masiva" de capital y de restricciones crediticias para el pequeño empresario, agudizan el problemas y coadyuvan a que prevalezca el sistema imperante.

En cuanto a lo social, la explosión demográfica sigue siendo un fenómeno digno de consideración y análisis, pues en nuestro medio, y sobre todo en las mayorías desposeídas, tiene un profundo carácter sociológico.

Todos coinciden en que muchos de los problemas sociales que padecemos en la actualidad son generados por el conflicto político militar, que ha acentuado la emigración de la población rural hacia las ciudades, causando hacinamientos y favoreciéndose el desarrollo de enfermedades ante la falta de medidas de asistencia social y salubridad. También es pertinente señalar la deficiencia y desubicación del sistema educativo, que produce alienación y mantiene las condiciones de analfabetismo prevalente.

Existe además, una pérdida de valores morales que se ha dado a todos los niveles.

- 1.2 Problemas generados a nivel familiar y social por la mala distribución del ingreso nacional. Un ingreso nacional mal distribuido genera a nivel familiar conflictos de orden económico; siendo una mayoría poblacional la afectada, la cual no tiene oportunidad de mejorar sus ingresos, los responsables de grupos familiares ante el desempleo, se ven obligados a realizar actividades reñidas con sanas costumbres.

Esto, eventualmente conduce a la desintegración del núcleo familiar. A pesar de ser la educación un derecho constitucionalmente reconocido para la población salvadoreña, las oportunidades de superación son cada vez más reducidas para estas familias cuyos miembros, desde el más pequeño hasta el más anciano, tienen que buscar los medios que les permitan subsistir.

Se advierte una total falta de acceso a la educación, vivienda, salud, etc., todo lo cual es conducente a una frustración económica, pérdida de valores morales y culturales, violencia y odio.

Existe entonces, una diferenciación marcada en los estratos sociales que genera una lucha de clases.

- 1.3 Papel de la Universidad de El Salvador ante la realidad nacional.

La Universidad desvirtuaría sus fines si ignorara la realidad nacional, debe conocerla, analizarla objetivamente con sentido crítico, aplicar el método científico para proponer soluciones a los problemas y hacer participar en ello a toda la comunidad universitaria para encontrar alternativas que le permitan proyectarse prioritariamente a la mayoría de nuestro pueblo.

Se debe inculcar una mayor sensibilidad al estudiante, procurando ponerlo en contacto con la comunidad desde sus primeros años, a efectos de que *pueda servirla mejor y con más eficiencia* posteriormente.

- 1.4 Contribución del profesional para que se mejoren las condiciones económicas y sociales de nuestro país.

Todo profesional debe adquirir conciencia de los problemas de la población a quien se debe y sirve para luego, convertirse en un agente de cambio que colabore a la transformación de la realidad que vive.

Puede y debe, desde sus diferentes posiciones sociales y de administración, estimular la producción autóctona en cuanto a desarrollar tecnologías tendientes a la resolución de nuestros problemas.

A través de sus asociaciones profesionales, luchar por que se reduzca la dependencia externa.

Es necesario un compromiso integral y permanente bajo conceptos interdisciplinarios para buscar soluciones concretas.

2. MARCO FILOSOFICO DE LA EDUCACION

2.1. Importancia del contenido axiológico en la planificación curricular.

Existe un consenso general de que debe incluirse el componente axiológico en la planificación curricular por que es necesario despertar la conciencia en el educando de que debe asumir una escala de valores congruente a la satisfacción de las necesidades populares, pues se ha evidenciado un deterioro y pérdida de los mismos, y se consideran como factores importantes para la formación profesional integral.

En principio y como principio, el hombre debe conocerse a sí mismo, debe interiorizar e inculcar la creatividad y la acción liberadora.

Un contenido axiológico en la planificación curricular tenderá a humanizar y dinamizar la educación para lograr un cambio social.

2.2 Necesidad de concebir un nuevo tipo de hombre salvadoreño y consecuentemente de un nuevo profesional.

La importancia de concebir un nuevo tipo de hombre salvadoreño estriba básicamente en que a la luz de una nueva concepción se lograría un cambio en beneficio de la sociedad misma.

Un hombre conciente de la necesidad, que trabaje para el bien común y con una gran capacidad para amar a sus semejantes contribuiría enormemente a mejorar nuestro país. Esta concepción incidiría fundamentalmente en la formación de un mejor profesional.

Dada la situación cambiante de la sociedad se requiere un nuevo profesional que satisfaga las necesidades de acuerdo a la realidad. Sus características deben ser: más humanidad, integridad, capacidad científica, participativo y crítico, conciente de buscar la libertad.

El especialista deberá ejercer congruentemente con la realidad nacional y adaptarse a los cambios estructurales que puedan resultar. Se debe trabajar para el bien de la colectividad evitando caer en el mercantilismo profesional.

2.3 Relación entre la metodología del proceso enseñanza aprendizaje que proporcione conocimientos y valores que tiendan a la formación integral. Esta, necesariamente tendrá que ser más dinámica y participativa, basada en el método científico. El estudiante será el principal protagonista en el proceso.

La promoción de la investigación como parte de la formación profesional permitirá al docente desarrollarse más, quien tomará un papel orientador y a su vez hará una retroalimentación permanente. El estudiante se sentirá estimulado, será más crítico y se formará integralmente.

Si la metodología es dogmática, el futuro profesional será pasivo e indiferente a los problemas. Debe considerarse que la persona es un ser bio-psico-social dinámico por naturaleza, por tanto, su participación en el proceso deberá ser activa, analizando cada situación de acuerdo al medio en que se desenvuelve y tomando en cuenta factores de idiosincracia de la sociedad. Además, la relación planteada, debe ofrecer alternativa de aplicación factibles, que contribuyan a solucionar los problemas detectados a través de un estudio actualizado de la realidad nacional. Habrá que enfatizar la utilización de tecnología simplificada apropiada, la cual permitirá reducir la brecha que nos separa de esa realidad.

2.4 Integración de los gremios estudiantil, administrativo y docente en la planificación e implementación del curriculum.

Estamos convencidos de que deben participar todos los sectores, por que de diferentes maneras están involucrados en el proceso.

La planificación debe estar en manos de un equipo técnico conocedor de los diferentes elementos que concurren en la elaboración de un currículum, por ejemplo, valores, objetivos, contenidos, metodologías, etc.

En la conceptualización, información decisión e implementación deberán tomar parte todos los miembros que conforman la comunidad de esta Unidad Académica.

3. REALIDAD DE LA SALUD BUCAL DEL PAIS.

3.1 Interrelación de la Salud Bucal con la Salud General.

El paciente es un todo integral, por lo tanto no puede aislarse la salud bucal de la general. Partiendo de la base de que el hombre es un ser bio-psico-social y si consideramos la salud general dentro de este contexto, veremos que el aparato estomatognático influye grandemente en la conservación de la misma. Esta interrelación nos demuestra que el estado de salud es uno solo y que no admite separaciones.

3.2 La política educativa de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador y la realidad de Salud Bucal del país.

Consideramos que la orientación de las políticas educativas hasta el presente no han estado de acuerdo con la realidad de salud bucal del país por las siguientes razones:

- a) Porque se ha enfatizado el aspecto curativo y se ha dejado de lado el preventivo.
- b) Se ha dado prioridad en la enseñanza al aspecto técnico-científico descuidando en parte lo humanístico; su característica ha sido más informativa que formativa.
- c) Se ha descuidado la investigación en todos sus aspectos.
- d) Es notable la alienación producida por las tecnologías importadas sujetándonos a un mercado de consumo extranjero.
- e) No se han realizado esfuerzos por lograr una intercomunicación con los organismos estatales para buscar la solución de los problemas de salud bucal.
- f) El alto costo del recurso humano formado ha redundado en una baja producción del mismo, no habiéndose tratado de resolver ese problema en los años anteriores.
- g) El Plan de Estudios no está adecuado a la realidad nacional porque su esquema está planteado sobre una base de trasmisión de conocimientos generados en sociedades totalmente diferentes a la nuestra. Esa transferencia científica y tecnológica adoptada sin ningún análisis, en cuanto a si es adecuada o no a nuestra realidad social y económica, nos permite afirmar que obviamente ésta no ha sido tomada en cuenta para estructurar el Pensum, repercutiendo a la vez en una inadecuada proyección social.

3.3 Niveles de formación profesional en la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

Si entendemos que el profesional de más alto nivel es aquel que podríamos calificar como de más alta graduación, es decir, el que va a recibirse como Doctor en Cirugía Dental, creemos que no debe ser el único recurso que se forme. Actualmente hay necesidad de cierto tipo de personal para-odontológico que colabore en la actividad del Odontólogo por un lado, y que permita ampliar las coberturas de atención con mayor eficiencia y eficacia por el otro, ésto ahorraría tiempo y costos en la formación de recursos humanos, no necesariamente todos deberán tener el carácter profesional. Se afirma esto porque los requisitos para la formación de este personal serían menores que los que se exigen a un profesional de alto nivel.

Ahora bien, si tomamos el término alto nivel como sinónimo de alta capacitación creemos que la Facultad debe preparar personal solo de alto nivel, cualesquiera que sean las carreras que se implementen, profesionales, técnicas y auxiliares. Dejamos por sentado, en todo caso, que es necesario la creación de carreras intermedias que hagan factibles una ampliación en los servicios de salud bucal.

3.4 Tipos de profesionales que la Facultad de Odontología debería formar para ayudar a solventar los problemas de Salud Bucal en el país.

La Facultad de Odontología debería formar recursos humanos en tres categorías: 1) Profesional; 2) Técnico; 3) Auxiliar. Todos tendrían una formación óptima dentro de la naturaleza integral antes señalada.

La creación de este personal estará fundamentado en un estudio del ejercicio profesional dentro del marco de nuestra realidad nacional.

4. PRACTICA ESTOMATOLOGICA. DETERMINACION DE MODELOS.

4.1 Papel de los recursos humanos en un modelo de práctica estomatológica para El Salvador. Estos deberán asumir un papel primordial, con características de liderazgo y la suficiente capacidad organizativa que les permita lograr integrarse en equipo de salud, donde las funciones estén claramente definidas, en base a criterios de desmonopolización y transferencia de conocimientos.

Debe propenderse al cambio en el sistema de ejercicio profesional, de tal manera que no sea la práctica individualista la que prevalezca sino la práctica colectiva o de grupo, que sea coherente con la realidad, y que permita así que todos los miembros que integran el modelo trabajen conjuntamente creando soluciones y resolviendo problemas en nuestro país. La capacitación crítica debe ser amplia, ya que ello facilitará la constante búsqueda de mecanismos que permitan aumentar la cobertura de atención a la población desprotegida actualmente y transformar la práctica en el sentido de que sea más preventiva que curativa y mutilante.

Todo lo anterior será posible en la medida que se utilice el método científico en la aplicación de los conocimientos, a fin de que la simplificación de la práctica estomatológica sea eficaz.

4.2 La formación de los recursos humanos futuros a través de un currículum integrador.

Se tiene un consenso general de que la estructura curricular para nuestra Facultad sea de tipo integral, en donde cada uno de los cursos se estructura en base a unidades de integración, entendiéndolos como una parte del programa del curso, cuyos contenidos y actividades, claramente relacionados entre sí, forman un conjunto integrado coherente con caracte-

rísticas tales que permitan presentar el tema en forma diferenciada con independencia relativa de las demás partes. Las razones para que éste sea el currículum que se propone son variadas, entre ellas, porque:

1. Permite una mejor y mayor utilización de los recursos disponibles.
 2. Con su adopción se impulsará un cambio en metodología y actitudes, estimulando el sentido crítico y la participación en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
 3. Relaciona mejor las ciencias básicas con las clínicas, con lo que se logra que exista una retroalimentación permanente de los conocimientos adquiridos.
 4. Permite aumentar las coberturas de atención odontológica dando servicio a un mayor número de personas.
 5. Pone en contacto al estudiante con el paciente desde el inicio de su carrera, lo cual estimula y reafirma las aptitudes vocacionales, logrando además una reducción en el índice de deserción.
 6. Los conocimientos que en un modelo curricular de tipo horizontal se adquieren en forma separada, en un modelo integrador son impartidos con un criterio multidisciplinario de interrelación.
 7. Enseña a laborar dentro de un equipo de trabajo que une esfuerzos en la consecución de un mismo fin.
- 4.3 Características de un modelo de ejercicio profesional para ser desarrollado dentro del diseño curricular de esta Facultad.

Un modelo de ejercicio profesional que sea desarrollado deberá incluir el aspecto preventivo como característica importante.

En segundo término, deberá ser desarrollado para proyectarse como un servicio a la comunidad con una involucración total del recurso humano de la Facultad.

Es necesario estimular la investigación, cambiar las técnicas de enseñanza, propiciando la transferencia de los conocimientos. Se debe procurar utilizar equipo e instrumental simplificados de bajo costo y alta calidad, con tecnología apropiada y de acuerdo a nuestra realidad nacional.

**REPUBLICA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DEL ZULIA**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**"EL PROCESO CURRICULAR EN LA FACULTAD
DE ODONTOLOGIA"**

Ponencia de la Dra. Nola Fonseca de Hernández, Directora de la FO/LUZ

Maracaibo · Estado Zulia

ANTECEDENTES

1. La Odontología ha venido desenvolviéndose en base a la práctica de un servicio, caracterizado por ser:
 - Individualizado
 - Discriminatorio
 - De baja productividad
 - De poca cobertura
 - De altos costos

Orientada hacia el aspecto curativo; casi sin emplear preventivos; que en la práctica pública se limita a las extracciones dentarias y excepcionalmente a Operatoria; caracterizándose por ser una Odontología:

- Mutiladora
 - Traumatizante
 - Dolorosa
2. En cuanto a los centros formadores —docencia—, se caracterizan:
 - Tendencia a la capacitación de Técnicas y Destrezas Manuales.
 - Práctica de la Escolástica.
 - No fomenta la Formación Integral-Sistematizada ni la utilización del método científico.
 - Los Recursos Humanos que forman no responden a las necesidades de salud bucal del país.
 - Estructuras académico-administrativas rígidas (Cátedras-Departamentos)
 - Deficiencias administrativas.
 - Insuficiencia Presupuestaria.

EL PROCESO DE CAMBIO EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

1. La Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia inicia un proceso de cambios filosóficos y estructurales en la década que comienza en el año 1966:
 - El marco de referencia donde se origina todo un proceso de cambios, conceptuales, y estructurales, se centra en los conceptos básicos que explican el *proceso de desarrollo oscila*, determinado por sus relaciones con el *proceso de salud* (sociedad-salud).
 - Dos hechos importantes permitieron orientar y desarrollar la tendencia hacia ese cambio:
 1. Los aportes de los Seminarios de la Enseñanza, Latinoamericanos y Nacionales, de los cuales se recibió la influencia de una corriente progresista que se estaba gestando en varios lugares de Latinoamérica.
 2. El estudio para la Planificación Integral de la Odontología en Venezuela (P.I.O.) realizado en 1967-68 bajo los auspicios del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en colaboración con las Facultades Nacionales de Odontología, el Colegio de Odontólogos de Venezuela y la Asesoría Técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana-OMS.
 - La Facultad de Odontología/LUZ participó activamente en el Estudio, y aportó Recursos Humanos y Financieros en la realización de un diseño para una Investigación Piloto que desarrollara una Metodología que permitiera la Planificación Integral de la Pro-

fesión en sus campos docente, de servicio y gremial funcionando todo como un Sistema.

2. Los datos obtenidos del Estudio, permitieron formular varias conclusiones:
 - Elevadas cifras de morbilidad.
 - Predominio de la Práctica Odontológica privada (15%) - (Pública: 3%). TOTAL = 18% Cobertura.
 - Económicamente inaccesible a las grandes mayorías.
 - Servicios Públicos insuficientes en cantidades, y limitados en la variedad de la asistencia.
 - Ausencia total de Programas de Prevención.
 - Recursos Auxiliares escasos; y
 - Falta de coherencia en los planes de atención odontológica.

MORBILIDAD BUCAL - Caries Dental:

3 años	21% afectados por la enfermedad
6 años	54% afectados por la enfermedad
o sea	1 de cada 2 niños padece la enfermedad
7 años	62% afectados
14 años	88% afectados
	25 años — 95%
	o sea
	solo 4 individuos sanos cada 100 personas

ENFERMEDAD PERIODONTAL

66% de la población padece la enfermedad

Solo 1 De cada 3

Individuos está sano

Oclusión

5 - 8 años aparecen manifestaciones de maloclusión

15 años el 80% presenta algún tipo de alteración

EDENTULOS

20 años = 8% Edéntulos

20 años = 73% necesita algún tipo de Prótesis.

3. Como consecuencia del Estudio, se sugirió:
 - La formulación de una Política de Salud Bucal que normará la Atención Integral de la población, mediante un PLAN CENTRAL UNICO que contemple:
 - Aspectos Preventivos y Curativos adecuados.
 - Prioridades según el Perfil Epidemiológico; y
 - Disponibilidad de los recursos que sean necesarios.
 - Además se recomendó definir como prioritaria la Atención de los niños en edad escolar (7 - 14 años)
 - Desarrollo y aplicación de *Sistemas Educativos* y diseños simplificados de servicio.
4. En reunión del Núcleo de Trabajo del Consejo Nacional de Universidades, Caracas 9-10 de noviembre de 1968, la Facultad de Odontología/LUZ presentó un "Proyecto de Revisión Integral del Pénsum", basado en las recomendaciones del IV Seminario Nacional —Mara-

caibo— donde se aprobó recomendar a la Universidad del Zulia “iniciar en el año 1969 en Plan Experimental de la Enseñanza de la Odontología”, conforme a su Ponencia.

INICIO DEL PLAN EXPERIMENTAL

5. En el año de 1970 la Facultad de Odontología/LUZ modificó su estructura académico-administrativa y se definió como un Centro de Docencia-Investigación y Servicio. Sus actividades se orientan a:
 - La formación de diversos tipos de recursos humanos odontológicos.
 - Al análisis, experimentación y perfeccionamiento de modelos educacionales y de servicio a la atención de la Salud Bucal de todos los integrantes del medio social en que se desenvuelve.
6. En el año 1970 la Facultad de Odontología/LUZ asume la responsabilidad histórica con Venezuela y pone en ejecución “EL PLAN EXPERIMENTAL” que la convierte progresivamente en un Centro de Innovaciones Educativas orientado a la docencia, investigación y servicio del sector salud bucal de la Región Nor-Occidental de Venezuela que le permita desarrollar metodología científica para el diseño de nuevas estructuras docentes, de servicio y organización gremial, que funcionando como un Sistema sean capaces de investigar y dar solución a problemas reales de salud.
7. Entre las tareas más importantes ejecutadas en el año 1970 dentro del nuevo enfoque filosófico; se citan.
 1. Desarrollo en los diseños de los Laboratorios Experimentales de la Comunidad La Rinconada (urbana-marginal, Maracaibo, Edo. Zulia); El Pedregal (área rural concentrada, Edo. Falcón); El Consejo de Ciruma (área rural concentrada, Edo. Zulia); San Felipe, área urbano-marginal, Edo. Lara).
 2. Desarrollo y consolidación de Programas de Investigación, principalmente de Materiales Dentales Preventivos y Restauradores, así como de los Materiales Sellantes de Puntos y Fisuras; Evaluación Clínica de Materiales Dentales; Personal Auxiliar en Odontología y Equipos Odontológicos Simplificados.
1. Entre los años 1973-74 se iniciaron los Estudios Generales en la Universidad del Zulia, y la Facultad de Odontología no recibió promoción de estudiantes en ese año, sino en octubre de 1974. Este tiempo fue aprovechado para una Reformulación Curricular que tomó en cuenta la experiencia de los años 70-73, y con arreglo a la nueva estructura de los mismos Estudios Generales.

DISEÑO CURRICULAR VIGENTE

2. Los lineamientos básicos o ideas centrales, sobre las cuales se construyó el currículum (vigente) fueron:
 - 2.1 La Historia Natural de la Enfermedad y la secuencia Prevención-Curación-Rehabilitación: se hizo coincidir cada uno de los momentos preventivo, curativo y rehabilitador, con cada par de semestres comprendidos entre el 3° y el 8°.
 - 2.2 Basados en los datos del Estudio P.I.O. y de la pirámide poblacional del país, estratificada por edad, se estableció que el universo debería ser el grupo etario niños de 3 a 6 años (necesidades de Prevención) con dentición primaria (Clínica de Comunidad I); y el grupo de 7-14 años, en dentición mixta o permanente joven con prevalencia en demanda de tratamiento preventivo y curativo (Clínica de Comunidad II). (4° y 6° Semestres).

- 2.3 Para el 8vo. Semestre se planificó una Clínica de Atención Integral para niños para la atención de casos más complejos.

PROCESO DE DESARROLLO

Durante los años 1974-75 se crearon las estructuras de docencia servicio siguientes:

- Hospital General del Sur, a nivel de la comunidad y a nivel de Hospital.
- Clínica de Comunidad I "Los Angelitos"
- Clínica de Comunidad II "Lucila Palacios"
- Entre los años 1976-80 fue creada la estructura y funcionamiento de la Secretaría Docente.
- La Facultad de Odontología/LUZ prestó asesoría técnica al "Proyecto Venezuela".
- Se preparó y aprobó el Documento Básico del Instituto de Investigaciones Odontológicas.
- Fue efectuada la III Reunión Internacional de "Innovaciones", que sirvió como mecanismo de evaluación del proceso total.

NUEVO DISEÑO CURRICULAR

1. La estructuración del Diseño Curricular (1985) para poner en vigencia en el año 1986, atiende a una adecuación del Currículum vigente y a la Resolución N°. 227 del 21-10-82, del Consejo Universitario que traza los lineamientos curriculares para toda la Institución.
2. Una síntesis sustancial de la Resolución N° 227, destaca:
 - 2.1 Que la Universidad del Zulia debe poseer una Actitud Crítica frente al *Conocimiento Universal; a la realidad social y a su propio destino.*
 - 2.2 Lograr un Modelo de Educación para el desarrollo autónomo que promueva la ruptura de los esquemas de dependencia.
 - 2.3 Que por medio de la inter-disciplinariedad se garantice la Formación Integral del individuo para su eficiente participación en el contexto socio-histórico del país.
 - 2.4 El ajuste del currículum a las *necesidades reales del país.*
 - 2.5 Que se diseñe el currículum a partir de un Proceso de Evaluación permanente y continuo.
3. Para la Facultad de Odontología/LUZ, esta Resolución 227 plantea el trabajo de una adecuación del Currículum del año 1971 a la orientación y normativa en ella contenida, porque la estructura académico-administrativa de la Facultad de Odontología/LUZ atiende desde el ángulo educativo, como desde los diferentes tipos de servicios de salud, a las características socio-epidemiológicas de la población que conforma la Región Nor-Occidental del país (Zona II de Estudio P.I.O.).
4. Ello permite definir el Marco Referencial del Currículum, así:
 - El Odontólogo General que se propone formar la Facultad de Odontología/LUZ, atiende a un Modelo Educativo que se inserta en la realidad social antes mencionada.
 - Sobre la base de Modelos de Servicios de *Prácticas Odontológicas Alternativas.*
 - Que descansa en la posibilidad de ubicar la *Práctica Profesional* dentro de cauces institucionales de una *Práctica social* emergente.
 - Que experimenta Modelos de *Práctica Profesional*, distintos al tradicional, tratando de construir los mismos, aún en zonas (rural dispersa por ej.), donde las condiciones históricas para lograr esa *Práctica Social* emergente, hubiesen estado diferidas, con toda seguridad.

- Concretamente, se busca con el Nuevo Currículum, la formación de un Odontólogo General capacitado para una Práctica Profesional de:
- Promoción de Salud, Prevención y Recuperación Integral.
- Práctica Odontológica Simplificada, de amplia cobertura.
- Regionalizada en Niveles de Atención Primaria, Secundaria y Terciaria.
- Con desmonopolización del conocimiento con amplia y permanente participación de la comunidad.
- Utilizando Tecnología apropiada.
- Que tiene como estrategia de aprendizaje-enseñanza formativa: la investigación, la docencia y el servicio.

NUEVO DISEÑO CURRICULAR: MODELO EDUCATIVO. PERFIL PROFESIO-GRAFICO

1. El desarrollo de los Recursos Humanos Odontológicos debe orientarse bajo los siguientes Lineamientos del Perfil:
 - Reconocer teoría-práctica la *causalidad* social del proceso salud-enfermedad bucal.
 - Coadyuvar a la Organización de la *Comunidad* para lograr su participación y autodeterminación en el proceso.
 - Desarrollar acciones de *Simplificación de la Práctica*, construyendo una nueva *Práctica Odontológica* dirigida a la universalización de los beneficios.
 - Desarrollar el enfoque *Socio-Epidemiológico* del proceso Salud-Enfermedad Bucal.
 - Búsqueda del conocimiento científico inscrito en el proceso de Investigación Socio-Epidemiológico-Operacional y Biopatológico).
 - Reconocimiento y aplicación del Método Científico en la formación de los Recursos Humanos.
 - Utilización racional de los recursos financieros dedicados a formación y servicios para facilitar la Investigación.
 - Comprender e interpretar la realidad con aplicación de instrumentos científicos-teóricos-metodológicos y estar comprometidos con la transformación de la Salud Bucal.
 - Tener actitud de constante crítica frente a la Práctica Odontológica.
 - El Programa de Formación de Recursos Humanos en Odontología deberá orientarse, integralmente a:
 - la formación científica-técnica y social de los estudiantes.
 - Utilizando Estrategias y Medios para una Enseñanza-Aprendizaje —ESTUDIO-TRABAJO— en SERVICIO.
 - Actuando en una Realidad Concreta-No simulada que le permita la experiencia de la PRACTICA SOCIAL en la prestación de servicio a la Comunidad.
 - Enfatizando aspectos básicos de carácter formativo y operacional para resolver los problemas de Salud Bucal, trabajando en Equipo, con criterio Preventivo y Capacidad para continuar perfeccionándose.

NUEVO DISEÑO CURRICULAR: MODELO EDUCATIVO: EJES PROGRAMATICOS

- Por definición, el Diseño Curricular de la Facultad de Odontología/LUZ, es un compromiso con la transformación cuali-cuantitativa de las condiciones de Salud Bucal de la población venezolana:

- Plantea la necesidad de la formación de los Recursos Humanos y la producción de conocimientos científicos como un proceso de integración Investigación-Docencia-Asistencia donde el conocimiento se ha organizado en función de los diferentes niveles de complejidad y de atención, según la realidad socio epidemiológica de la Región y el País.
- Se definen tres niveles de complejidad:
 - Primer Nivel* que corresponde a las áreas de Formación General y Formación Profesional Básica.
 - Segundo Nivel* que comprende las áreas de Formación Profesional Específica y Práctica Profesional.
 - Tercer Nivel* que corresponde a las áreas de Formación Profesional Específica y Práctica Profesional.
- Estos tres niveles de formación permiten la organización de las diferentes disciplinas (Cátedras) en torno a tres Ejes Programáticos:
 1. Eje de Bio-Patología
 2. Eje de Práctica Social
 3. Eje de Preparación para el Ejercicio Profesional

EJES PROGRAMATICOS

1. Eje de Bio-Patología:

- Comprende las Asignaturas Básicas de las Ciencias Biológicas Médicas y constituye la base fundamental de los Estudios Bio-Patológicos:
 - estructurales normales del ser humano
 - cambios micro-macroscópicos producidos en ellos
 - alteraciones de las estructuras por agresión de agentes externos y/o internos.
 - la auto-agresión tanto macro como microscópica.

2. Eje de Práctica Social:

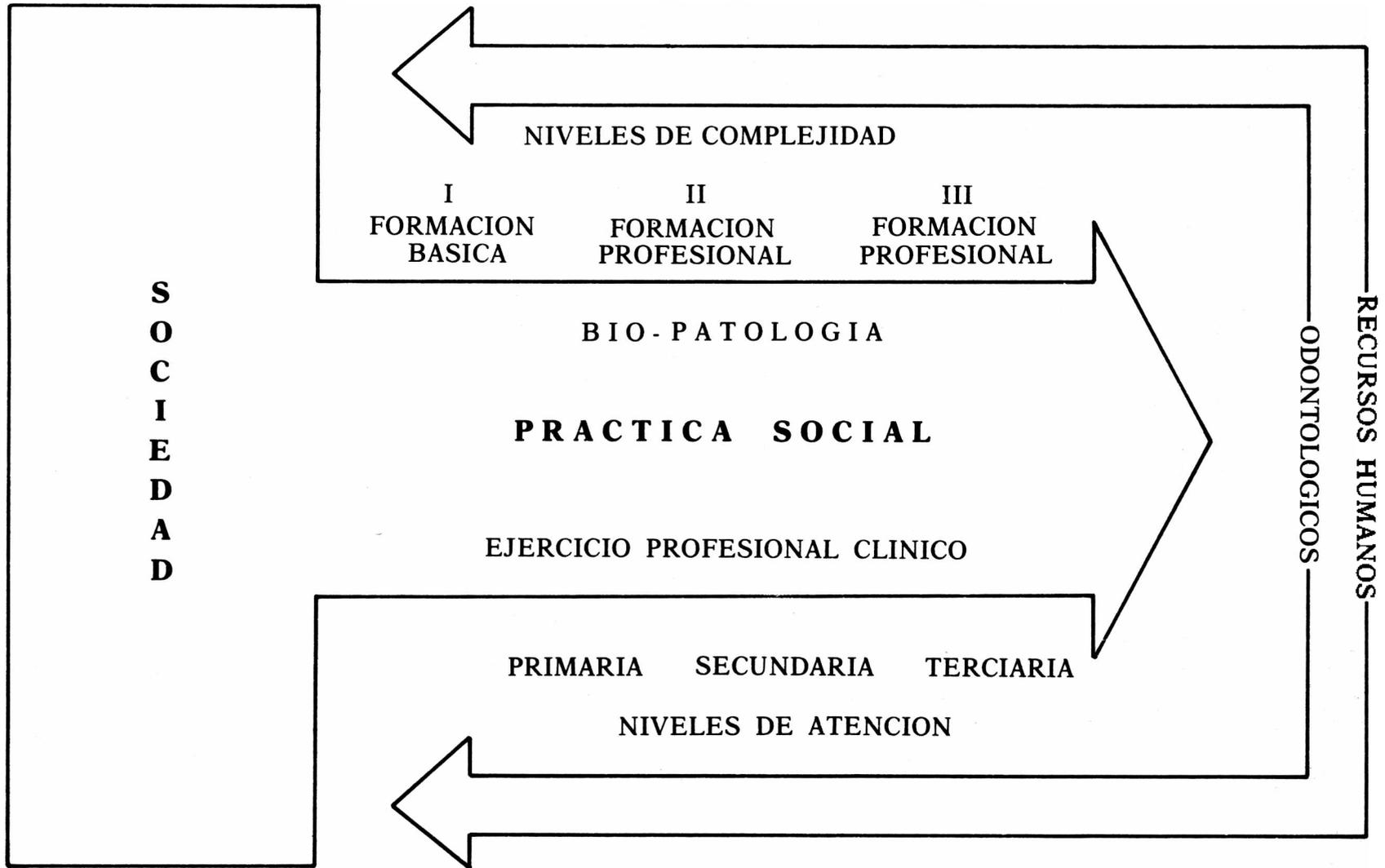
- Permite comprender que el proceso Salud-Enfermedad es resultante de la inter-acción del hombre con el medio social.
- Este Eje desarrollado progresivamente en tres niveles de atención: Primario-Secundario y Terciario (3° al 10° Semestre).
- Se define por las actividades de Investigación y Trabajo Técnico que permita transformar la Atención de Salud en correspondencia directa con las condiciones económicas-sociales de una determinada comunidad.

3. Eje de preparación para el Ejercicio Profesional:

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

PROCESO EDUCATIVO

UNIVERSIDAD DEL ZULIA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



MODELO OPERATIVO DE INTEGRACION: DOCENCIA-SERVICIO- INVESTIGACION

1. Subsistema de Salud Bucal inscrito en el Sistema Nacional de Salud (S.N.S.):
 - 1.1 Como estrategia se establece la incorporación del componente Salud Bucal en el S.N.S. que sigue los siguientes lineamientos:

Fundamentos de la Política de Salud Bucal:

 - a) Investigación de la Atención Bucal
 - b) Prevención masiva
 - c) Participación Activa de la Comunidad
 - d) Integración Docencia-Servicio-Investigación.
 - 1.2 La política de Salud Bucal se orienta en un **Modelo Práctico:**
 - Regionalizado con énfasis en la Atención Primaria. Con participación activa de la comunidad.
 - Énfasis en la formación de Recursos Humanos acordes con los Niveles de Atención del Modelo.
 - Distribución y redistribución de funciones de Recursos Humanos acordes con el enfoque de Modelo Regionalizado y diseño por niveles.
 - Fundamentado en la realidad concreta (Investigación), así el conocimiento generado permite la determinación de acciones del plan y su evaluación.
 - Énfasis en la Atención Primaria: Educación y Prevención con Programas Específicos.

Este modelo integrado de atención debe insertarse como un subsistema de salud dentro del Sistema Nacional, cuya política de salud bucal tiene los siguientes componentes:

- a) **La investigación**, como base para conocer las condiciones de salud bucal, desarrollando las áreas de investigación socio-epidemiológica, clínico-patológico y operacional. Para el desarrollo de este componente, se han establecido las siguientes estrategias:
 1. Crear grupos de trabajo inter-institucional y multi-disciplinario para formular la política y los lineamientos de investigación en salud oral.

Establecer las prioridades y los criterios para el desarrollo de proyectos e identificar fuentes de financiamientos y cooperación técnica nacional e internacional.
- b) **Prevención Masiva.** En relación con este componente se desarrollarán actividades de: Promoción, Educación y Prevención; utilizando como estrategias para lograrlo: 1) la creación de un Comité para el Desarrollo de la Prevención masiva, el cual establecerá o reforzará la inter-acción entre los Ministerios de Sanidad y Educación, para el desarrollo de la prevención a nivel escolar; por lo cual, se espera establecer un mecanismo permanente y dinámico que garantice la operación coordinada entre los diferentes niveles de los dos Ministerios.
 2. Reforzar y garantizar la ejecución y control del Programa de Fluoruración de las aguas de consumo.
 3. Identificar fuentes nacionales e internacionales de cooperación técnica y financiera para la masificación de la prevención.
- c) **Participación activa de la comunidad**

Para este componente se ha definido promover dentro de los distintos niveles de decisión del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, la incorporación de acciones de salud oral como un componente de la atención primaria. Se espera con ello una participación activa de la Odontología en la comunidad.

d) **Integración**

La integración de la docencia, del servicio, la investigación y el gremio, se establece como actividad fundamental para poder cumplir la política de salud oral definida. Para ello, se establecerán Convenios de Integración entre Instituciones de Servicio y las Universidades, con el apoyo gremial.

Se ha determinado como estrategias para alcanzar este objetivo, la creación de un Comité de Docencia-Servicio que se encargue de la Programación conjunta de las acciones odontológicas docentes-asistenciales y de su incorporación en todos los niveles de atención.

Todo este esfuerzo de los Comités y Grupos de Trabajo para apoyar el Proceso de desarrollo de la salud oral en Venezuela, se motorizará por un "Núcleo para el desarrollo de la Salud Oral", con características interinstitucional, y multidisciplinario para garantizar la incorporación del componente de salud oral en el Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud actualmente en discusión por el Congreso de la República a propuesta del Ejecutivo Nacional, establece en sus principios y fundamentos la atención regionalizada y por niveles; para lo cual las Instituciones de Salud, están comprometidas a un programa único.

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

En el segundo nivel, se prevé la investigación operativa y el tratamiento odontológico básico; ejecutado en la red asistencial y en las Facultades y Escuelas de Odontología, por los Odontólogos, las auxiliares y los estudiantes.

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

La operacionalización del modelo de integración docencia-servicio-investigación en el Zulia, se desarrollará mediante la creación de una infraestructura programática conformada por un núcleo intra-facultad y 4 núcleos periféricos, todos con iguales características en cuanto a espacio físico, dotación clínica y programación para dar inicio al proceso de integración docente-asistencial de acuerdo a la política de salud oral definida para el país y dentro del marco del Sistema Nacional de Salud que es la estructura de soporte del nuevo diseño curricular.

El apoyo del Modelo Operativo y siguiendo la política definida por la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, se realizó en 1985 una investigación socio-epidemiológica para actualizar y completar la información existente con miras a proporcionar información de base el diseño y contenidos del Modelo; para evaluar los cambios; probar la metodología y obtener información sobre otros aspectos no conocidos.

Sus resultados nos permitieron determinar: 1) los niveles de la Patología Bucal en cuanto a la enfermedad caries dental, enfermedad periodontal, necesidad de rehabilitación, disfunción de A.T.M. y otras patologías.

2. Construir los mapas socio-epidemiológicos correspondientes a las áreas geográficas sede de los núcleos periféricos en el Distrito Maracaibo; objetos de la investigación experimental, supuesta a transferir de manera extensión a los restantes Distritos del Estado Zulia.
3. Adecuación de la programación de la atención, en función del dato socio-epidemiológico obtenido.

**IV CONFERENCIA OFEDO - UDUAL
LIMA-PERU, 15-19 MARZO 1987**

**EL PROCESO DE PERFECCIONAMIENTO
CURRICULAR EN LA FACULTAD DE
ODONTOLOGIA DE NICARAGUA**

DR. ALDEN HASLAM PINEDA

**Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma
Nicaragua (UNAN-LEON)**

**Presidente de la Federación Odontológica de Centro América y Panamá
(F.O.C.A.P.)**

Partiendo de la caracterización antes expuesta y enmarcados en los fines, objetivos y principios de la nueva educación, se procedió a la validación de los programas del plan de estudios vigentes, lo cual permitió la elaboración del modelo del profesional y, por lo tanto, la de su correspondientes plan de estudio, que entrará en vigencia a partir del año académico 1987.

III. MODELO DEL PROFESIONAL:

Objetivos Generales:

- a) Formar un profesional de la Odontología de práctica general con una sólida preparación científico-técnica y socio-política, que le permita trabajar para la colectividad, con un profundo y crítico espíritu social y humanístico, considerando al hombre como un ser bio-social.
- b) Proporcionar los conocimientos necesarios que le permitan desempeñarse adecuadamente en la administración de los servicios de Salud.
- c) Contribuir a la formación en el futuro profesional, de una concepción científica del mundo y dominio de la metodología de la investigación y del autoaprendizaje, que le permitan desarrollar un interés cognoscitivo por los avances de la ciencia y de la técnica y aplicarlos en forma creativa.
- d) Desarrollar en el estudiante capacidades que le permitan promover el cambio de actitudes en grupos de población, relativas a la educación para la salud bucal.

**MODELO DEL PROFESIONAL
CARRERA ODONTOLÓGICA**

CARGOS Y FUNCIONES	SABER HACER	SABER	CONOCER
Asistenciales:			
<ul style="list-style-type: none"> — Prestar servicios de Salud Oral a la población Nicaragüense, de acuerdo a los niveles de prevención en los diferentes niveles de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> — Promover la Salud Oral. — Aplicar las medidas de protección específica en relación a los principales problemas de Salud Oral de la población Nicaragüense.¹ — Diagnosticar las afecciones del sistema estomatognático. — Indicar el tratamiento adecuado a las afecciones del sistema estomatognático. — Aplicar las medidas terapéuticas de recuperación y rehabilitación del sistema estomatognático. 	<ul style="list-style-type: none"> — Explicar los medios de transmisión de conocimientos para la promoción de Salud Oral. — Indicar la nutrición adecuada. — Explicar las diferentes técnicas para la prevención de las enfermedades orales de mayor prevalencia en la población. — Dominar los métodos y técnicas para el diagnóstico y tratamiento de las afecciones del sistema estomatognático. — Métodos y Técnicas de recuperación y rehabilitación estomatológicas. 	<ul style="list-style-type: none"> — Conocer el origen, desarrollo, estructura y funcionamiento del ser humano. — Conocer los conceptos de salud-enfermedad y sus determinantes históricos sociales. — Conocer la relación huésped parásito-ambiente. — Conocer los mecanismos de defensa del huésped. — Conocer las alteraciones de estructura y funcionamiento del ser humano.
Administrativas:			
<ul style="list-style-type: none"> — Administrar unidades organizativas y programas de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> — Elaborar planes de trabajo. — Hacer uso adecuado de los recursos. — Ejecutar planes de trabajo. — Controlar los planes y programas de desarrollo. — Aplicar la política de formación de cuadros administrativos. 	<ul style="list-style-type: none"> — Tener dominio de los fundamentos, procedimientos, y técnicas de la administración en salud. — Interpretar y analizar los principios y políticas de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> — Conocer las características Biosocio-culturales de la población nicaragüense. — Conocer la teoría general de la administración en salud. — Conocer la teoría general de la administración en salud. — Conocer la estructura y funcionamiento del sistema Nacional Único de Salud. — Conocer los principios y políticas de salud. — Conocer los planes y programas de salud.

Con esta transformación curricular los alumnos ingresaron desde el primer semestre a la carrera, ya que fue eliminado el semestre básico del plan anterior. Entre los logros y dificultades del plan 82 podemos señalar los siguientes:

a) Logros:

- Inclusión del Trabajo de Diploma en el Plan de Estudios de la carrera.
- Mayor precisión en la definición del Eje Estudio-Trabajo como forma de vinculación de la teoría con la práctica.
- Inclusión de la asignatura Educación Física en el plan de estudio.
- Inclusión de asignaturas del área ideológica.
- Introducción temprana de los estudiantes a la práctica clínica de la Odontología.

b) Dificultades:

- Escasez de recursos docentes con la experiencia necesaria para dirigir a los estudiantes en la elaboración de su Trabajo de Diploma.
- Insuficientes recursos humanos e instalaciones físicas para el adecuado desarrollo de la Educación Física.
- Las limitaciones económicas existentes no permitieron la adquisición de libros de texto, así como equipo, instrumental y materiales necesarios.

A partir del año 1985, el Consejo Nacional de Educación Superior (CNES) orientó poner en marcha el proceso de perfeccionamiento curricular, que conduciría a la aplicación de nuevos planes de estudios en todas y cada una de las carreras universitarias, a partir del curso académico 1987.

En este documento se presentan los aspectos esenciales del perfeccionamiento curricular, elaborado por la Comisión de Carrera de Odontología.

II. ANALISIS DEL CAMPO DE ACCION EN QUE SE VA A DESEMPEÑAR EL GRUADO:

Para la caracterización de la profesión odontológica en Nicaragua, se procedió a recoger información en diferentes instancias, siendo la principal de ellas el Ministerio de Salud, a través del Departamento de Salud Bucal, el cual constituye el organismo rector de la política nacional de Salud Bucal, así como de los planes y programas.

También fueron encuestados odontólogos que laboran en distintas instituciones y que ejercen funciones en diferentes niveles y áreas de la Odontología. Asimismo, proporcionaron información odontólogos de práctica privada.

En base a los datos obtenidos se considera que la profesión odontológica, en este momento histórico, se caracteriza por cierto grado de promoción de salud y algunas medidas de protección específica relativas a la prevención de las caries dental.

En lo que respecta a la atención brindada a la población, ésta generalmente se limita al saneamiento básico.

En un porcentaje reducido de la población se realizan algunos tratamientos en áreas específicas de la Odontología, como son Endodoncia, Periodoncia y Prótesis.

Dentro de las perspectivas a mediano y largo plazo está la de ampliar las medidas preventivas y ofrecer un tratamiento integral a la población, para lo cual se prevé el desarrollo de especialidades odontológicas tales como Odontopediatría, Ortodoncia, Periodoncia, Endodoncia y Prótesis, ya que actualmente sólo se ofrece la especialización en Cirugía Maxilo-Facial.

I. INTRODUCCION

La Facultad de Odontología se fundó en 1954, con ello se viene a dar respuesta, en cierta medida, a la necesidad de formación de recursos humanos en salud bucal.

Los planes de estudio y programas de las asignaturas, no correspondían a la realidad de la problemática de salud-enfermedad bucal de la población nicaragüense. Tampoco estaba acorde con esa realidad, el número de profesionales en formación.

En el transcurso de los años, desde la fundación de la Facultad hasta el triunfo de la Revolución Popular Sandinista (1979), se efectuaron algunas modificaciones curriculares, las que tampoco obedecieron a estudios de la situación histórico-concreta.

Es a partir del triunfo revolucionario que se dan los primeros pasos, para una verdadera transformación curricular en base a la realidad económico-social del país.

En 1980, la Educación Superior se abocó a la tarea de iniciar el primer proceso de transformación curricular, en el cual se involucraron todas las carreras universitarias del país.

Para desarrollar dicho trabajo se constituyeron las Comisiones de Transformación Curricular (C.T.C.), culminándose con la elaboración de los documentos relativos al perfil ocupacional, plan de estudio y programas de asignaturas.

De los resultados de esa transformación, que se puso en práctica a partir del curso académico 1980-81, se pueden señalar los siguientes logros y dificultades.

a) Logros:

- Eliminación del sistema de créditos y requisitos.
- Sustitución del año de estudios generales por el semestre básico.
- La elaboración de planes de transición, para los estudiantes de años superiores que aún estaban con el sistema de créditos y requisitos.
- Prácticas de producción dentro del plan de estudios.
- Implementación de la nueva metodología docente.
- Inicio del proceso de integración en las asignaturas con práctica clínica.

b) Dificultades:

- Querer realizar la integración en las preclínicas.
- Inclusión de internado hospitalario y práctica hospitalaria sin contar con las condiciones necesarias (infraestructura).
- Eliminación de algunas asignaturas necesarias.
- Inclusión de asignaturas que no se impartieron por falta de recursos humanos (seminario sobre la problemática actual).
- Distribución inadecuada del tiempo para las formas organizativas de la enseñanza.
- Repetición de contenidos y falta de articulación entre los mismos.
- Enciclopedismo en el contenido de algunas asignaturas.
- La bibliografía que se orientó para este plan no se encontraba al alcance de los estudiantes y a veces ni del profesor.

Este plan de estudios se aplicó a una sola generación de estudiantes de manera que, para el curso 1982, se llevó a cabo una nueva transformación curricular en todas las carreras universitarias del país.

Para la Transformación Curricular de 1982, se contó con una metodología más elaborada y mayor disponibilidad de tiempo, lo que permitió poder realizar un trabajo de mejor calidad.

CARGOS Y FUNCIONES	SABER HACER	SABER	CONOCER
<p style="text-align: center;">Investigativas</p> <ul style="list-style-type: none"> — Dirigir y/o participar en proyectos de investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> — Elaborar Protocolos de investigación. — Ejecutar las etapas operativas, discusión y análisis de una investigación. — Redactar el informe final de un trabajo científico. 	<ul style="list-style-type: none"> — Identificar los problemas de mayor importancia en estomatología. — Dominar los métodos y técnicas para el diseño y ejecución de proyectos de investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> — Conocer el método científico. — Conocer la planificación de las investigaciones. — Conocer la presentación y análisis de datos.
<ul style="list-style-type: none"> — Educación de la población nicaragüense para elevar los niveles de Salud Oral. 	<ul style="list-style-type: none"> — Elaborar y ejecutar programas educativos que contribuyen al mejoramiento sostenido de la Salud Oral de la población. — Impartir docencia en sus diferentes formas organizativas de la enseñanza. 	<ul style="list-style-type: none"> — Interpretar las políticas y planes de salud, en particular de Salud Oral. — Determinar las técnicas educativas y de comunicación con grupos de población. 	<ul style="list-style-type: none"> — Conocer las características Biosocio-epidemiológicas de la población. — Conocer las políticas, planes y programas de Salud, en particular de Salud Oral. — Conocer la estructura organizativa de gobierno y de las organizaciones de masas.

IV. PLAN DE ESTUDIO:

CONTENIDO GENERAL DEL PLAN DE ESTUDIOS

DISCIPLINAS BASICAS:

FILOSOFIA
HISTORIA DE LA REVOLUCION POPULAR SANDINISTA
EDUCACION FISICA
MATEMATICA
INTRODUCCION A LA ODONTOLOGIA
IDIOMA EXTRANJERO
BIOLOGIA GENERAL

DISCIPLINAS BASICAS ESPECIFICAS:

ANATOMIA
EMBRIOLOGIA
FISIOLOGIA
HISTOLOGIA
BIOQUIMICA
MICROBIOLOGIA
PATOLOGIA
FARMACOLOGIA
EPIDEMIOLOGIA
TEORIA DE LA SALUD
EDUCACION SANITARIA
ANATOMIA DENTAL
BIOESTADISTICAS
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION
PROPEDEUTICA CLINICA
MATERIALES DENTALES

DISCIPLINAS DEL EJERCICIO PROFESIONAL:

ROENTGENOLOGIA
ORTODONCIA
PERIODONCIA
ENDODONCIA
ODONTOPEDIATRIA
OPERATORIA DENTAL
PROSTODONCIA
CIRUGIA ORAL
ANESTESIOLOGIA
ODONTOLOGIA PREVENTIVA
ADMINISTRACION EN SALUD
ODONTOLOGIA SANITARIA

PLAN DE ESTUDIO 1987

CURSO I SEMESTRE 1

FILOSOFIA	4	h/s
MATEMATICA BASICA	8	h/s
BIOLOGIA GENERAL	6	h/s
INTRODUCCION A LA ODONTOLOGIA	4	h/s
EDUCACION SANITARIA	4	h/s
EDUCACION FISICA I	2	h/s
TOTAL	28	h/s

SEMESTRE 2

FILOSOFIA II	4	h/s
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	4	h/s
BIOQUIMICA I	6	h/s
ANATOMIA HUMANA I	6	h/s
HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCODENTAL	6	h/s
EDUCACION FISICA II	2	h/s
TOTAL	28	h/s

CURSO II

SEMESTRE 3

ANATOMIA HUMANA II	6	h/s
IDIOMA EXTRANJERO I	4	h/s
BIOQUIMICA II	6	h/s
FISIOLOGIA GENERAL	6	h/s
HISTORIA DE LA REVOLUCION	4	h/s
ODONTOLOGIA PREVENTIVA I	4	h/s
TOTAL	30	h/s

SEMESTRE 4

ANATOMIA DENTAL	4	h/s
IDIOMA EXTRANJERO	4	h/s
MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	6	h/s
PATOLOGIA GENERAL	6	h/s
PROPEDEUTICA CLINICA	6	h/s
ODONTOLOGIA PREVENTIVA II	4	h/s
TOTAL	30	h/s

CURSO III

SEMESTRE 5

IDIOMA EXTRANJERO III	4	h/s
FARMACOLOGIA	4	h/s
PATOLOGIA ORAL I	6	h/s
ANESTESIOLOGIA	4	h/s
ROENTGENOLOGIA	4	h/s
OPERATORIA DENTAL	6	h/s
TOTAL	28	h/s

S E M E S T R E 6

TERAPEUTICA	4	h/s
PATOLOGIA ORAL II	6	h/s
PERIODONCIA	6	h/s
ENDODONCIA	6	h/s
CLINICA INTEGRADA I	6	h/s
CIRUGIA ORAL I	4	h/s
TOTAL	32	h/s

CURSO IV

SEMESTRE 7

TEORIA DE LA SALUD	2	h/s
EPEDEMIOLOGIA GENERAL	4	h/s
ODONTOPEDIATRIA I	4	h/s
PROSTODONCIA I	8	h/s
CLINICA INTEGRADA II	8	h/s
CIRUGIA ORAL II	6	h/s
TOTAL	32	h/s

SEMESTRE 8

BIOESTADISTICA	4	h/s
ODONTOPEDIATRIA II	4	h/s
ORTODONCIA	6	h/s
PROSTODONCIA II	6	h/s
CLINICA INTEGRADA III	8	h/s
CIRUGIA ORAL III	4	h/s
TOTAL	32	h/s

CURSO V

SEMESTRE 9

ODONTOLOGIA SANITARIA	4	h/s
MONOGRAFIA	4	h/s
ADMINISTRACION EN SALUD	4	h/s
CLINICA DE ODONTOPEDIATRIA I	6	h/s
CLINICA INTEGRAL I	6	h/s
CLINICA DE PROSTODONCIA TOTAL	4	h/s
TOTAL	28	h/s

SEMESTRE 10

CLINICA DE ODONTOPEDIATRIA II	6	h/s
CLINICA INTEGRAL II	6	h/s
TRABAJO MONOGRAFICO		
TOTAL	12	h/s

PRACTICAS DE PRODUCCION

Están constituidas por las actividades del Programa Estudio-Trabajo, el cual se concibe como el eje integrador del currículum.

Las prácticas de Producción se dividen en dos grandes áreas a saber:

- a) Prácticas de familiarización (I y II año)
- b) Prácticas de Profesionalización (III, IV y V año)

El Programa Estudio-Trabajo se desarrolla a lo largo de dos semestres de cada curso académico, comprendiendo para cada año un fondo de tiempo total equivalente a cinco semanas.

Es a través de este programa que se ha venido desarrollando el proceso de integración Docencia-Servicio, en el cual los estudiantes se encuentran en un régimen de aprender haciendo y hacer transformando.

**LA TECNOLOGIA EN LA PERSPECTIVA DEL CAMBIO EN SALUD: UN
ANALISIS CRITICO
DR. MIGUEL RODRIGUEZ R.
FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
QUITO-ECUADOR, 1987**

TEMA II: "LA TECNOLOGIA EN LA PERSPECTIVA DEL CAMBIO EN SALUD: UN ANALISIS CRITICO". DR. MIGUEL RODRIGUEZ (*)

1. ANTECEDENTES

La "Primera Conferencia de Facultades Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina", realizada en Santo Domingo-República Dominicana (1980), preocupada por el avance científico, técnico y social de la odontología planeó en su agenda: "La producción de conocimientos para la práctica odontológica en América Latina", lo que implicó un análisis de la relación teoría-práctica. En este sentido se recomendó:

"Un esquema operacional que permita planificar y ejecutar distintos tipos de investigación comprendidos en el campo odontológico, en forma ordenada y articulada. Se aprobó que el esquema operacional debe comprender tres niveles diferenciados pero complementarios entre sí.

- a) Investigación socio-epidemiológica
- b) Investigación clínico-patológica
- c) Investigación biopatológica.

Así pues la discusión separada de la formación de recursos humanos, de la práctica profesional y del saber científico, nos llevó a contemplar estas tres variables como parte de una totalidad histórica estructural, donde se da una correlación coherente entre las partes y el todo (y vice-versa).¹

Se recomendó además que la producción de conocimientos odontológicos debe buscarse **TECNIFICANDO EL "ACTO" ODONTOLOGICO** a través de la investigación de "TECNOLOGIA APROPIADA".

2. SITUACION ACTUAL

El carácter dependiente de nuestro desarrollo es una de las razones fundamentales para que no se pueda cumplir en debida forma el objetivo de producir conocimientos que **EXPLIQUEN** el comportamiento de la naturaleza, de la sociedad, del proceso salud-enfermedad y de sus respectivas **PROPUESTAS** de **TRANSFORMACION**.

Es manifiesto que la sociedad no demanda mayormente **CONOCIMIENTO CIENTIFICOS Y TECNOLOGIA** a las facultades de Odontología las que generalmente provienen del exterior a través de la **COMPRA** de equipos, licencias, marcas, sistemas de administración, etc., lo que ha determinado que las facultades de Odontología se conviertan en **LEGITIMADORES** de conocimientos y tecnologías extrañas.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

"La Tecnología en la perspectiva del cambio de salud: Un Análisis Crítico".

4. PROPOSITO GENERAL

Contribuir a formar el marco teórico-metodológico que permita la producción de tecnología para el cambio en salud.

(*) Profesor Principal del Area Preventiva y Social, Docente del Instituto Superior de Investigación de la Facultad de Odontología (I.S.I.F.O)

1. Boletín OFEDO-UDUAL, Volumen: 1 N° 1, Junio, 1981, Pág. 26.

5. ANALISIS

5.1 Partimos de una base TEORICO-METODOLOGICA cuyo carácter científico se debe tanto al MATERIALISMO DIALECTIVO como al HISTORICO que nos permite un conocimiento OBJETIVO de la realidad, UNIDAD, a estudiar el PROCESO salud-enfermedad no aislado sino en INTERACCION con otros procesos.

5.2 PRODUCCION DE CONOCIMIENTOS (Anexo 1)

“La posibilidad de transformar conscientemente la realidad o sea de dirigir los cambios, esta en relación directa con la posibilidad de conocer objetivamente esa realidad. Este es el fundamento de la estrecha relación que existe entre Teoría, el Método y las Técnicas, en su conjunto es lo que constituye la Ciencia.”²

Conocimientos que no sólo son para describirla sino para EXPLICARLA, buscando su funcionamiento, sus relaciones internas y externas, su movimiento su TRANSFORMACION.

La solución de cualquier problema se lo hace a través de una TEORIA. Para el estructuralismo el conocimiento se desarrolla a través del perfeccionamiento de modelos, principio que utilizado por la Odontología ha producido una serie de MODELOS DE ATENCION (atención primaria?) que han sido planteados sin partir de una realidad concreta, como una operación teórica, por lo cual se han ido sustituyendo unos por otros, sin que exista la confrontación necesaria (MODELO-REALIDAD).

5.3 IDEOLOGIA-TEORIA-PRACTICA (Anexo 2)

El proceso salud-enfermedad esta involucrado a la estructura de clases y la PRACTICA de las ciencias de la Salud (PROFESIONALES) defienden los intereses de determinada clase, su posición es Ideológica y en la mayoría, sólo es la NECESIDAD DE APARENTARLA de ahí que depende sólo de la TECNICA en desmedro de la teoría y el método.³

“Todas las ciencias sirven a la IDEOLOGIA y se desarrollan más aquellas especiales al servicio de la IDEOLOGIA DOMINANTE porque todos los recursos técnico-empíricos están en manos de dicha clase dificultándose entonces las comprobaciones, en la práctica, de nuevas teorías. Sucede entonces que no solamente las teorías de moda como elementos supra-estructurales de la ideología dominante, sino también los recursos TECNICOS (y los “datos”) empíricos están CONTROLADOS por la clase dominante.

Las clases dominantes “supranacionales ya no sólo nacionales, pueden dominar valiéndose de la CIENCIA y la TECNOLOGIA y de su TRANSFERENCIA”⁴, se transfiere sólo las MERCANCIAS RELATIVAS A LA TECNOLOGIA, y no a la MATRIZ CIENTIFICA QUE LAS GENERA.

Cada ideología produce SUS teorías, SUS TECNICAS y se desarrollan como productos supraestructural, de ahí que la ideología de cada clase social genera sus teorías SU TECNOLOGIA que en el industrialismo capitalista se convierte en “MERCANCIAS” para las clases dominantes, de ahí que la POLITICA TECNOLOGICA la utilizan en la medida que les permite su capitalización, “este sentido UTILITARISTA hace que todo lo que tenga aplicación INMEDIATA sea denominado TECNOLOGIA y lo contrario TEORICO.”⁴

2. TECLA A. “Teorías Métodos y Técnicas en la Investigación Social” ediciones de Cultura Popular. México 2a. 1975. Pág. 11.

3. Rodríguez Miguel “Producción de conocimiento para la Práctica Odontológica en América Latina, Ponencia Oficial OFEDO-UDUAL. 1980. República Dominicana.

4. Hermida César “El Método en Investigación y en Administración para la Salud. Quito. Ecuador 1983. pág. 483

Por lo mencionado anteriormente es un error querer una INTERPRETACION peor UNA TRANSFORMACION del proceso salud enfermedad con una práctica que no nos corresponde, que es producto de una ideología extraña o alienante. ideología extraña o alienante.

El criterio de verdad de la teoría, es la práctica, práctica que en el industrialismo capitalista se manifiesta por estudios parciales, sin la visión de la realidad social como unidad, al proceso salud-enfermedad lo aísla y considera básicamente sus mediciones, para lo cual requiere de su TECNOLOGIA, la que al ser fruto de una interpretación científica fracasa en su intento de CAMBIAR (NO TRANSFORMAR) el proceso vital S-E, dando soluciones parciales y superficiales que en el mejor de los casos intenta adaptarse a las NECESIDADES DEL SISTEMA, este fundamento nos permite observar con mayor claridad la confusión cuando en la primera conferencia OFEDO-UDUAL (1980) planteamos que "la producción de conocimientos odontológicos debe buscarse TECNIFICANDO EL ACTO odontológico a través de TECNOLOGIAS APROPIADAS", lo que constituye una simple adaptación.

5.4. LA TECNOLOGIA APROPIADA

5.3.1 Método Científico:

Es notorio que se insiste que "UNA" de las más importantes "TECNICAS APROPIADAS" es dominar "MEJOR" la teoría y la práctica del "METODO CIENTIFICO" y que su aplicación CORRECTA A nuestra realidad hará posible conocer sus VERDADEROS problemas estomatológicos. La anterior propuesta constituye una equivocación porque el dominar el método científico en su teoría y práctica nos lleva a una pregunta necesaria si el capitalismo y el socialismo DOMINAN el método científico, en dónde está la diferencia?... en la ideología, factor que no se quiere abordar en los foros internacionales y que debe ser el fundamento de la OFEDO-UDUAL.

Al considerar tecnología apropiada, se cometen equivocaciones al confundir METODO, TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

En su sentido general el METODO esta constituido por el conjunto de OPERACIONES INTELLECTUALES, punto de vista filosófico que define la POSICION DE LA MENTE ANTE EL OBJETO, EL METODO ES LA ACOMODACION INTELLECTUAL AL OBJETO (no a la inversa), como sucede con ciertos sistemas de atención).

"Los métodos se diferencian de los PROCEDIMIENTOS porque éstos son etapas operacionales limitadas, para conseguir fines concretos. Estos procedimientos son los medios de la investigación cuando estos han sido concretados.⁵

La escuela norteamericana utiliza el término PROCEDIMIENTO en el sentido en que nosotros empleamos la palabra METODOS.⁶ La diferencia en el concepto METODO Y PROCEDIMIENTO tiene una explicación IDEOLOGICA. La palabra METODO se comprende cuando se le circunscribe en la TEORIA Materialismo Dialéctico y PROCEDIMIENTO en la TEORIA Idealista.

El método se diferencia de las técnicas aunque las usan como sinónimos, esta

5 Labastida de Edgar: "Metodología de la Investigación" Fac. de Arquitectura y Urbanismo, Universidad Central del Ecuador. Pág. 31

6 Mc Kinney (Methodology, Procedures and Técnicas), Pág. 186, distingue cinco procedimientos que integra la metodología de las ciencias: estadístico, experimental, tipológicos, histórico y el estudio de casos.

confusión se debe a que están íntimamente ligadas y también tienen una diferencia ideológica.

Las técnicas son procedimientos operativos rigurosos, definidos, susceptibles de ser aplicadas de nuevo en la mismas condiciones, son sólo INSTRUMENTOS puestos a la disposición de la PRACTICA, ORGANIZADOS por el Método y dirigidos por una ideología para conseguir el FIN PROPUESTO, es esta nuestra visión, para que la Tecnología contribuya en el cambio de salud.

5.3.2 SIMPLIFICACION Y DESMONOPOLIZACION

Al plantearlos como tecnología para acercarse al conocimiento de la realidad objetiva y ser considerados como solución VERDADERA a los problemas de la estomatología (por ende sociales), volvemos a incurrir en error, porque significan valernos de PROCEDIMIENTOS SIMPLES, COMPRENSIBLES, ajenos a la TOTALIDAD de la realidad.

“El principio de totalidad concibe a la realidad como una estructura en la que sus partes están interrelacionadas y regidas por contradicciones. Nos da una visión completa del fenómeno, completa no en el sentido de que abarque todos los hechos sino sólo aquellos que son esenciales y que revelan el significado de la estructura.

La diferencia no es una reducción como se pretende (simplificación) lo que puede traer el empobrecimiento de la realidad. Con la categoría de totalidad constituida por estructuras y regida por contradicciones, no se rompe el vínculo entre lo universal y lo particular entre la esencia y el fenómeno entre la forma y el contenido, es por el contrario, su unidad dialéctica.

“En el estructuralismo de Levi-Strauss la explicación científica, no consiste en el paso de la COMPLEJIDAD A LA SIMPLICIDAD, sino en la SUSTITUCION de una COMPLEJIDAD MENOS INTELIGIBLE por otras MAS INTELIGIBLES,⁷ observamos en lo expuesto anteriormente que al hablar de TECNOLOGIA APROPIADA, existe confusión pues no se concuerda ni con la escuela estructuralista, ni con el materialismo dialéctico ya que este es extraño a cualquier REDUCCION de la realidad.

La simplificación ligada a la desmonopolización lleva a un conocimiento RELATIVO y pierde la posibilidad del CONOCIMIENTO CIENTIFICO del proceso S-E, desvirtuándose toda posibilidad que los instrumentos (simplificación y desmonopolización) nos permitan acercarnos al conocimientos de la realidad objetiva y por lo tanto hacer SOLUCION VERDADERA a problema alguno.

5.3.4 ATENCION PRIMARIA Y SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

Básicamente su fundamento es ATENDER, ADECUADAMENTE al MAYOR NUMERO de individuos” para lo cual la “tecnología apropiada debe SERVIR”. Centremos nuestra inquietud en “ATENDER ADECUADAMENTE”, y preguntemos para quién adecuadamente?, desde el punto de vista estatal? desde el punto de vista de las transnacionales?, o desde la perspectiva del hombre?, en los primeros casos es COMBINAR COSTO (-) COBERTURA-EFICIENCIA (?), o lo que es lo mismo TECNOLOGIA APROPIADA para es-

11.C.I.A. Alfredo, Dp. Ci. Pág. 67.

te fin (?), en la posición del hombre no será acaso que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la SALUD y el BIENESTAR, y en especial la ALIMENTACION, el vestido, la VIVIENDA, la ASISTENCIA MEDICA y los SERVICIOS SOCIALES necesarios."⁸

6. CONCLUSION

Salud para todos en el año 2000, consideremos como un gran esfuerzo, un gran esfuerzo bien intencionado, pero que en la REALIDAD nos permite considerarle como UTOPIA, sin embargo debemos aunar esfuerzos alrededor para que la propuesta sea "SALUD PARA TODOS" en la perspectiva de un PROCESO CONTINUO Y PERMANENTE, subordinado a una TOTALIDAD, a una REALIDAD SOCIAL CONCRETA, que su gran propósito sea TRANSFORMACION y no un CAMBIO pasajero, para lo cual reforcemos nuestro punto de partida (esquema operacional de investigación) que generará NUEVOS CONOCIMIENTOS Y TECNOLOGIA INDEPENDIENTE, que validará o rechazará la tecnología que se importa, que nos permita formar recursos humanos no ACORDES a nuestra realidad sino INCONFORMES con la misma, esperando que esta pequeña estrategia contribuya a la TRANSFORMACION SOCIAL, como un engranaje más dentro de la totalidad para lograr el único camino de SALUD PARA TODOS.

La tecnología en la perspectiva del cambio en salud es apenas un instrumento puesto a disposición de la práctica, organizada por el método sustentado por una teoría dirigido por una ideología para conseguir el fin propuesto.

⁸ Declaración Universal de los Derechos del Hombre. Artículo 25.

RELATO FINAL

**IV CONFERENCIA INTERNACIONAL
OFEDO- UDUAL**

TEMA I: ASPECTOS SOCIO-ECONOMICOS DE AMERICA LATINA Y "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000"

En el desarrollo del tema, tanto en las ponencias como en las deliberaciones grupales, hubo consenso en caracterizar la situación actual como una etapa de profunda crisis económica y social de naturaleza estructural, derivada del sistema socio-económico imperante en la mayoría de países latinoamericanos.

Se señaló que en muchos países latinoamericanos, la profundidad de esta crisis ha desbordado cualquier precedente, con las consiguientes manifestaciones de pobreza extrema y agudo deterioro de valores sociales fundamentales, como el respeto por la vida y la dignidad humana. Se reiteró que esta situación acentúa la presión sobre los sectores marginados, propiciando migraciones y concentraciones en inmensos conglomerados urbano-marginados en torno a las ciudades y virtual abandono del campo.

Bajo la luz de los datos analizados (extraídos de publicaciones oficiales de organismos internacionales), se aprecia que la crisis no parece ser el elemento fundamental para explicar la situación de salud. Se trataría de algo más profundo que corresponde a la estructura misma del sistema económico y político, que, naturalmente, se agrava durante los períodos de crisis hasta alcanzar niveles increíbles de generación masiva de enfermedad y muerte por cientos de miles.

En una de las ponencias centrales se tomó como caso para discusión el de Perú, comparando datos correspondientes a 1970/72 y 1980/83; se encontró que los datos de la categoría "Niveles de Salud", están por debajo de aquellos correspondientes a la categoría "Capacidad económica" y muy por debajo de la categoría "Nivel Cultural". No obstante, se señala que existe aún poca investigación en este campo y que sería conveniente continuar profundizando en ello.

En la discusión sobre la relación entre economía y salud, aplicado a la situación actual, se analizó los alcances y limitaciones de los indicadores comúnmente utilizados. Por un lado, se señaló que los indicadores más frecuentemente utilizados en el sector salud son de naturaleza pro-medial, por lo cual su característica principal es la de encubrir las enormes diferencias existentes entre diversos estratos sociales. Sin embargo, por otro lado, se contempló que a pesar de este inconveniente, cuando se analiza información cruzando indicadores económicos y de salud, se logra apreciar con relativa claridad la estrecha relación entre ambos campos. Algunos indicadores de salud-enfermedad parecen reflejar en forma extremadamente sensible lo que ocurre en el campo económico y político. Como un ejemplo se citó las tasas de mortalidad infantil, siendo éstas "tan sensibles como la bolsa de valores" para apreciar la severidad de la crisis. En cambio, a la inversa, el indicador "nivel de ingresos" no revela bien lo que ocurre en salud. Parece que al llegar a los niveles inferiores de capacidad económica, el riesgo de enfermar y morir se potencia; es decir, no hay proporcionalidad entre variaciones cuantitativas pequeñas en capacidad económica individual en comparación con variaciones muy grandes en la morbi-mortalidad (menos de 1% de disminución económica produce más de 1% de incremento en muerte o enfermedad).

En concordancia con ello se propone que para profundizar el estudio de la relación entre situación socio-económica y proceso salud-enfermedad, las variables básicas deben ser de tipo estructural y no solo económicas, señalando como componentes los siguientes:

- Económico Ejemplos: Deuda externa y financiamiento del sector.
- Social Ejemplos: Trabajo, educación, servicios de salud, actitudes de solidaridad.

—Científico

Tecnológico

Ejemplos: Producción de conocimientos y tecnologías, transmisión de conocimientos; aplicación local del conocimiento producido.

Al definir el papel de las universidades frente al reto por alcanzar “Salud para todos en el año 2000”, parece evidente que un aporte significativo podría ser el de esclarecer y difundir esta relación profunda entre economía y salud, haciendo transparente el vínculo entre el modelo económico y político y su repercusión en las condiciones de vida y niveles de salud. Asimismo, propiciar tareas específicas para revertir el sentido utilitarista que caracteriza la atención de salud en el modelo de sociedad actual. Reforzando la organización social mediante el trabajo ligado a los sectores populares en propuestas concretas, es preciso demandar condiciones adecuadas de vida y acceso universal a la atención de salud como derechos fundamentales para las mayorías populares, independiente del nivel de ingreso personal.

El aporte de las universidades tendría que ser apreciado en tanto y en cuanto contribuya a este proceso de esclarecimiento para el avance; es decir, asumir el papel de instituciones contestatarias frente al orden social vigente.

Finalmente, es ahora apreciable que la concepción científica del proceso salud-enfermedad va alcanzando niveles más sólidos que el declarativo y descriptivo. Ahora es perfectamente trabajable el nivel de constatación teórico-práctica mediante la formulación de hipótesis y su comprobación empírica en la sociedad misma.

IV CONFERENCIA INTERNACIONAL OFEDO-UDUAL

TEMA II: LA TECNOLOGIA EN LA PERSPECTIVA DEL CAMBIO EN SALUD: ANALISIS CRITICO

En las ponencias y deliberaciones se aborda el concepto de tecnología como la aplicación del conocimiento con fines de producción. El análisis del tema contempla los aspectos de participación de la comunidad en la utilización de tecnología, sus manifestaciones en la crisis actual, su influencia sobre los mecanismos y relaciones de producción, así como los criterios para su utilización apropiada bajo circunstancias históricas, culturales, económico-sociales y geográficas diversas propias de la América Latina.

Se destaca como problema central la escasez de investigación científica y de producción de tecnología en los países latinoamericanos, relacionados ambos con la dependencia económica y cultural respecto de los países industrializados y la permanente fuga de riquezas. Esta situación se ve favorecida por la falta de fomento y protección oficial y la actitud de contemplación pasiva, no comprometida, de la mayoría de universidades y otras instituciones que poco aportan para el desarrollo de conocimiento y tecnología ajustadas a las necesidades concretas de nuestros pueblos.

Es necesario por ello, un cambio en la actitud de la universidad que debe conducir a profundizar la docencia-servicio comunitaria como estrategia curricular, incorporando sistemáticamente importantes sectores populares al proceso de generación, aplicación y evaluación de tecnologías apropiadas. La acción universitaria articulada con la participación comunitaria organizada, deben a su vez complementarse con el aporte de instituciones estatales, mixtas y privadas, siempre que ésto conlleve a la manipulación de la participación popular en apoyo a políticas antagónicas a los intereses del pueblo ó a generación de paralelismo.

Se plantea que en su mayoría, los programas de extensión universitaria no constituyen un compromiso franco de la universidad con sus comunidades. Se indica que es necesario que la Universidad asuma una actitud crítica a la vez que comprometida en la generación de ciencia y tecnología. Crítica para ayudar a identificar qué necesidades requieren atención preferencial y qué alternativas serían las más apropiadas. Comprometida para fomentar y aplicar soluciones tecnológicas económicamente accesibles y socialmente justas, susceptibles de transferencia a la comunidad.

Esta actitud implica, al mismo tiempo, un rechazo al consumismo tecnológico indiscriminado, riesgo permanente en la universidad, que se manifiesta en adquisición de instrumentos sofisticados y modelos recientes, muchas veces para uso ocasional o de corta duración, en abierta desconsideración con los limitados recursos presupuestales y la miseria palpable en nuestras comunidades.

En cuanto se refiere a la odontología, el concepto de tecnología apropiada no debe entenderse como un acontecimiento ocasional, sino como un proceso de aplicación permanente a la práctica odontológica rutinaria. En términos amplios, el proceso de mejoramiento del nivel de salud de nuestros pueblos pasa necesariamente por la vigilancia constante de los componentes esenciales: Educación, protección y prevención. Siendo éstos componentes los que determinan los criterios principales para la elección de tecnologías, debe asumirse la observancia de todos los aspectos involucrados: Métodos, técnicas, instrumentos y materiales. Es decir, debe evitarse que la tecnología apropiada sea interpretada en forma restrictiva limitándola a la simplificación de

equipo e instrumentos, especialmente curativos, o al rescate ocasional de algún conocimiento popular.

En este planteamiento alternativo, la tecnología se inscribe en la práctica odontológica, la cual está constituida por el conjunto de la producción de conocimientos, la producción de servicios y el desarrollo de recursos humanos y que se expresa como una respuesta a la realidad socio-epidemiológica.

Finalmente, se considera necesario que amplios sectores universitarios se incorporen a proyectos nacionales de generación inmediata de tecnología apropiada para la salud, como forma concreta de promover un frente de defensa para minimizar los graves efectos sociales de la crisis económica en que se encuentra latinoamérica. Pero asimismo, debe entenderse que la lucha por democratizar la generación, aplicación y evaluación de tecnología debe efectuarse en todos los espacios posibles. Con ello se logrará no sólo aliviar el costo que demanda la producción de tecnología y ampliar la cobertura beneficiando sectores más amplios de la sociedad, sino que, especialmente, servirá para dar concreción y confianza a los sectores populares en el camino de su liberación.

ANEXOS

- 1. DECLARACION DE LIMA**
- 2. GRUPOS DE TRABAJO**
- 3. NOMINA DE ASISTENTES A LA IV CONFERENCIA**

DECLARACION DE LIMA

Las Asociaciones Latinoamericanas de Facultades y Escuelas de Enfermería (ALADEFE), Medicina (ALAFEM) y Odontología (OFEDO), reunidas en Lima, Perú, en la Escuela de Enfermería "Arzobispo Loayza", de la Universidad Peruana Cayetano Heredia con ocasión de realizarse la IV Conferencia de OFEDO-UDUAL, hacen públicos los términos de la siguiente DECLARACION:

PRIMERO: Ratificar el compromiso de desarrollar lo mejor de sus esfuerzos para lograr que el personal de salud que forman las Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud de América Latina, se constituya en factor importante y decisivo en la consecución de mejores condiciones de salud y bienestar de nuestros pueblos.

SEGUNDO: Coordinar las acciones de las tres entidades a fin de alcanzar el fortalecimiento del trabajo interdisciplinario y un conocimiento más cabal de las realidades nacionales y regionales.

TERCERO: Contribuir en forma sistemática a fortalecer las actividades de la UDUAL, como ente rector que canaliza los esfuerzos para contribuir a resolver los problemas comunes que afectan a las Universidades y a los Servicios de Salud de América Latina.

ALADEFE, ALAFEM y OFEDO, en el marco de esta Declaración acuerdan:

1. Ratificar el compromiso fundamental de colaborar en el desarrollo y progreso de las instituciones afiliadas, así como estimular el mutuo conocimiento e interacción.
2. Gestionar ante los organismos internacionales de salud y educación su coparticipación técnica y económica para la realización de programas específicos.
3. Mantener un órgano de difusión conjunto "SALUD-UDUAL" a través del cual se exprese el pensamiento integrador latinoamericano y se propongan alternativas de solución para los problemas de salud regionales.
4. Invitar a las demás áreas de formación de personal vinculado al sector salud a que se integren al trabajo mancomunado que han iniciado las Facultades y Escuelas de Enfermería Medicina y Odontología.
5. Realizar una reunión anual conjunta de las directivas de las Asociaciones con la definida intención de programar, garantizar la implementación de las actividades conjuntas y evaluar el cumplimiento de las mismas.

ALADEFE, ALAFEM y OFEDO expresan su reconocimiento a la Universidad Peruana por su generosa hospitalidad y su decisión de facilitar esta histórica reunión internacional y reiteran su solidaridad y sus mejores deseos por la vigencia plena de la autonomía que garantice el cumplimiento de sus altos fines.

Dado en Lima, Perú, a los dieciseis días del mes de Marzo de Mil novecientos ochenta y siete.

Dra. Cristina Rivalta Fleites

María de Lourdes Velasco

Dr. Rodrigo Yépez

Dr. Dimitri Barreto

Dr. Elbano Pieruzzi

Dr. Antonio Mena

GRUPO N° 1

DR. ANTONIO MENA
DR. BENJAMIN GOMEZ HERRERA
DR. MANLIO SARDI (Relator)
DR. NOLA FONSECA
DR. GREGORIO AREVALO
DR. EDUARDO SUAREZ
DR. CARLOS VERA
DRA. CLARA MISRACHI
DR. HERNAN VILLENA M.
DR. SERGIO PEREYRA
DR. HERACLIO DAVILA
DR. HUGO AGUAYO
DRA. MARIA GONZALEZ
DR. ANIBAL CASTAÑEDA
DR. CARLOS VALDIVIESO
DR. PEDRO ROMERO
DR. JUSTINIANO SOTOMAYOR
DR. LUIS PEÑA
DR. FERNANDO SALAZAR
DRA. ALICIA VELIZ
LOURDES BENEVENTE
MARIA E. SOSA (Coordinador)

GRUPO N° 2

DR. ELBANO PIERUZZI
DR. ALBERTO ARANGO
DR. ZELMA ZAPATA (Coordinador)
DRA. LUCIA ALONSO
DR. LUIS RIVERA
DR. HECTOR MOLINA
DR. EDUARDO SIERRA
DR. ENRIQUE CARPIO
DRA. BIARDA AÑE

DR. EDUARDO NEYRA
DR. JORGE IZQUIERDO
DR. GUILLERMO ZARATE
DR. ARIEL GOMEZ (Relator)
DR. JAIME GAMARRA
DR. CARLOS HEREDIA
DR. MAXIMO SALAZAR
DR. JORGE FERNANDEZ
DR. JAIME OTERO
DR. PEDRO VILLAVICENCIO
DR. JUAN BERNAL
DR. JAVIER MONDOÑEDO
CARLOS GUILLEN

GRUPO N° 3

DRA. EDITH ESPINOZA (Coordinador)
DRA. MARIA JOSE FERRER
DR. PATRICIO YEPEZ
DR. AARON YASCHINE
DR. JOSE BENJAMIN
DR. HECTOR SILVA
DR. ALDEN HASLAM
DRA. BEATRIZ DE ARISMENDI
DR. MIGUEL RODRIGUEZ (Relator)
DR. GILBERTO DOMINGUEZ
DR. JAVIER AMORRORTU
DR. JULIO CASTRO
DR. LEOPOLDO BEJARANO
DR. RAUL VIDAL
DR. ANGEL CHIRINOS
DR. ALFONSO MEZA C.
DR. HERNAN JARA
DR. CARLOS SAMAN
DR. WILSON DELGADO

NOMBRE	DIRECCION	CARGO	TELEFONO	PAIS
SELMA ZAPATA	Yáñez González N° 7, Mirador Norte Santo Domingo, Rep. Dominicana	<i>Coordinador de Odontología Prev. y Social Nasal</i>	532-4236	República Dominicana
ALDEN HASLAM PINEDA	Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Complejo Docente de la Salud. León, Nicaragua	<i>Decano de la Facultad de Odontología Presidente de la Federación Odontológica de Centro América y Panamá (FOCAP)</i>	Of. 5777 Resid. 6742	Nicaragua
EDUARDO SIERRA	Facultad de Odontología Universidad de Panamá Estafeta Universiten Panamá, Panamá	<i>Decano</i>	64-0635 64-9413	Panamá
ANTONIO MENA	Departamento de Odontología U.A.S.D. Ciudad Universitaria Res.: Madame Curie, N° 25, Apto. 2, Sto. Dgo.	<i>Secretario Ejecutivo OFEDO-UDUAL</i>	532-8743 533-1578 Res.: 689-1205	República Dominicana
BENJAMIN GOMEZ HERRERA	3ra. Calle Campo Alegre, N° 9, Caracas	<i>Director Centro de Estudios de Recursos Odontológicos para el Niño CEROR.</i>	Of. 261.3121 261.0717	Venezuela
BIARDE AÑE	Quetzal 31 Col. El Rosedal, Coyoacan México, 04330	<i>Profesor Tiempo Completo UAM-X</i>	5441618	México
GEORGE GILLESPIE	Pan American Health Organization 525, 23nd. St. N W. Washington, D.C. 20037	<i>Asesor Regional y Jefe Sección Deval. OPS/OMS</i>	(202) 861-3200	USA
CLARA MISRACHI	Ebro 2869, Apto. 604 Santiago, Chile	<i>Director, Proyecto MSU/KIFPM/UGH</i>	Of. 376021-72 Casa, 2311267	Chile
GREGORIO AREVALO	Ministerio de Salud Calle Arce N° 835	<i>Jefe Departamento Odontología Director Ejecutivo de FOCAP</i>	744006 Res. 223229 Of.	El Salvador
CARLOS B. GUILLEN	C. De. Mirador, Av. República Federal y C. Tristán 132, San Salvador, El Salvador. Centro América, Colonia Escalón.	<i>Coordinador Comisión de Curriculum. Facultad de Odontología, El Salvador</i>	264317 Of. 246312 Casa	El Salvador
JOSE BENJAMIN LOPEZ G.	Resid. San Luis, Calle 1, N° 11, San Salvador, El Salvador, L.A.	<i>Decano, Facultad de Odontología, Univers. de El Salvador (U.E.S.)</i>	25-7198 22-2618 Of. 25-1432 Resid.	El Salvador
EDITH ESPINOZA	Fac. Odontología - UCV Caracas, Venezuela	<i>Coordinador. Comisión de Curriculum</i>	619811 Ext. 3337	Venezuela

NOMBRE	DIRECCION	CARGO	TELEFONO	PAIS
LUCIA ALONSO	Fac. Odontología Universidad Central de Venezuela, Caracas	Directora Facultad de Odontología	6626736 6626768	Venezuela
HECTOR MOLINA	Fac. Odontología Universidad de San Carlos de Guatemala, Ciudad Universitaria de Guatemala, Guatemala, Centro América	Decano. Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala	762936	Guatemala
JUSTINIANO SOTOMAYOR C.	Ciudad Universitaria, Facultad de Odontología	Asesor de Escuela de Odontología	524707	Perú
FERNANDO PEREZ VARGAS	Ciudad Universitaria, U.N.M.S.M., Facultad de Odontología	Representante Estudiantil		Perú
JAIME NAVARRO GONZALEZ	Ciudad Universitaria, U.N.M.S.M., Facultad de Odontología	Representante Estudiantil	48-4465	Perú
PEDRO ROMERO CARLOS		Representante del Colegio Odontológico de Lima	C.O. 345	Perú
JAVIER AMORRORTU PEREIRO	Universidad Peruana Cayetana Heredia	Profesor, Dpto. Acad. de Clínica Estomatológica	461898	Perú
ALFONSO MEZA CASTRO	Jefatura de Sanidad Fuerza Aérea del Perú	Dpto. Odontoestomatología. FAP	723491	Perú
RAUL GERARDO VIDAL GOÑI	Universidad Peruana Cayetano heredia	Dpto. Odontoestomatología. FAP		Perú
JUAN BERNAL MORALES	Universidad Peruana Cayetano heredia	Dpto. Odontología Social	Aptod. 5045	Perú
WILSON DELGADO AZAREÑO	Universidad Peruana Cayetano heredia	Dpto. Acad. Medicina, Cirugía y Patología Oral	360522 Casa 700500 Of.	Perú
JAVIER MONDOÑEDO RIERA	Universidad Peruana Cayetano heredia	Dpto. Odontología Social, Profesor	Aptod. 5045	Perú
HERNAN VILLENA MARTINEZ	Universidad Peruana Cayetano heredia	Decano. Facultad de Estomatología	459651 Of. 358613 Casa	Perú
JORGE IZQUIERDO MARQUEZ		Vice-Decano. Facultad de Estomatología	815772-34 Aptod. 5045	Perú
HERNAN JARA NONTROYA	Ciudad Univ. UNMSM. Facultad de Odontología	Docente Asesor E.A.P.	524707	Perú
HECTOR SILVA OLIVARES	525-23nd St. N.W. Washington, D.C. Marina 94-81 Viña del Mar J. Luis Vives 200 México, D.F.	Consultor Temporal OPS/OMS Asesor en Salud: Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa (ILCE)	861-3232 976988 395-1882	USA Chile México

NOMBRE	DIRECCION	CARGO	TELEFONO	PAIS
EDUARDO SUAREZ	Universidad de Cuenca	<i>Docente</i>	830688	Ecuador
ALBERTO ARANGO BOTERO	Apartado Aéreo 11142 Medellín		24-28214	Colombia
ROBERTO BELTRAN NEYRA	Prescott 502	<i>Docente</i>	46-6774	Perú
CARLOS VERA CARRION	Tempestad N° 22 Col. Ampliación Vista Hermosa. Huapantla de México, C.P. 54080	<i>Secretario Ejecutivo ANFEO</i>	5-629676	México
EDUARDO NAVIA CARRION	Universidad de Cuenca	<i>Docente</i>	81-4715 Casilla 2753	Ecuador
NOLA FONSECA DE HERNANDEZ	Universidad del Zulia	<i>Directora. Docente</i>	51-7661 425169	Venezuela
HUGO AGUAYO OLIVARES	Universidad Peruana Cayetano heredia	<i>Director Ejecutivo ASPEFO</i>	45-3483	Perú
ELBANO PIERUZZI	Av. Las Repúblicas, Qta. Los Antonios, Terraza "C" del Club Hípico, Caracas	<i>Presidente de OFEDO UDUAI.</i>	9798218 Alab. 6626736 Of. 212397 Of. Cli.	Venezuela
NOEMI BORDONI (privado)	M. T. de Alvear 2142 5to. piso Bs. As. Arg. Av. Callao 1870-5° Bs. As., Argentina	<i>Profesor Titular Odontología Preventiva y Comunitaria</i>	83-9080 803-986 Of. 804-3615 Pr.	Argentina
ARIEL GOMEZ (casa)	Río Bamba 373, 2° D (1025) Bs. As., Argentina Lisandro de la Torre N° 717 (1638) Vicente López Bs. As., Argentina	<i>Presidente F.O.I.</i>	452135 7970521 7929456 Cons.	Argentina
MARIA DE LOURDES B. VELASCO	Lizarazo 1141 y H. Alpozo	<i>Profesora Escuela Nacional de Enfermería-Secretaria General ALADEFE</i>	230-764 230-782	Ecuador
ELVIRA RODRIGUEZ ANTINORI	Calle La Perla 526-1 Urbanización Santa Inés Trujillo, Perú	<i>Profesora del Departamento de Enfermería Mat. Inf. y Comunitaria Universidad Nacional de Trujillo</i>	24-9521	Perú
JUANA RODRIGUEZ VELASQUEZ	Calzada de las Brujas N° 312 - Edif. B. Dpto. 001 Rinconada Coapa Coyoacan México D.F.	<i>Coordinadora Licenciatura de Enfermería Univ. Autónoma Metropolitana Xochimilco</i>	671-90-97 (c) 5947833 (t) ext. 260	México
NORMA LAU SANCHEZ	Jr. Pachacutec 1146 % 105 Jesús María, Lima 11 Lima, Perú	<i>Docente de Escuela Nacional Arzobispo Loayza en Convenio con la UPCI</i>	32-4046	Perú

NOMBRE	DIRECCION	CARGO	TELEFONO	PAIS
RODRIGO YEPEZ	Casilla de Correos 8105 Sucursal N° 8	<i>Presidente de ALAFEM</i>	54-4747 455797	Ecuador
MIGUEL RODRIGUEZ R.	Universidad Central Facultad de Odontología	<i>Docente</i>	525238	Ecuador
ENRIQUE CARPIO C.	Universidad de Cuenca	<i>Docente</i>	830688 814024	Ecuador
CRISTINA RIVALTA FLEITES	Areda 146. esq. 931 Playa C. Habana Inst. Sup. de Ciencias	<i>Presidente ALADEFE Decana. Facultad de Enfermería</i>	20-0813 Ext. 209-289 3-9435	Cuba
MARGOT ZARATE LEON	Parque Almagro 179 Jesús María, Lima, Perú	<i>Directora ENE-UPCH. Socia Fundadora ALADEFE</i>	(t) 24-4731 (c) 63-1714	Perú
HERNAN VILLENA MARTINEZ	Diagonal N° 380, Of. 48 Lima 18	<i>Decano de Estomatología UPCH. Vice Presidente OFEDO UDUAL</i>	45-9651 35-8613	Perú
DIMITRI BARREDO U.	Burbano N° 17, Piura Bajo Quito	<i>Director Escuela de Medicina Universidad Central del Ecuador</i>	432-044 528-680	Ecuador
MARIA TERESA CLARO	Rodonia Washington Luis Km 235 - San Carlos S.P 13560 - Brasil	<i>Docente</i>	0162-711111 Ext. 170	Brasil
ANTONIO MEZA CUADRA	Jr. Zepita 538 Of 702 Lima, Perú	<i>Profesor Principal Facultad de Medicina U.N.M.S.M. ALAFEM</i>	230003 357095	Perú
IRIS PECHO MANYARI	Jr. San Miguel F-42 Urb. Cachuache - San Luis Lima, Perú	<i>Coordinadora de Estudios Profesionales de la Escuela de Enfermeras Loayza-UPCH</i>	32-4046 36-1936	Perú
YORIKO KAMIYAMA	Rua Loefgreen, 997 04040 - San Paulo S. P., Brasil	<i>Directora de Enfermegeuda Unvers. de Sao Paulo</i>	85-34066 8528922-31	Brasil
AIDA DE SILVA	Colonia Satélite, casa K 13, Calle Principal Comayagua, Honduras C.A.	<i>Profesor Titular I del Dpto. de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas</i>	33-5193 32-6909	Honduras
EVA LUZ DE ALVARADO	Colonia Sarelite casa Q 19, calle principal Comayaguila Honduras C.A.	<i>Secretaria de la Junta Directiva, Facultad de Ciencias Médicas UNAH</i>	33-2001 32-6909 32-5922	Honduras
GLADYS EUGENIA CANAVALL	Calle 9B 54-6 Apt. 203 Cali, Colombia	<i>Directora Departamento de Enfermería. Facultad de Salud. Universidad del Valle</i>	52-1435 Casa 58-4670 Of.	Colombia
Dr. PATRICIO YEPEZ	Apto. 6722 Carmelitas 101 Caracas	<i>Asesor OPS/OMS</i>	261-4021	Venezuela
Dra. MARIA E. MONTILLA	Fac. Odontología Universidad de los Andes Mérida.	<i>Docente</i>		Venezuela

ESTE LIBRO SE TERMINO DE IMPRIMIR
EN EL MES DE ABRIL DE MIL
NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO EN
LOS TALLERES DE EDITORIAL TEXTO
AV. EL CORTIJO, QTA. MARISA, N° 4,
LOS ROSALES - CARACAS - VENEZUELA



27 JUN, 1988