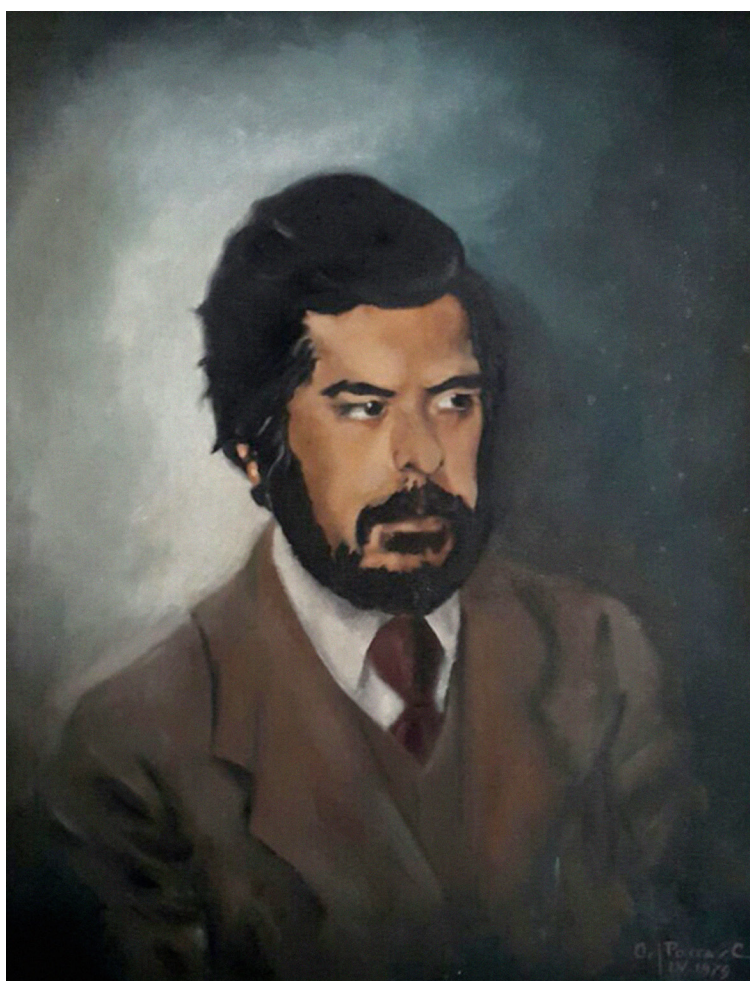


Asuntos académicos de la Facultad. El gran propósito de la odontología nacional*

Carlos Cortés Olivera **



In Memoriam
Victor Hugo Montes Campuzano

Óleo conservado en la Decanatura de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. Abril de 1979, época en la cual el Dr. Víctor Hugo Montes Campuzano fue decano de dicha facultad.

* Este artículo fue publicado originalmente en la Revista Odontología UN de Colombia 1983. Volumen 9 (1): 47-53. Se ha transcrito en su totalidad, conservando su contenido original, solo en algunos casos fue adecuado su lenguaje.

** El Dr. Carlos Cortés fue Profesor Asociado Facultad de Odontología Universidad Nacional, Planificador de Salud Pública Universidad de Antioquia. Master Planificación de Recursos Humanos Universidad de Paris – 1- Pantheon Sorbonne.

Citación sugerida:

Citación sugerida: Cortés C. Asuntos académicos de la Facultad. El gran propósito de la odontología nacional. *Acta Odontológica Colombiana* [en línea] 2014, [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; 5(1): 139-146. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

A partir de 1964, cuando los responsables de la educación odontológica en México (Segundo Congreso Latinoamericano sobre enseñanza de Odontología) decidieron adicionar formalmente el enfoque social a las experiencias curriculares, es mucho lo que se ha documentado del tema. Es por ello que la literatura que lo abarca es particularmente rica y variada, con un marco teórico y conceptual bien definido; razones que limitan el desarrollo de ideas y opiniones en este campo y que hacen temer incursiones vanas o exploración de lugares comunes.

Pese a lo expuesto, el análisis acerca de la forma como la profesión Odontológica funciona y, en especial, los resultados obtenidos hasta el momento, conduce a la necesidad de precisar algunos conceptos, de reflexionar sobre el origen de la profesión y el papel que le corresponde cumplir en la comunidad en la cual está inmersa.

Como se sabe, la profesión aparece como tal, en respuesta a las necesidades de la sociedad en un momento dado; este comienzo se identifica con la gestación del subsector servicios, como parte de lo que actualmente consideramos grupo profesional (con sus subsectores: servicios, enseñanza y asociaciones); que, si bien se centraba en la oferta de actividades clínicas para grupos con capacidad de compra, en un sistema sociopolítico como el nuestro, también se "adornaba" con acciones altruistas dirigidas a los estratos económicamente deprimidos, con base en criterios que sobre caridad y beneficencia se tenía por entonces.

Siguiendo la historia natural de desarrollo profesional, es posible ubicar la aparición, en una segunda fase, de la enseñanza institucionalizada que, con el tiempo, produjo la conformación de grupos de Odontólogos con educación formal que enfrentados con aquellos que no la tenían, hicieron surgir la necesidad de la creación de las asociaciones, matizada con otras aspiraciones comunes: actualización académica, progreso social, cultural y científico de sus miembros.

Es probable que las primeras causas que dieron origen a los diferentes subsectores profesionales, constituyan factores genéticos que con el carácter dominante, hoy continúen produciendo efectos importantes en el cumplimiento de la función social de la Odontología, tal como se concibe actualmente, e incluye:

- La prestación oportuna y eficaz de servicios de salud oral a la sociedad.
- El aporte consciente y razonado al desarrollo social, entendido este como un estado de bienestar en todos los aspectos de la vida humana.

Si lo primero se cumple, la Odontología debe precisar las respuestas a lo siguiente: ¿Qué servicio ofrecer? ¿Cómo ofrecerlos? ¿Para quién ofrecerlos? ¿Qué servicios se debe ofrecer? La solución a este interrogante se relaciona con la utilización de las tecnologías relacionadas con la prevención, curación y rehabilitación; y, además, con la especialización clínica para el desarrollo de los tratamientos, de acuerdo con las patologías con mayor prevalencia en la sociedad.

¿Cómo producir servicios? Con el empleo de profesionales, especificando su nivel de capacitación; con especialistas, definiendo áreas, tipo de formación y cantidad; con auxiliares de Odontología, precisando número y calidad; en fin, con la combinación de diferentes clases de recurso humano, conformando grupos integrales e integrados de salud oral.

Pero, la producción de servicios de salud oral, implica igualmente la selección de sistemas de trabajo, el uso de equipos sofisticados y/o simplificados y el empleo de ciertos biomateriales.

Ahora, ¿Para quién producir esos servicios? Naturalmente para el 100% de la población, por cuanto la salud es un derecho de los ciudadanos. Y si esta cobertura total pudiera parecer una utopía, debe considerarse entonces como una meta; solo que para alcanzarla es indispensable ir superando etapas, algunas de ellas fáciles de identificar, por ejemplo con la atenuación y hasta eliminación de factores que condicionan la demanda de servicios de salud oral en ciertos estratos de la población, en un bien común la capacidad de encontrar, mediante el establecimiento de sistemas de salud; o la definición de políticas realistas que permiten una distribución geográfica del recurso humano Odontológico; o mediante estudios y soluciones para lograr el máximo de eficiencia en los servicios de salud oral del sector público, lo que permite mayores coberturas y como resultado, bases razonables para la obtención de nuevos recursos.

Al ser la salud componente vital para el desarrollo, la acción profesional no puede circunscribirse a este sector; la responsabilidad de la Odontología traspasa esas fronteras para darle a la sociedad respuestas de desarrollo en todos los aspectos: cultural, comercial, económico, religioso, social, etc. Parece difícil establecer la relación con campos aparentemente tan disímiles, sin duda alguna debido al tipo de información que se imparte en las Facultades, así como por el concepto limitado sobre desarrollo que prevalece entre nosotros.

La asimilación de estas últimas ideas y, como efecto de fórmulas de acciones concretas, constituyen la explicación del sentido de la segunda parte que se enuncio como función social de la profesión. Para el cumplimiento de éstas conviene observar que el grupo profesional hace parte de la sociedad y que, en forma alguna, el bienestar del grupo puede dissociarse del bienestar de la sociedad. Es decir, no se trata de actitudes y sacrificio del profesional por la sociedad, como tampoco es admisible esperar que con el altruismo, calidad o beneficencia se contribuya eficazmente al bien común.

De todas maneras, las ideas expresadas permiten reflexionar sobre la necesidad imperiosa e inaplazable de un replanteamiento profesional, cuya realización corresponde a las asociaciones por cuanto en ellas reposa la responsabilidad primaria de la Odontología; dicho replanteamiento estará fundamentado en políticas generales, según programación de acciones definidas y lógicamente distribuidas en el tiempo, el todo bajo el objetivo del desarrollo y el bienestar de la sociedad a la cual se debe.

II

El lector, aun el más desprevenido, podría pensar que es fácil hacer enunciados y especulaciones, pero la dura realidad hay que aceptarla tal y como es; es la razón por la cual, a continuación, se formularán algunas acciones concretas; no por el prurito de señalar derroteros o indicar lo que debe hacerse, sino en uso del derecho que asiste a todo ciudadano para las posiciones analíticas y críticas y proponer eventuales soluciones. En efecto:

Líneas directrices para la acción profesional

- a. Es decir, la definición de políticas profesionales, para sí y para los subsectores enseñanza y servicios. Para sí, contemplando todos los aspectos de bienestar del grupo profesional y de la sociedad. Esto no es posible sin un análisis de los antecedentes y estado actual de la tecnología.

Con este fin, es necesario diferenciar las etapas del desarrollo de la profesión en nuestro medio, con características bien definidas, a las cuales deben considerarse como variables independientes; la identificación de las variables independientes o explicaciones, indiscutiblemente corresponden a diferentes niveles de desarrollo social.

Con base en el estudio retrospectivo realizado y en el diagnóstico de la situación actual, es posible formular predicciones sobre futuros estadios del grupo de profesionales y la sociedad, que sería deseable hacer a corto, mediano y largo plazo.

Cuando se expresa: el bienestar del grupo profesional, se hace referencia a áreas tales como la ciencia, la cultura, el gremio, la economía, el comercio, lo social, el sindicato, etc.; es decir, a enfoques liberales de desarrollo; que teniendo en cuenta la situación fragmentada de hoy, implica aproximaciones políticas con los grupos que hasta ahora han venido actuando aislada e independientemente.

El presupuesto para una empresa de tal envergadura, no es el mismo que aquel destinado para el bienestar común; por lo tanto, se requiere una claridad conceptual y de programación mediana, que evite las suspicacias y supere los favoritismos. Es una labor de concientización permanente y sistematizada que agrupe voluntarios, mediante el convencimiento, con respecto al absoluto de la libertad individual para obtener las lealtades o reprimir la aversión. Lo cual es exactamente contrario de las afiliaciones obligatorias y autoritarias tales como las llamadas colegiaturas, que si bien son expeditas para crear sensación de unidad, simplemente se reducen a una gran amalgamación o mezcla, sin identidad verdadera, porque la coerción universalmente se rechaza, mucho más si se agregan los ingredientes de nuestra idiosincrasia latina.

La definición de las políticas de la profesión organizada, aquello que se expresó: para sí, incluye también las de los tradicionales subsectores de enseñanza y de servicios, porque parece el momento de eliminar los feudos. La responsabilidad es única y para poderla asumir, no es factible que las partes actúen separadas del todo o con simples y eventuales aproximaciones.

La existencia de subgrupos profesionales que han tenido bajo su cuidado los problemas de la enseñanza y de los servicios, nos indica aquí igualmente la necesidad de una conducción política de la situación para alejar temores sobre absorción, subvaloración o pérdida de iniciativas.

- b. Las políticas de la Odontología Nacional deben formularse sin olvidar nuestro contexto sociopolítico: tenemos un sistema de libre empresa, con intervencionismo del Estado. En consecuencia, existen tres subsectores en la prestación de los servicios de salud oral: oficial, mixto y privado.

Sin embargo, es de común ocurrencia que las asociaciones, tal vez en su afán de "cumplir una función social", programen prestación directa de servicios de salud oral; Estos, en algunos casos, producen lesión a la consulta privada porque funcionan a puerta abierta pero con honorarios menores que los del mercado; y lo que es peor, esta acción es posible gracias a los salarios que se le pagan generalmente a los Odontólogos recién graduados; y si se trata de especialistas o de Odontólogos de gran trayectoria, para ellos en particular no hay perjuicio, sólo que se trataría de acciones filantrópicas o de acciones propias de la caridad y la beneficencia.

Si para la prestación de estos servicios la oferta de recurso humano es abundante, no puede ser sino por la dificultad "mercadeo" en el subsector privado. Lo cual aplicaría que en los subsectores oficial y mixto se producirá una gran demanda de cargos; si éstos son ofrecidos por los empleadores, entonces se habla de "Socialización", lo cual sólo sería válido si se eliminase el sub-sector privado; como no es así, entonces más bien debería pensarse en una mayor intervención del Estado con el fin de aumentar la oferta para aquellos grupos de población económicamente deprimidos. Si esto último no sucede, lastimosamente se advierte que a ellos se debe la subutilización del recurso humano Odontológico.

- c. Las políticas relacionadas con la enseñanza deben tener en cuenta la evolución de la demanda de la educación odontológica y su adecuado equilibrio con la oferta. En los últimos años, la capacidad de absorción de las Facultades oficiales ha disminuido aparatosamente, facilitando el florecimiento de instituciones privadas, serias y fantasmas, pero de todos modos funcionando bajo el principio de libre empresa, con frágil intervencionismo del Estado. Y no podría ser de otra manera, cuando la demanda educativa ha crecido considerablemente.

¿Un estudio serio que confronte oferta y demanda de servicios Odontológicos; o si se quiere, oferta y necesidades totales de salud oral, justificaría la proliferación de los programas de pregrado? Éstos representan una respuesta a la demanda social de educación Odontológica; pero conducen a un desequilibrio en las leyes del mercado, por cuanto aumenta exageradamente la oferta de recurso humano. Aquí cabe reflexionar sobre la llamada ley de los rendimientos decrecientes, que aplica al problema de la profesión en Colombia, permite un análisis que podría llamarse "los rendimientos de hoy y la Odontología del mañana". Para esto, basta con recurrir al siguiente ejemplo:

Una parcela de 20 hectáreas de tierra, en donde dos hombres trabajan utilizando el sistema de arado, siembra y recolección tradicionales, producen en un año 100 arrobas de papa, invirtiendo \$20,000. En este caso se identifican varios elementos o factores necesarios para que haya producción, que se llama factores de producción, a saber:

- Tierra (20 hectáreas)
- Capital \$20,000
- Trabajo 2 hombres
- Técnica método tradicional de cultivo

Parecería lógico que si se aumenta uno solo de estos factores de producción, v.g. El trabajo o recurso humano, mientras los otros (tierra, capital, técnicas) continúan iguales, se logra un mayor rendimiento. Sin embargo, lo que realmente sucede es lo siguiente:

1. 2 hombres- 100 arrobos- 50 arrobos para cada uno;
2. 3 hombres- 100 arrobos- 60 arrobos para cada uno;
3. 4 hombres- 200 arrobos- 50 arrobos para cada uno;
4. 10 hombres- 220 arrobos- 22 arrobos para cada uno;

Vale decir que, por el contrario, los rendimientos por personas disminuyen o decrecen a medida que el recurso humano aumenta.

Seguramente haya algunos lectores que se sonrojen o sientan repulsión por la comparación entre una pequeña empresa agrícola o cultivo de papas y la empresa denominada Odontología Colombiana. Dejando de lado otros aspectos emocionales cabe preguntarse:

- ¿La acelerada «producción» de recursos humanos en el país, con 12 programas actuales en funcionamiento, marcha a la par con los demás factores de producción?
- ¿El recurso humano capacitado posee el suficiente capital para financiar los costos de sus consultorios?
- ¿La intervención que así se hace es rentable de acuerdo con el mercado de capitales? ¿La falta de dinero está generando un negocio de arriendos o sub arriendos o algo similar a un sistema de aparcería?
- ¿La tecnología empleada es la tradicional?
- En resumen, ¿los factores de producción en la empresa Odontológica Colombiana se están incrementando proporcionalmente o, por el contrario, el incremento desmesurado se centra en uno de ellos con el inoxidable cumplimiento de la ley de los rendimientos decrecientes?

Claro está que no faltará quien piense que un análisis de la oferta o el simple estudio sobre el comportamiento de los factores de producción, no representa sino una de las caras de la moneda; y es verdad. Pero incursionar en el volumen y estructuras de la demanda de servicios de salud oral, en los factores que la condicionan y su evolución favorable en los próximos años, no conduce sino a aumentar el escepticismo, ya que allí identificamos variables altamente correlacionados con el desarrollo, de difícil manejo y manipulación por parte de la profesión.

He aquí, sin embargo, que si se establece una dicotomía entre oferta y demanda de servicios de salud, o tratándolas de manera flexible e interesada, se extraen argumentos para todo. Lo único tangible o concreto, es lo que cualquier observador desprevenido puede constatar o prever: abundancia profesional con la consiguiente degradación salarial y/o honorarios no retributivos ni al esfuerzo ni a la inversión; competencia desleal, progreso efímero a costa del sacrificio de las generaciones futuras de Odontólogos. No en vano el hombre es un lobo para el hombre.

La definición del perfil profesional, o características que debe tener el egresado de las Facultades del país, se fijó por decreto; pero orientado especialmente a exigir unas condiciones de funcionamiento difíciles de cumplir. Si se pretendía obstaculizar la aparición de nuevos programas, es fácil comprobar que ello no se ha logrado. Además, convendría estudiar si los objetivos de un programa de Odontología, las calificaciones de los egresados y los principios de enseñanza que determina el mencionado decreto han producido algún efecto favorable. Aquí, no cabe sino la duda.

Como la enseñanza del pregrado o nivel profesional ya ha sido profusamente explorada, todo parece indicar, si observamos la demanda creciente de especializaciones, donde el nivel del posgrado constituye la rica venta en el futuro próximo. ¿Este hecho como podría explicarse? O por la mala calidad del pregrado, en algunos casos; o por simple ley del mercado, con una oferta numerosa que dificulta la venta de servicios en los subsectores privados e institucional por una capacitación limitada y/o general.

Sin embargo, situaciones como la anterior, pueden mover a las asociaciones a la creación y desarrollo de cursos de especialización, generándose un conflicto abierto o disimulado con el subsector enseñanza, que además de poseer la infraestructura necesaria, debe estimular el posgrado en áreas definidas con el objeto no sólo de dar respuesta a las urgencias de buena calidad de los servicios sino para enriquecer las experiencias curriculares de nivel profesional. Otro comentario válido cuando las mencionadas asociaciones diseñan y ofrecen cursos de personal auxiliar, con diferentes niveles y títulos, acentuando el caos existente en este campo y dificultando la aplicación de las normas legales vigentes sobre el ejercicio profesional en el país; y la magnitud de este problema se hace más evidente al recordar que las mismas Facultades, por razones difíciles de explicar, expiden títulos que oficialmente no son aceptados, a la luz de la legislación actual.

- d. Con relación a la definición de las políticas para el subsector servicios, ellas comprenden las tres áreas: oficial, mixta y privada. En cuanto a la primera, se requiere una coordinación acabada con los funcionarios encargados de la programación respectiva, sin olvidar criterios fundamentales: objetividad clara que responda a las necesidades de la comunidad, eludiendo la demagogia de coberturas amplias con tecnología preventiva simples, o con la generación de tratamientos curativos de poca profundidad; el provecho que logran algunos niveles del sector salud de adiestramiento de estudiantes para obtener recursos gratuitos o de mínimo costo, este aspecto muy importante si se tiene en cuenta que ello retrasa la apropiación presupuestal para los programas de salud oral, que es algo inconsistente con la aspiración paralela que se generen nuevos empleos. Para la segunda, o sea el área de financiación mixta, son apreciables las mismas consideraciones anteriores y para ambas áreas, contribuir al estudio y análisis de la eficiencia de los servicios, que algún enfoque profesional simple pudiese considerar lesivo, sin embargo es todo lo contrario, ya que obtendríamos elementos de juicio serios y lógicos para solucionar un mayor financiamiento.

En los servicios de los subsectores oficial y mixto, sin embargo, debe fijarse como meta, aunque parezca ilusorio, una calidad y profundidad similares a las de la consulta privada. No es humano ni éticamente aceptable que la profesión misma contribuya a establecer una Odontología para ricos y otra para pobres; la "caracterización" en este sentido no debe existir. ¿Cuáles mecanismos e instrumentos serán necesarios establecer para eliminar la discriminación entre tratamiento "bueno" para unos y "malo" para otros?

El ejercicio profesional privado no puede requerir más cuidado, para evitar cualquier lesión que provenga de las áreas oficial y mixta, de los subsectores enseñanza y asociaciones; porque no hay que olvidar que su funcionamiento y desarrollo corresponde a nuestro sistema de libre empresa. Sólo que el enfoque tradicional, que desconoce tradicionalmente la capacidad de pago del factor determinante de la demanda, es conveniente reevaluado. La exploración y diseño de sistemas que faciliten a grandes grupos de la población, el acceso a los servicios es una responsabilidad profesional prioritaria. Sobre esto, es mucho lo escrito y enunciados sobre pagos a terceros (prestación de servicios tipo Kaiser, por ejemplo) y seguros dentales, potencializados por la conformación de grupos o equipos de salud oral, con métodos de trabajo que aumenten los rendimientos y utilización de equipos, instrumental y tecnologías simplificadas; por consiguiente es superfluo repetirlo en el presente documento, lo que nos sobra es insistir en la necesidad inaplazable de la Odontología organizada adelante acciones concretas que aseguren el auge, o al menos un crecimiento del sector privado, acorde con el desarrollo del país. Antagónico y contraproducente, según lo que acaba de expresarse, es el crecimiento inusitado que se vislumbra en el nivel del posgrado; porque sus efectos no serán otros que:

- a. Inicialmente, los servicios serán más inaccesibles a la mayoría de la población, por el factor económico.
- b. En etapas siguientes, ante el aumento de honorarios en desproporción respecto del incremento de la capacidad de compra de las personas, se alterara de manera desfavorable el sistema de precios.

Programación de la acción profesional

Teniendo las políticas profesionales, precisando las de cada uno de los subsectores, en forma tal que se potencialicen entre sí, sin duplicaciones o contradicciones, es posible llegar a un gran marco teórico y conceptual, unitario e integrado. Situándose dentro de él, la determinación de objetivos sería factible y provechosa; con el fin de alcanzarlos, resultarán las actividades a desarrollar, las cuales distribuidas racionalmente en el tiempo, a corto, mediano y largo plazo, nos conducirán a la conformación del gran plan de desarrollo profesional.

Si bien es cierto que en sus comienzos habrá limitaciones originadas en los antecedentes y la situación actual del subsector profesional, lo cierto es que la acción coherente, con el discurrir de los días, debe cohesionar de manera creciente al cuerpo profesional, en consolidar lo que constituye a nivel individual y colectivo, la característica común de la Odontología Colombiana.

Pero es necesario admitir con el lector, que aunque una de las premisas es el pasado o desarrollo anterior de la Odontología, quizás en el afán de vivir el presente y pensar en el devenir, en las expectativas que nos angustian, no por nosotros mismos y no por los futuros integrantes del grupo profesional en el cual hemos estado buscando nuestra autorrealización, los antecedentes levemente aparecen enunciados. Por lo tanto, hay que intentar una exploración en este sentido, para desarrollar la idea de aquella frase que decía: "las causas que dieron origen a los diferentes subsectores profesionales es probable que constituyan factores genéticos que con carácter dominante continúan hoy produciendo efectos importantes en el cumplimiento de la función social de la Odontología. Porque, no es cierto que todo pasado haya sido mejor, como tampoco es aceptable que las experiencias vividas sea indispensable ignorarlas por el solo anhelo de cambio".

Las profesiones, como parte de una sociedad que evoluciona y se desarrolla, también deben ir adaptándose a esos cambios; porque, si permanecieran estacionarias, perderían lo más importante de sí mismas cuál es su capacidad para contribuir al progreso colectivo, y su capacidad también para satisfacer los anhelos de mejor estar de la comunidad.

La Odontología, siendo una profesión joven que cada vez se vigoriza más, no puede sustraerse a la influencia del medio colombiano, en el cual se producen los fenómenos socioeconómicos propios de un país en vías de desarrollo.

Tal es el motivo por el que la Universidad Nacional y la facultad de Odontología, han venido estudiando un cambio de los patrones tradicionales de la enseñanza; en la esperanza de que con el concurso de la profesión toda y sus agremiaciones, se logre la transformación necesaria que facilite a los profesionales Odontólogos incidir en óptima medida en el progreso de la sociedad colombiana.

En realidad, en la mayoría de los países latinoamericanos existe esta misma inquietud; y en la actualidad se están estableciendo diferenciaciones y conceptos sobre los que ha sido y debe ser el Odontólogo como profesional para la salud. Existe, en efecto, el tipo de Odontólogo tradicional, estructurado así:

*Básicas biomédicas y Odontológicas + Ciclo pre clínico +
Ciclo clínico + asignaturas huérfanas = Odontólogo.*

Este Odontólogo, que domina las técnicas muy bien, alcanza su máxima perfección al terminar estudios; y, lo más común, en cuanto a conocimientos va decreciendo progresivamente; y reduciendo su campo acción cada vez más. Desde el momento de su grado inicia su ejercicio clínico, con la atención de un individuo y otro, hasta completar un centenar, varios centenares. Y no puede ser de otra manera porque sus conocimientos los ha adquirido como fin y no como medio, lo cual es el resultado obvio del periodo del academicismo que ahora tratamos de superar.

La tendencia hacia el academicismo, con sus conferencias magistrales, las súper cátedras que conducen a una idea deformada de lo que es y debe ser el ejercicio profesional; a los Departamentos, constituidos con el errado criterio de individualizar y realizar aún más una asignatura un aspecto de la profesión, no son sino factores disociadores en la mente del estudiante y del futuro Odontólogo. Y es que también se pretende llevar al alumno todos los conocimientos disponibles, teóricos y prácticos, como si éstos no fueran tanto en razón de los progresos hasta ahora logrados; bien con el propósito de que como futuros profesionales ejerzan mejor para su superación del gremio, o para que presten mayor servicio a la comunidad.

* Este apartado se corresponde con la editorial de la Revista Odontología UN de Colombia 1966. Volumen 4 (2): 77-79. Se ha transcrito en su totalidad, conservando su contenido original, solo en algunos casos fue adecuado su lenguaje.

Citación sugerida

Revista Odontología UN de Colombia. Editorial: Odontología y medio social. *Acta Odontológica Colombiana* [en línea] 2014, [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; 5(1): 147-148. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

La posición anterior es equivocada. Y es equivocada porque los objetivos que se buscan son loables, pero los métodos y sistemas empleados son absurdos. Además, los progresos alcanzados por la pedagogía, como nuevos sistemas de aprendizaje y de enseñanza, la forma como se deben motivar los estudiantes para vencer su pasividad, su inconformidad y ansiedad, la posibilidad de capacitar al profesorado en aspectos docentes, hacen pensar en que se necesita un cambio fundamental.

Agregamos también la conveniencia, que ya hemos expresado, de estructurar al Odontólogo de acuerdo con las necesidades de la sociedad a la cual va a servir, con la que tiene obligaciones ineludibles y a cuyo progreso y desarrollo está comprometido a contribuir. Porque en este momento llegamos a la imagen del Odontólogo que se ha llamado del período humanístico, como etapa última innecesaria el desarrollo de la enseñanza. Vamos a describirlo como el Odontólogo realmente integral, con definido criterio social, capaz de asumir totalmente su condición de profesional. Su estructuración sería la siguiente:

Ciclo básico + Ciencias básicas Médicas y Odontológicas + Conocimiento de problemas de salud y enfermedad oral y soluciones fundamentales + Técnicas de laboratorio + Técnicas clínicas + Odontología social = Odontología integral.

Lo anterior implica de manera principalísima motivación del estudiante desde el primer momento, con determinación precisa de objetivos cuyo logro se irá evaluando; orientación a lo largo de los estudios hacia la prevención; en igual forma, inclusión en el currículum de Ciencias del comportamiento, también con los objetivos que determinen la sección de Odontología social que las agrupa; departamentalización con amplio criterio de interrogación y no de manera insular y aislacionista; capacitación profesional y fomento de la investigación; reorganización total del sistema y métodos de enseñanza, sistemas y métodos de evaluación; acercamiento y funcionalidad con otras unidades de la Universidad, como Ciencias de la educación, psicología, sociología, economía; liberalidad, esto no menos importante, en la formación profesional; en fin, se impone una reforma sustancial desde los puntos de vista docente y académico.

El esfuerzo que debe realizarse es grande. El concurso de la profesión es indispensable. La colaboración y mente abierta de los profesores y estudiantes, son necesarios. Como estamos convencidos de que este cambio es inaplazable y benéfico, hemos deseado estudiar y discutir ampliamente este asunto. Tal es el motivo del seminario que se llevará a cabo en la primera semana del próximo mes de junio.

Es de esperar que ciertas dificultades se puedan superar; y evitar, como malintencionadamente se ha querido hacer, la identificación de estas reformas con cursos de profesionales auxiliares; porque si bien, un criterio social conduciría a pensar en ellas, no es cierto que constituyan único objetivo.

Nuestra condición humana nos induce íntimamente a la inmutabilidad, nos preocupan los cambios; reacción adversa debió observarse cuando se iniciaba la transición del período Artesanal de la profesión al período académico; por tal motivo son explicables ciertas posiciones en que de manera olímpica y convencional se disfraza el temor, y se arremete con furia a molinos de viento. Nosotros estamos firmemente convencidos de la urgencia de esta renovación y estamos dispuestos a adelantarla.

El presente documento tiene como origen las conversaciones adelantadas entre el Dr. Leonardo Arteaga Guzmán, Jefe de la zona IV de la Organización Panamericana de Salud, y los Dres. José Félix Patiño Restrepo y Alejandro Jiménez Arango, Rector de la Universidad y Decano hasta hace poco de la Facultad de Medicina, respectivamente.

En él se analizarán en forma sumaria, los proyectos que la Universidad ha venido programando y ejecutando en relación con las Ciencias de la Salud. Constituye un esquema general de un programa que, suficientemente detallado, será la base del definitivo que se presentará al Dr. Arreaza Guzmán próximamente.

El profesional de salud en Colombia.

Bajo los auspicios de la organización Panamericana de la Salud y de la fundación Milbank memorial, el Ministerio de Salud Pública de Colombia y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, adelantan actualmente un estudio de varias proyecciones sobre los recursos humanos para la salud y la educación médica.

Aunque este estudio sólo estará terminado a mediados de 1966, ya se tiene algunos datos que unidos a los resultados censales de 1964 y a otra información existente, permite una aproximación a ciertos aspectos del problema.

Colombia tiene actualmente 4.57 médicos por cada 10.000 habitantes. Se ha calculado que para poder llegar dentro de 20 años a la meta de 10 médicos por 10,000 habitantes, sería necesario aumentar el rendimiento académico en una rata actual de 60%, a 70% y graduar, a partir de 1972, a 1800 médicos por año. Ello implicaría que en 1966 comenzaron a funcionar 19 nuevas escuelas de Medicina, cada una de ellas con un cupo de 100 estudiantes (1). Esto, indudablemente está mucho más allá de las posibilidades del país.

Analizadas esta situación en Colombia y en otros países, se ha llegado a la conclusión clara de que los problemas de salud no pueden ser afrontado sólo a base de personal médico. Resulta indispensable diseñar nuevos procedimientos de atención a la salud que puedan ser ejecutados por el personal que nuestras instituciones pueda formar en un futuro previsible.

Dentro de esta línea de pensamiento se ha venido trabajando en la conformación de equipos multi-profesionales que, bajo la dirección del médico puedan atender los problemas de salud de las comunidades. Esta parece ser una respuesta racional a la gran escasez de personal médico

* Este apartado fue publicado dentro de la sección Temas educacionales de la Revista Odontología UN de Colombia 1966. Volumen 4 (2): 80-86. Se ha transcrito en su totalidad, conservando su contenido original, solo en algunos casos fue adecuado su lenguaje.

Citación sugerida

Revista Odontología UN de Colombia. Facultad de Ciencias de la Salud. *Acta Odontológica Colombiana* [en línea] 2014, [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; 5(1): 149-155. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

que afrontan los países en desarrollo, y pone de presente la importancia del personal paramédico y auxiliar.

En Colombia la escasez de este personal es aún más aguda. Según se deduce de datos recopilados recientemente (2), por cada 100 médicos en ejercicio existen 16.5 Odontólogos, 15 enfermeras de nivel universitario, 16.5 enfermeras auxiliares y 18 técnicos auxiliares en diversos campos de la Medicina (laboratoristas clínico, fisioterapeutas, técnicos de radiología, auxiliares de anestesia, nutricionistas, auxiliares quirúrgicos, etc.). Esto significa que muy seguramente el escaso personal médico existente está empleando buena parte de su tiempo en labores que debería delegar a o personal auxiliar existente.

Si bien se necesitan grandes recursos para ampliar en forma considerable los programas docentes para la formación de médicos y aun así no se podía todavía alcanzar metas satisfactorias; es evidente que nuestras instituciones están capacitadas para desarrollar programas múltiples y vigorosos para la formación de personal paramédico y auxiliar. Esta fundación ya ha sido señalada claramente como una manifiesta responsabilidad universitaria (3,4).

La estructura universitaria y las profesiones de la salud.

La actual estructura universitaria en los países de América Latina difícilmente permite la realización de un programa que, sin exceder los recursos económicos existentes, logre la formación del personal de salud que nuestros países necesitan.

En efecto, nuestras Universidades, orientadas por patrones tradicionales, han organizado habitualmente tres o cuatro escuelas para la formación de otros tantos tipos de profesionales en el campo de la salud: Medicina, Odontología, Farmacia y Enfermería.

Citando como ejemplo la Universidad Nacional de Colombia, han existido en ella las Facultades de Medicina, Odontología, Enfermería y Farmacia. Cada una de ellas con sus propios edificios, sus decanos y administradores, su propio profesorado, equipos insuficientes pero duplicados y un aislamiento más o menos completo del resto de la Universidad. Esta situación era la misma en toda la Universidad, de manera que cada profesión requería una nueva facultad o escuela con lo cual el número de unidades docentes fue creciendo en forma inmoderada, y la posibilidad de desarrollar las líneas profesionales se fue limitando sin que la Universidad pudiera responder a la creciente demanda de profesional diversificado por parte de una sociedad y una economía en vías de desarrollo. Consciente de este problema, la Universidad Nacional inició en 1964 un vasto programa de integración académica que ya está en plena realización. Como meta de este programa se espera reducir a seis las 24 Facultades que existieron hasta 1964. Ya se organiza la facultad de Ingeniería, la de Ciencias que agrupa a siete antiguas Facultades, la de Artes que agrupa a cuatro y, está en vías de integración, la facultad de Ciencias Sociales. Las tres últimas Facultades mencionadas constituirían el trípode sobre el cual se desarrollarán los estudios profesionales, los cuales estarán a cargo de estas y otras Facultades. Una de ellas era la facultad de Ciencias de la Salud.

La facultad de Ciencias de la Salud

La facultad de Ciencias de la Salud es la respuesta, en la orden académica, a la formación del grupo multi-profesional que habrá de cuidar la salud de nuestras comunidades.

Así como se ha concluido que la atención a la salud en los países en desarrollo no puede quedar confiada a la práctica individual y aislada de unos cuantos profesionales, de igual manera la integración de los profesionales de la salud debe reflejarse en la misma estructura de la Universidad y en la ejecución de sus programas.

La Facultad de Ciencias de la Salud, en la Universidad Nacional de Colombia, agrupará a las actuales Facultades de Medicina, de Odontología y de Enfermería y tendrá a su cargo el desarrollo de nuevas líneas profesionales en el campo de la salud.

Dentro del sistema disgregado y un tanto federativo que hasta ahora ha imperado, las mencionadas Facultades se han encontrado desconectadas entre sí, duplicando los escasos recursos humanos y materiales existentes, con cátedras, secciones y departamento relativamente débiles y especialmente sin una orientación definida de su actividad en relación con la necesaria función de la Universidad como factor de desarrollo. Ciertamente que estas escuelas, hasta ahora, se habían venido preocupando solamente de formar profesionales dentro de patrones aceptables pero sin un concepto claro de la misión del profesional dentro de la comunidad o de la contribución que al desarrollo debería ser la educación superior.

La futura Facultad de Ciencias de la Salud tiene como objetivo desarrollar, dentro de una clara comprensión de la demanda existente por personal de la salud y de las especiales modalidades de atención a la salud que imponen los cambiantes factores Sociales y económicos de nuestro país, es desarrollar las funciones universitarias de docencia e investigación en el campo amplio de la salud, con miras a la formación del personal en profesionales múltiples y en diversos niveles, que irá a constituir el equipo de salud y a la investigación de las modalidades que harán más eficiente su desempeño.

La integración de esta facultad de Ciencias de la Salud se inició a finales de 1964 e implica las características que a continuación se destacan.

Integración administrativa

Como ya se ha dicho, han existido otras Facultades (Medicina, Odontología y Enfermería) relacionadas con las profesiones de la salud. Una cuarta, la de Farmacia, con el transcurso del tiempo, se fue convirtiendo en Química Industrial Farmacéutica y por lo tanto se integró a otra facultad. La nueva Facultad de Ciencias de la Salud será una unidad administrativa bajo la administración única de un consejo directivo y de un decano, asesorado por uno o más vice decanos. A la Facultad le corresponde directamente la función de organizar y controlar la formación profesional en las diversas carreras vinculadas a ella, elaborar los planes de enseñanza, supervisar la enseñanza que imparten los diversos Departamentos, atender los problemas estudiantiles y preparar y ejecutar su presupuesto.

Integración académica. Departamentalización

Las funciones de orden académico que a la facultad le corresponden serán ejecutadas por los Departamentos. De las Facultades que se integran, sólo la de Medicina tiene una estructura departamental clara y definida. No parece difícil, sin embargo, que en los programas que adelantan

las otras dos Facultades puedan y deban continuar realizándose en base a una estructura departamental. Esto ya se ha logrado en tres Departamentos: Morfología, Ciencias Fisiológicas y Medicina preventiva, con lo cual se ha logrado gran articulación y elevación de los niveles en los programas docentes.

Es el departamento de la unidad primaria de la facultad y en él se desarrollan con toda amplitud las funciones universitarias de docencia e investigación. Debe cultivar su campo en todos los niveles, es decir, desde la docencia elemental y básica hasta la formación de especialistas y la investigación especializada. Con tal fin debe diseñar cursos de diversos niveles en una misma disciplina ajustados a los requerimientos de las varias carreras. Como se señala más adelante, no se identificará a un departamento con una carrera, sino que colaborará con sus programas a algunas de ellas.

Integración académica. Las carreras

Las diversas carreras profesionales en el campo de la salud humana estarán administradas por la facultad de Ciencias de la Salud. No formaran escuelas separadas dentro de la facultad, ni tampoco tendrán identificación con ningún departamento. En esta forma, el estudiante sigue un programa docente (currículum) y va pasando por los diversos Departamentos de la Facultad o de otras Facultades.

Existiendo múltiples carreras dentro de la Facultad, es posible que los Departamentos diseñen cursos que sirvan a dos o más carreras, especialmente para los años inferiores. Inclusive, se contempla que uno o más de los primeros semestres de varias carreras sean comunes, con lo cual se facilitará la reorientación profesional de los estudiantes, con merma de la deserción académica y económica de los recursos.

Dentro de la nueva estructura se organizó la carrera de Nutrición y Dietética a comienzos de 1965, y hasta ahora los resultados han sido altamente satisfactorios. Existen varias comisiones de profesionales estudiando la factibilidad y conveniencia de establecer otras carreras: técnicos de laboratorio clínico, técnicos en rayos X, fisioterapia y rehabilitación, auxiliares de Enfermería, auxiliares quirúrgicas, Optómetras, técnicos de laboratorio óptico, mecánicos dentales, auxiliares de Odontología, auxiliares de anestesia y fono audiología. De estos informes se deducirá cuáles de estas carreras en establecer en 1966, cuáles en años posteriores y cuáles deben descartarse.

Los estudiantes se matriculan en la Universidad y seguirán el programa docente en la carrera que hayan escogido, pero todos los asuntos relacionados con su carrera y otros aspectos académicos serán administradas por la facultad de Ciencias de la Salud.

Cupos y semestralización

A pesar de las deficiencias existentes, los estudios realizados han mostrado una subutilización de los recursos. La Universidad está estudiando su real capacidad docente para fijar cupos máximos en las diversas carreras.

Por otra parte, con las modificaciones de orden académico, que se han realizado en los últimos años, hoy en día prácticamente todos los cursos están semestralizados. En estas condiciones ha

sido posible efectuar una admisión de estudiantes cada semestre, un número inferior al de las administraciones anuales que anteriormente se hacían, con lo cual se disminuye moderadamente el volumen de cada grupo y se aumentará significativamente el número total de estudiantes.

El poder ofrecer cursos comunes a varias carreras que normalmente cuentan con un número bajo de estudiantes, permite igualmente un mayor aprovechamiento del personal y de las Facultades.

Los estudios básicos pre profesionales

Atrás se mencionó, cómo tres de las nuevas Facultades integradas: la de Ciencias, la de Artes y la de Ciencias Sociales constituyen el fundamento de las carreras profesionales y la estructura sobre la cual se desarrollarán los estudios generales.

En efecto, tienen estas tres Facultades, entre otras, la responsabilidad de dictar los cursos básicos pre profesionales necesarios para las diversas profesiones. En el caso de las carreras de Ciencias de la Salud, estos recursos comprenden principalmente ciencias básicas generales y Ciencias Sociales.

Las demás Facultades, incluyendo la de Ciencias de la Salud, tendrán un carácter esencialmente profesional. Esto significa que, sin que se rompa la necesaria coordinación universitaria entre las diversas unidades, las Facultades profesionales no son responsables de la formación de los estudiantes en su periodo pre profesional. Por ejemplo, en el caso de la Medicina, a partir del presente año 1965 los estudiantes que desean seguir esta carrera se han matriculado en la facultad de Ciencias donde, durante un periodo de dos a cuatro semestres concluirán ciertos requisitos con lo cual serán admitidos posteriormente la facultad de Ciencias de la Salud para seguir los estudios propiamente médicos.

El equipo de la salud en el nivel pre graduado

Después de las explicaciones que anteceden, es fácil ver cómo desde el nivel del pre graduado la facultad de Ciencias de la Salud permite la conformación del equipo pluri-profesional que ha de actuar en la práctica futura.

En efecto, la integración académica de la facultad obliga a poner en relación a los estudiantes de varias carreras durante toda su vida universitaria, con frecuencia como participantes en cursos que les son comunes y, especialmente, como miembros de una sola unidad académica.

Por otra parte, los programas de demostración que se realizan en los hospitales, centros de salud y laboratorios de población mostrarán a cada grupo estudiantes cuál en su papel como miembro del equipo de salud, que puede esperar y que puede solicitar de los otros profesionales y, principalmente, como por la acción conjunta del grupo pueden atenderse en forma efectiva y global a los problemas de salud de una comunidad.

La facultad de Ciencias de la Salud y el Centro médico universitario

Paralelamente con estos planteamientos, la Universidad está adelantando los estudios necesarios para el establecimiento de un Centro Médico Universitario, que estructural y funcionalmente, responda al programa académico. Con tal fin, adquirió un terreno anexo a los hospitales universitarios, que hoy tienen una capacidad de 2600 camas, en la cual proyecta construir las edificaciones necesarias para la futura facultad de Ciencias de la Salud, con todos sus anexos y dependencias. En esta forma se evitará la dispersión geográfica, ya que actualmente los Departamentos de Ciencias básicas médicas y parte de las clínicas odontológicas funcionan distantes en la Ciudad universitaria. La ubicación del Centro médico es altamente conveniente, por cuanto se encuentra dentro de un área urbana con una numerosa población de bajos recursos económicos, muy característica de nuestras ciudades.

Por otra parte, de acuerdo con proyectos que se adelantan con el Ministerio de Salud Pública, éste será el centro de un programa de regionalización en un área extensa, en la cual la facultad Medicina ya ha asumido responsabilidad en el campo de la educación médica continua. Dentro de esta área está la zona de Madrid, en la cual el departamento de Medicina preventiva (ya integrado por las Facultades de Ciencias de la Salud) inicia los programas extra murales multi-profesionales arriba mencionados.

Realizaciones y proyectos

La creación de la facultad de Ciencias de la Salud fue ordenada por el Consejo Superior universitario, a finales de 1964 y se recomendó estudiar y preparar los programas específicos para su realización a una comisión constituida por los decanos de las Facultades de Medicina, de Odontología y de Enfermería. Como resultado de estos trabajos, se han logrado las siguientes realizaciones:

- a. Creación e integración completa de tres de los Departamentos de la nueva Facultad: Morfología, Ciencias fisiológicas y Medicina preventiva.
- b. Establecimiento de la carrera de Nutrición y Dietética dentro de la nueva estructura académica.
- c. Organización del programa extramural de Madrid a cargo del Departamento de Medicina preventiva.
- d. Semestralización de los cursos y admisión semestral en la Facultad de Medicina.
- e. Organización de los programas básicos pre profesionales para los candidatos a estudiar Medicina, y matrícula de éstos en la Facultad de Ciencias
- f. Adquisición de un terreno para el Centro médico universitario y anteproyecto del mismo
- g. Integración de la biblioteca, agrupando las existentes en la facultad de Medicina, Odontología y Enfermería
- h. Estudio sobre utilización de áreas y equipos

Dentro del proceso de integración progresiva, se adelantan trabajos sobre los siguientes pasos:

- a. Integración de otros Departamentos. El próximo departamento que deberá integrarse será el de patología
- b. Estudios de factibilidad y conveniencias sobre otras carreras en el campo de la salud, atrás mencionadas
- c. Organización de los programas básicos pre profesionales para carreras diferentes a la Medicina
- d. Estudio sobre financiación del Centro médico universitario
- e. Preparación de un proyecto formal con suficiente información cuantitativa, para ser presentado a la organización Panamericana de la Salud a comienzos de 1966.

Referencias bibliográficas

1. [Asociación colombiana de Facultades de Medicina](#). División de educación, planeación y desarrollo. Estimativos de número de médicos actuales y futuros, frente al crecimiento de la población en Colombia 1965.
2. [ICETEX - Estudio sobre Recursos Humanos de alto nivel](#). Colombia, 1965.
3. [Association of American Medical Colleges](#). A World Program for Health Man power. 1965.
4. [Jiménez Arango Alejandro - Medical Education and Medical Care in developing Countries](#). 93rd. Annual Meeting APHA. Chicago, October, 1965.

La integración académica*

Alejandro Jiménez Arango**

El elemento fundamental de la reforma de la Universidad Nacional es su reestructuración académica. Por razones históricas y de otra índole, la Universidad Nacional, en cuanto a sus estructuras docentes se refiere, no ha progresado de acuerdo con un proceso articulado con base en una función general universitaria, sino que ha seguido el tradicional patrón de las líneas profesionales.

En efecto, habiéndose reorganizado la Universidad con tantas unidades docentes cuántas profesiones liberales existían, sus unidades se han venido multiplicando en la medida en que el progreso de la ciencia y de la técnica, con la demanda de la comunidad, imponían el desarrollo de nuevas carreras. La estructura existente exigía, entonces, el que toda nueva carrera profesional implicara la creación de una nueva facultad con su profesorado propio, su edificio, su administración separada y su natural independencia y aislamiento de las demás unidades de la Universidad.

Ha surgido una conciencia nacional que se preocupa con afán de este fenómeno de disgregación universitaria que tanto perjuicio representa. La asociación Colombiana de Universidades ha promovido importantes reuniones a nivel rectoral con el fin de abatir el problema. Y las Universidades de Colombia han decidido revocar este concepto de mantener una facultad para cada profesión, en favor de una organización multi-profesional que al estar dividida en unidades departamentalizadas puedan dar enseñanza coordinadora en diferentes carreras y otorgar títulos en profesiones afines.

Esta proliferación de Facultades ha sido una de las principales causas de tres de los principales defectos que se han señalado a nuestra Universidad: la tendencia exclusivamente profesionalista en detrimento de un verdadero espíritu universitario; la innecesaria y antieconómica duplicación de los siempre escasos recursos humanos y materiales, y la rigidez en los sistemas que dificulta sobremanera la creación de nuevas líneas profesionales y que estimula el aislamiento de profesores y estudiantes que viven dentro de la órbita estricta de su propia profesión.

El carácter exclusivamente profesional de los programas universitarios es evidente: el estudiante, apenas terminados los estudios secundarios, presenta un examen de admisión a la Universidad para seguir una determinada carrera. Esta decisión muchas veces prematura e insuficientemente motivada, es irrevocable. Introducido desde su ingreso a la Universidad un estudio puramente profesional, ese estudiante no puede reconsiderar la motivación que lo llevó a escoger determinada carrera. Si lo hace tendrá que volver a comenzar el proceso de ingreso a la Universidad y

* Este apartado fue publicado dentro de la sección Temas educacionales de la Revista Odontología UN de Colombia 1966. Volumen 4 (2): 87-93. Se ha transcrito en su totalidad, conservando su contenido original, solo en algunos casos fue adecuado su lenguaje.

** El Dr. Alejandro Jiménez Arango fue Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad; ejerció en la Programación académica de la Universidad Nacional de Colombia.

Citación sugerida

Jiménez A. La integración académica. *Acta Odontológica Colombiana* [en línea] 2014, [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; 5(1): 156-161. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

generalmente nada de lo que ha hecho hasta entonces le servirá para su nueva profesión, así sea ésta afín a la que escogió inicialmente.

Desde que entra a la Universidad, y durante todo el tiempo que en ella permanece, sus actividades se desarrollarán exclusivamente en un edificio que corresponde a la facultad de su carrera y que simboliza para la profesión que ha escogido. Solamente se codea con compañeros que tienen las mismas metas y aspiraciones, durante años ignora lo que sucede en el edificio que se levanta a pocos metros, en donde otro grupo de estudiantes en similares condiciones de aislamiento están estudiando para otra profesión. Sus profesores, en su casi totalidad son exponentes distinguidos de una sola profesión y ellos, también, están sujetos al mismo aislamiento que sus discípulos. Tampoco tienen ellos la oportunidad y ven la necesidad de alternar con otros miembros de la comunidad universitaria y concentran la totalidad de sus actividades y sus esfuerzos en su propia facultad y muy frecuentemente en su sola cátedra o asignatura. Dentro de este sistema de organización no puede existir la Universidad académica y por lo tanto la Universidad no tiene sentido. Esta queda restringida y limitada a la administración central de un grupo de escuelas profesionales o, como frecuentemente se ha dicho, a una "Federación de Facultades".

La tendencia a crear una facultad nueva para carrera profesional llegó, en el año 1964, a la situación en que existía en la Universidad Nacional 26 diferentes Facultades que ofrecían un total de 32 carreras profesionales. Como es de suponerse, la dispersión de los recursos, la multiplicación de las Facultades y la subutilización de los elementos humanos y materiales era grande. En Facultades afines veíamos la experiencia de iguales o similares Departamentos y secciones, todos ellos con precario desarrollo, con profesorado insuficiente y con equipos y Facultades escasos, pero duplicados o multiplicados. Cada facultad, desde luego, debía contar con un rol administrativo completo: decano, secretario, oficina de calificaciones y de archivo, almacenistas, mecanógrafas, porteros, etc. por otra parte, los estudios sobre uso de facilidades físicas mostraron la bajísima utilización de aulas y laboratorios. Cada vez que en una facultad se necesitaba un nuevo espacio, la Universidad debía proceder a realizar una nueva construcción, sin tener en cuenta que dentro del mismo predio de la ciudad universitaria existían facilidades similares con bajo índice de ocupación. Sin embargo, la tradición impedirá que una facultad pudiera usar las facilidades reservadas a otra, ya que éste era mirado como inadmisibles, intromisión en fortalezas celosamente defendidas, rodeadas de invisibles focos y murallas y que muy difícilmente bajaban su puente levadizo.

En estas condiciones, el crear los mecanismos necesarios para la docencia en una nueva carrera, significaba para la Universidad empresa de gran envergadura. Debía comenzar por construir un nuevo edificio, reclutar todo un profesorado nuevo, adquirir los equipos elementos necesarios para poner en función los laboratorios y talleres, montar todo un nuevo aparato de administración docente. En resumen, crear una nueva facultad. Así se entiende por qué la Universidad, a pesar de contar con un elevadísimo número de Facultades, ofrece oportunidades sólo en unas pocas carreras profesionales. Su ritmo de diversificación docente ha estado muy por debajo de la demanda que imponen las necesidades del país y el creciente desarrollo de la ciencia y la técnica. Mientras sea necesario crear una nueva facultad para toda nueva carrera profesional, es previsible que la Universidad continuará muy a la zaga de poder satisfacer la demanda que la comunidad le impone.

En el transcurso de este proceso ha sido inevitable que las Facultades y en algunos casos los Departamentos, se hayan identificado con carreras específicas. La casi totalidad de las Facultades tiene a su cargo la administración de una sola carrera, en ocasiones con algunas especializaciones. En cuanto a los actuales Departamentos, su función y significación son notoriamente variados,

índices claros de una falta de definición sobre esta importante estructura universitaria: algunos Departamentos tienen como función la administración de una carrera o de una especialidad dentro de una carrera; otros son servicios a nivel universitario que ofrece programas a diversas unidades, generalmente para la docencia de estudiantes en los primeros años de una carrera; otros tienen a su cargo funciones estrictamente administrativas y otros, por fin, solamente significan el lugar donde se realizan ciertas prácticas.

Tampoco ha resultado claro que es una facultad y que es una escuela, y qué diferencia hay entre uno y otro organismo, sin mencionar otras nomenclaturas por las cuales se conoce a varias de las unidades de la Universidad. Esta confesión alcanza a reflejarse aún en la ley orgánica de la Universidad, actualmente vigente.

El programa de integración

Los defectos anotados que no son exclusivos de la Universidad Nacional sino que abarcan a toda la Universidad colombiana, han llevado a un movimiento nacional de integración de sus unidades académicas. Se busca, en esta forma, reagrupar las unidades primarias de la Universidad en un número reducido de verdaderas "Facultades", cada una de las cuales abarquen en forma integral un amplio determinado campo del saber o, dicho en otra forma, de la investigación y de la enseñanza.

Para que este proyecto tenga una cabal realización y responda a un sólido funcionamiento universitario, ha sido necesario definir con precisión qué es una facultad y cuáles son sus funciones específicas, que es un Instituto, un departamento una sección, cómo y dónde se administran las carreras, a donde están escritos los profesores y los estudiantes y, en general, que estructura tendrán las nuevas unidades integradas con el fin de que tengan solidez y al mismo tiempo la elasticidad necesaria para el desarrollo de una verdadera función universitaria.

Se ha acordado que la facultad sea la unidad académica fundamental de la Universidad, con base en el criterio anterior expuesto y que cada facultad esté dividida en departamento, cada uno de los cuales será la unidad operativa fundamental para el desarrollo de las actividades de docencia y de investigación en un campo amplio del saber.

A la Facultad le corresponde directamente la función de organizar y controlar la formación profesional en varias carreras vinculadas. Esta formación se realiza en parte dentro de los Departamentos de la propia facultad y en parte en Departamentos de otras Facultades; pero la configuración total de una carrera no es responsabilidad de ningún departamento sino que incumbe directamente a la facultad como tal.

Corresponde la Facultad elaborar los planes de enseñanza para someterlos a la aprobación del Consejo académico. Para ello tendrá en cuenta las normas generales de la Universidad y tendrán que apelar a la colaboración de otras Facultades, ya que ciertas asignaturas de la carrera en cuestión corresponden al campo docente de otras Facultades. Sin embargo, la configuración del programa total de estudios debe elaborarse en la facultad en la cual está radicada la carrera respectiva.

Corresponde la Facultad la administración de las respectivas carreras. Con tal fin, debe supervisar la enseñanza que imparten los Departamentos y secciones propios y coordinar con otras unidades docentes de la Universidad la enseñanza que sus estudiantes reciben en ellas. Esta coordinación puede

limitarse a elegir entre los programas ofrecidos por otra facultad el que parezca más apropiado para las finalidades buscadas o en proponer a la otra facultad el desarrollo de un programa específico para las necesidades de la carrera en cuestión.

Corresponde a la Facultad atender los problemas de los estudiantes de todas las carreras que se cursan en ella. A través de sus funcionarios, del Consejo directivo y de sus comités permanentes, debe atender todos los problemas de carácter docente, los cuales no deben ser de competencia en ningún departamento, deben resolver los asuntos disciplinarios y, en coordinación con los organismos centrales de la Universidad debe cooperar a los programas de bienestar estudiantil, a los procesos de admisión y selección, a los procesos de registro de profesores, de estudiantes y de calificaciones, a la elaboración de datos estadísticos, etc. En conclusión, los estudiantes pertenecen a la facultad y en ningún caso al departamento. Sus estudios se realizarán a través de los Departamentos de la propia facultad o de otras Facultades.

La facultad de administrar todas las carreras correspondientes a su campo y que por lo tanto tenga interés y cierta afinidad. Dentro de la programación de los planes de estudio, fácilmente se puede llegar a que ciertas carreras tengan una etapa común en los primeros años, lo cual permitirá la unificación de algunos cursos para varias carreras, la posibilidad de reorientación profesional oportuna, con utilización y aprovechamiento de los programas ya realizados y, especialmente, la relación interpersonal desde una época temprana entre estudiantes que siguen carreras afines y que habitualmente, deberán formar grupos multidisciplinarios para la práctica profesional. El departamento en la unidad primaria de una facultad y el organismo en el cual se desarrollan con toda amplitud e intensidad las actividades académicas propiamente dichas, es decir, la docencia y la investigación. El departamento debe abarcar un campo amplio de la ciencia, el arte o de la técnica.

Esta delimitación, sin embargo, es precisa y debe ser definida, en cada caso, y por la misma Universidad. Se ha previsto, sin embargo, como orientación general, que el departamento debe cultivar su campo respectivo en todos los niveles, es decir, desde la docencia en los niveles básicos hasta la formación de especialistas y la investigación especializada. No puede haber un departamento que trabaje solamente en los niveles elementales o simplemente prácticos o que no desarrolle actividades en el campo de la investigación. También se ha considerado que para que un Departamento llegue a tener carácter debe servir a varias carreras dentro y fuera de la misma Facultad.

Esta consideración no hace relación con un campo específico que corresponde al Departamento, sino más bien con su magnitud y su función de servicio universitario tiende a evitar la identificación de un Departamento con una carrera y busca el que el Departamento preste una función ampliamente universitaria. Si bien no corresponde a los Departamentos la administración de las carreras, sí tienen estos una responsabilidad definida en la organización de los respectivos cursos y asignaturas. Deben fijar los Departamentos el nivel y el contenido de los programas, los textos de estudios y los programas de enseñanza. Todo ello, desde luego, en estrecha coordinación con los organismos responsables de la administración de las carreras, es decir, con el consejo Directivo de su propia Facultad y con los de aquellas que administran carreras cuyos cursos corresponden al Departamento en cuestión.

El personal docente e investigativo pertenece a la universidad pero, para el desarrollo de las funciones específicas, debe estar adscrito a una Facultad y esta lo ubicará en uno de sus Departamentos. En cuanto a sus actividades en el campo de la docencia y de la investigación la función del profesor se identifica con la del Departamento y debe desarrollarse dentro de este. En cuanto a sus actividades en el campo de la docencia y de la investigación la función del profesor se identifica con la del

departamento y debe desarrollarse dentro de este. En cuanto a sus actividades administrativas en comités diversos, en tutoría de estudiantes, etc., cumple funciones que corresponden a la facultad y que debe esta asignarle, independientemente de la actividad que el profesor desempeñe dentro del Departamento.

Dentro de este tipo de estructura, el jefe o director del departamento tienen funciones de la más alta importancia. No solamente tienen a su cargo la administración de las labores académicas que el departamento desempeña, sino que debe formar parte del cuerpo directivo académico de la facultad. Con tal fin, se ha previsto que los directores de departamento constituyan un cuerpo consultivo del Consejo directivo de la facultad en asuntos técnicos, con funciones tales como la preparación de planes de estudio, la revisión de proyectos de investigación, el estudio y la evaluación del personal docente para nombramiento y promoción y, en general, toda clase de recomendaciones sobre la política académica de la facultad. Se ha previsto que puedan existir unidades de menor tamaño e importancia que el departamento para mejor administración de las actividades y programas y para una racional distribución de las funciones. Estas divisiones y subdivisiones podrán ser las secciones y las unidades, siguiendo la nomenclatura que se ha venido utilizando en la Universidad.

Se ha previsto que puedan existir ciertas unidades dedicadas fundamentalmente a la investigación, a las cuales se ha denominado "Instituto", adoptando la nomenclatura prevista en la ley 65 en 1963. Sin embargo, con el objeto de no quebrantar la estructura de las Facultades, los Institutos no tendrán una entidad similar a la de estas unidades, sino que serán fundamentalmente órganos para la coordinación el desarrollo de las actividades investigativas, bien sea dentro o de la facultad o como resultado de la actividad conjunta de varias Facultades.

Los Institutos tendrán a su cargo funciones de investigación de carácter continuo o permanente y preferentemente en el campo interdisciplinario; bien sea que su actividad corresponda a varios Departamentos de una sola facultad (Instituto intrafacultad o inter departamento) o a varias Facultades (Instituto, inter Facultades).

En estas condiciones, no habrá personal que pertenezca exclusivamente a un Instituto. En los Institutos trabajarán y cooperarán profesores de aquellas Facultades Departamentos cuyo campo de investigación corresponda al espacio señalado para el Instituto respectivo. Se espera que en los Institutos se desarrolle investigación de alto nivel y por lo tanto no estará excluida de ellos la docencia, especialmente en el nivel de graduados. En tal forma, el Instituto será una entidad no solamente para la investigación, sino para la docencia, y su carácter será fundamentalmente el de un organismo de coordinación que canalice y facilite la elaboración investigativa inter disciplinaria.

En el proceso de integración académica, la audiencia nacional ha puesto particular interés en aquellas Facultades que, por su misma naturaleza, tienen a su cargo la docencia en el ciclo básico de muchas profesiones y que por lo tanto tendrá función docente, prácticamente con todos los estudiantes de la Universidad en sus primeros años. Es ésta la primera aproximación a la organización de un sistema estudios generales, del cual se habla más adelante.

La futura organización de los estudiantes generales se asociará sobre tres pilares fundamentales constituidos por Facultades que ya están integradas o en vías de integración: la de Ciencias, la de Artes y la de Ciencias Sociales. Como anexos al presente capítulo se transcriben los acuerdos y proyectos de acuerdo por los cuales se integran las tres mencionadas Facultades, los cuales muestran la aplicación práctica y real de los principios arriba expuestos. Para una segunda etapa se contempla la integración

de las Facultades de carácter puramente profesional, integración que podrá llevarse a cabo en forma total, como la de las tres Facultades mencionadas, o en forma progresiva como en la facultad de Ciencias de la Salud, en donde se están integrando y creando sucesivamente los Departamentos que han de constituirlos. En esta facultad ya se han integrado los Departamentos de Morfología, Ciencias Fisiológicas y de Medicina preventiva, con lo cual dicha facultad ya es una realidad en la tercera parte de sus futuros Departamentos.

Aprovechando la nueva estructura, se han podido establecer nuevas carreras dentro de las unidades existentes sin necesidad de aumentar indebidamente el personal docente, ni las instalaciones físicas ni los equipos. Para las nuevas carreras que se han organizado, ha bastado un moderado incremento en el personal docente indispensable. Como ejemplos, se pueden citar las carreras de Nutrición y Dietética en la facultad de Ciencias de la Salud, la de Contaduría Pública y Administración de Empresas en la facultad de Economía y la de trabajo en la facultad de Ciencias Sociales. Dentro de las nuevas estructuras, tanto en las Facultades integradas como en las demás carreras que se han establecido, se han logrado cumplir la totalidad de los objetivos que se han señalado y que persigue este proceso de integración académica. Existe una clara conciencia entre todos los componentes de la Universidad de la necesidad y de la urgencia de completar este proceso. La experiencia proveniente de las primeras realizaciones ha sido feliz y augura que la transformación podrá llevarse a cabo en forma completa con obstáculos mucho menores que los previstos inicialmente dentro de un término de tiempo más corto que el previsto. Esta reforma fundamental en la estructura universitaria será la base fundamental para la realización de la nueva política que se está preconizando.

Aspectos orales en el estudio de recursos humanos para la salud y educación médica*

Álvaro Cruz Losada**

Introducción

La fundación Milbank memorial, considerando que dentro de los intereses que ha tenido a través del desarrollo de sus actividades, encaja el de formación de personal de la salud que aplique los conocimientos epidemiológicos en la solución de los problemas sanitarios, apoyó la realización de una conferencia referente a este importante aspecto (1), en la colaboración de la organización Panamericana de la Salud.

La presidencia de esa conferencia consideró de gran importancia efectuar investigaciones tendientes a conocer mejor la relación entre la miseria, la ignorancia, y la enfermedad, ante el actual peligro de disolución en que se encuentran las estructuras sociales, causado por el aumento poblacional, el desarrollo urbano, el progreso de las comunidades y la formación de nuevos estudios independientes (2), estos conocimientos nuevos deberán ser aplicados en la solución de los problemas de salud, mediante "una nueva distribución del personal de salud y sobre todo utilizando personal auxiliar" (2).

Como Latinoamérica se encuentra, en la actualidad, trabajando para su desarrollo social y económico, las universidades desean conocer cuál debe ser su aporte para la obtención de su objeto y dentro de ésta, las profesiones de salud. Este interés fue ampliamente acogido por todos los países del hemisferio.

El gobierno colombiano, al igual que el de otros al sur de los Estados Unidos, están elaborando un plan decenal de salud de la alianza para el progreso, en el cual fijan metas mínimas, entre las cuales se incluyen las relativas al adiestramiento del personal, como está establecido en la carta de Punta del Este y que dice: "Resolución A": 1. d. Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para las acciones de prevención y curación de las enfermedades. Con este fin es preciso: a. Determinar el número de técnicos de diversas categorías para cada función o profesión; b. Capacitar en servicio a los funcionarios actuales y formar progresivamente a otros en el mínimo indispensable, y, c. Ampliar o crear los centros educativos necesarios" (3).

* Este apartado fue publicado dentro de la sección Temas educacionales de la Revista Odontología UN de Colombia 1966. Volumen 4 (2): 94-99 y Volumen 4 (3): 180-189. Se ha transcrito en su totalidad, conservando su contenido original, solo en algunos casos fue adecuado su lenguaje.

** El Dr. Alvaro Cruz fue jefe Sección Odontología del Ministerio de Salud Pública. Profesor, Jefe de la sección de Odontología Preventiva y Social - Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad Nacional.

Citación sugerida

Cruz A. Aspectos orales en el estudio de recursos humanos para la salud y educación médica. *Acta Odontológica Colombiana* [en línea] 2014, [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; 5(1): 162-178. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Para ejecutar estas actividades, lógicamente se necesita saber el número de profesionales para la salud necesarios, así como la formación que se les deba dar, de acuerdo con los factores ecológicos imperantes y a la patología predominante en cada país.

El estudio en Colombia

Para considerar, las instituciones participantes en la conferencia, que el país que reunía los requisitos necesarios para desarrollar estas investigaciones propuestas, con miras a obtener los objetivos señalados, era Colombia, a esta nación se le hizo esa designación.

El gobierno colombiano por intermedio del Ministerio de Salud Pública, en conjunto con la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, aceptaron esa designación, y en la actualidad, asesorados y auspiciados por la organización Panamericana de la Salud y la fundación Milbank Memorial, realizaron el estudio de recursos humanos para la salud y educación médica, que a más de servir para elaborar el plan nacional de salud servirá, como ya fue dicho, como estudio modelo para el resto de los países que realicen, en el futuro, esta clase de investigaciones, en Hispanoamérica.

Dentro del estudio que se está efectuando, están involucrados aspectos orales, como partes integrantes de la salud, la cual no podría ser completa sin tenerlos en cuenta, máxime cuando hoy la Odontología Colombiana, considerándose como una profesión de salud, realizará la formación de sus profesionales como parte integrante de la facultad de Ciencias para la Salud.

Este estudio está dividido en las siguientes áreas:

1. Censo enfermería
2. Estudio de instituciones
3. Investigación nacional de morbilidad
4. Estudio de mortalidad.
5. Estudio socioeconómico.
6. Recursos médicos.
7. Educación médica.
8. Educación de enfermería.

Las cinco primeras corresponde realizarlas al Ministerio de Salud y las tres últimas a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. En el área de morbilidad están incluidos los aspectos orales, no apareciendo estos en otras áreas, pero cuyo conocimiento no será difícil, contando con la colaboración desinteresada de la profesión Odontológica, quien tiene la obligación de contemplarlos, ya que son muy importantes para su mejor conocimiento. El área de morbilidad está subdividida en dos fases: entrevista domiciliaria y evaluación clínica, cuyos objetivos son:

A – Generalidades (5)

1. Determinar el estado general de la salud de la población e investigar las características de la morbilidad en cuanto a sus causas, frecuencia, severidad y distribución y los más importantes factores ecológicos que en la afectan.
2. Determinar el impacto económico y social de la enfermedad sobre la familia.
3. Conocer las características de la atención médica en cuanto a su disponibilidad, calidad y costos, expresados a través de la demanda de servicios por parte de la familia, e investigar los aspectos sociales y económicos que la influyen.
4. Verificar el grado de integridad, veracidad, oportunidad y comparabilidad de los registros sobre algunos hechos vitales.
5. Desarrollar procedimientos metodológicos que permitan:
 - a. Definir bases para la planificación y operación de investigaciones de ese tipo en nuestro medio.
 - b. Adaptar técnicas para la obtención de información adecuada en calidad y cantidad (tasa de respuestas satisfactorias, desarrollo de unidades de medida, procedimientos de exámenes masivos y criterios diagnósticos)".

B – Específicos de la fase de entrevistas domiciliarias

1. Determinar los atributos que caracterizan la familia típica colombiana, tales como: composición, tamaño, grado de instrucción, condiciones sanitarias generales de la vivienda y factores socioeconómicos.
2. Conocer el estado de salud de la población explorando las características generales de la morbilidad y los diversos factores ecológicos que la afectan.
3. Determinar los factores de la enfermedad sobre la familia, expresados en términos de costos, incapacidad e invalidez.
4. Investigar las fuentes de atención médica y sus rasgos más importantes como: calidad, utilización, sistema de financiación, costos y actividad de la familia hacia los servicios de salud.
5. Verificar la calidad de los actos estadísticos sobre algunos hechos vitales como nacimientos vivos, desperdicio fetal, defunciones en menores de cinco años y averiguar características generales de los embarazos (número, duración, complicaciones, etc.).
6. Desarrollar métodos de trabajo que sirvan de base para experiencias ulteriores".

Población que se examina (6)

Se tomó una muestra probabilística representativa de la población colombiana, que cubrirá a la población civil, no institucional, de los 18 Departamentos, la cual constituye el 98.7% de la población total del país concentrada en el 52.7% de la superficie de él.

No se tomó población de los territorios nacionales (1.3%) por ser muy pequeña y su estudio muy difícil, dada la gran extensión en la cual se encuentra diseminada, la falta de medios de comunicación para llegar a ella, y el costo operacional.

Para obtener esta muestra se determinaron 706 unidades primarias de muestreo de los 18 Departamentos, con más de 5000 hts. Y centros de salud u otros servicios similares que ofrezcan facilidades para la instalación de equipo clínico. Aquellos municipios con menor de 5000 hts. Se anexaron al municipio más cercano poseedor de las facilidades anotadas anteriormente.

Las 706 unidades primarias de muestreo se clasifican en 40 estratos, de tal manera que hubiera el máximo de homogeneidad entre los componentes del extracto y el máximo de heterogeneidad entre un estrato y otro, para las siguientes características correlacionadas con salud (6).

1. Tamaño de las unidades, definidos en términos de población.
2. Porcentaje de población urbana.
3. Altitud.

Se seleccionó una unidad primaria, de cada uno de los estratos, utilizando la técnica de "selección controlada" sobre la base de los criterios:

1. Grupo departamento.
2. Indicador de servicios de salud.

De cada unidad primaria se tomaron 24 segmentos de unas 10 viviendas cada uno, con aproximadamente seis personas en cada vivienda. Para evitar cualquier problema imprevisto que dificulte la obtención de la información, se dividió la muestra en todos sus muestras, cada una de 20 unidades, dando, los datos obtenidos en cualquiera de las dos, información no sesgada para todo el país, suficiente para muchos usos inmediatos.

En estas viviendas se efectúa la entrevista domiciliaria y la de las personas que la integran (60) se toma una sub-muestra, de personas para el examen clínico, utilizando un intervalo constante de muestreo. Para evitar un error en la distribución por edad de las personas seleccionadas se hizo una clasificación en grupos de edades (7).

De este proceso de muestreo, se tienen que cada familia entrevistada representa 150 aproximadamente y cada individuo examinado representa 4000 colombianos, también, aproximadamente. El costo de cada examen clínico tiene un valor aproximado de \$1.500.00 para un costo total aproximado de \$6.000.000.00

Entrevista domiciliaria (7)

Ya vistos anteriormente los objetivos de la fase de entrevista domiciliaria, tenemos que en ella a cada uno de los miembros de la familia se le formulan las siguientes preguntas relativas a aspectos centrales:

1. ¿Ha tenido un dolor de diente o algún otro problema con su dentadura, durante el periodo comprendido entre el 1 enero 1965 y el momento presente?

Si
No

2. ¿Durante este periodo consultó usted algún dentista para este problema por cualquier otra razón?

Si
No

3. ¿Cuántas veces?

Número de veces.....

4. ¿Qué tipo de servicio recibido durante estas visitas?

Extracción
Obturación
Prótesis
Otros

5. ¿Dónde tuvo lugar el tratamiento o visita?

Casa
Institución
Consultorio
Otros

6. ¿Pagó usted o va pagar por estos servicios prestados entre el 1 enero 1965 el momento presente?

Totalmente
Parcialmente
No
No sabe

7. ¿Cuánto pagó a pagar?

\$ _____
No sabe

8. ¿Quién pagó por todo parte de los servicios que le prestaron?

I.C.S.S
Caja Prev
Patrón
Otros
Gratis
No sabe

9. ¿Cuánto tiempo hace que consultó a un dentista por última vez?

de años
Nunca
No sabe

Evaluación clínica (8).

Las personas seleccionadas por sub-muestreo, del grupo al cual se le hizo la entrevista domiciliaria, son sometidas a una serie de exámenes clínicos, que se realizan, haciendo pasar al paciente por las siguientes unidades de producción, y de acuerdo con la edad del examinado:

Recepción, agudeza visual, peso, talla, prueba cutánea, rayos X, examen físico, electrocardiograma, agudeza auditiva, examen oral y exámenes de laboratorio.

En las fases de examen clínico participa el siguiente personal: dos Médicos (un Pediatra y un Internista) un Odontólogo de Salud Pública, una Enfermera, una recepcionista, y una técnica de laboratorio. El Odontólogo es coordinador del equipo, cuyas funciones son:

Funciones del Odontólogo (9)

“Por su experiencia administrativa y su mayor estabilidad en el trabajo de campo, el Odontólogo actúa como coordinador de la unidad clínica. Sus labores como tal, son:

- a. Reclamar diariamente al supervisor y entregar a la recepcionista, las historias científicas de los pacientes citados para el día siguiente, y los suministros autorizados.
- b. Redistribuir el trabajo en la unidad ante la falta transitoria de alguno de sus miembros o la eventual sobrecarga de pacientes.
- c. Organizar con la recepcionista, el recurso de los pacientes a través del examen y el transporte de regreso de quienes lo requieran.
- d. Actuar como coordinador administrativo para todos los miembros de la unidad clínica, tratando de solucionar las dificultades que se presenten y que le consulten los demás funcionarios.
- e. Reunir periódicamente a todo el personal para examinar y discutir las experiencias en el trabajo de campo y tratar de superar las dificultades que se vayan presentando. Un resumen de estas discusiones le será entregado al supervisor.
- f. Responder ante el supervisor por las actividades, equipos y suministros de la unidad clínica.

- g. Reunirse diariamente con el supervisor para:
 - i. Analizar las historias producidas y las ausencias al examen.
 - ii. Asignar a los entrevistados las lecturas domiciliarias de pruebas cutáneas.
 - iii. Resolver los despachos de información y materiales a la oficina y laboratorios centrales.
 - iv. Estudiar las necesidades de la unidad clínica y su personal, consultando los informes de la auxiliar de laboratorio.
 - v. Examinar los suministros acordados en el día pasado y en el siguiente para las personas que asistan al examen.
 - vi. Reclamar al supervisor las historias de los citados para el día siguiente y revisar su contenido.
- h. Actuar como supervisor encargado en ausencia transitoria de éste y por su designación
- i. Organizar con el supervisor y los médicos residentes, las reuniones conjuntas con los entrevistados.

El Odontólogo como examinador

(Su supervisión como propuesta a cargo de los asesores de Odontología). Sus deberes en esta actividad comprenden:

- a. Desarrollar los siguientes procedimientos básicos:
 - i. Examen bucodental.
 - ii. Agudeza auditiva, en personas de ocho años y más.
- b. Controlar la integridad de los procedimientos realizados mediante su minuciosa revisión, antes de despedir al paciente.
- c. Controlar diariamente el funcionamiento del audiómetro al iniciar las pruebas auditivas.
- d. Ejecutar eventualmente electro cardiograma en individuos de 20 años y más.

Los exámenes que realiza el Odontólogo, además del eventual de la toma de electrocardiograma, son: la audiometría y el examen propiamente oral que comprende aspectos de: caries dental (índice de Russell), para todas las edades; cálculos (higiene oral), para todos los examinados; necesidades de prótesis, para personas de 1 a 18 años; Periodontopatías (índice de Russell), para todas las edades; cálculos (higiene oral), para todos los examinados; necesidades de prótesis, para personas de 15 años y más; y anomalías incapacitantes, para toda las edades.

Las cartas de exámenes utilizadas, aparecen a continuación con su correspondiente instructivo, en el cual están claramente establecidos los criterios que se tienen en cuenta.

12 - MORBILIDAD ORAL

UNIDAD	SEGMENTO	FAMILIA	PERSONA	E D A D (años)	S E X O M1 F2
--------	----------	---------	---------	-------------------	------------------

1. - CARIES DENTAL

		SUPERIOR															
		Derecho							Izquierdo								
		3M	2M	1M	2P	1P	C	1L	1C	1C	1L	C	1P	2P	1M	2M	3M
P.																	
T.		X	X	X												X	X
		INFERIOR															
		3M	2M	1M	2P	1P	C	1L	1C	1C	1L	C	1P	2P	1M	2M	3M
P.																	
T.		X	X	X												X	X
		TOTALES															
		Indice	C (c)	O (o)	E	Ei (e)	Indice	Sano	Total dientes								
CCP		1	2	3	4		5										
		6	7		8				9								

Instructivo

Esta carta fue elaborada por la sección de Odontología del Ministerio de Salud Pública, en colaboración con el Departamento Odontología Social y Preventiva de la Universidad y Antioquía, y la escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquía, asesorados por el asistente especial del jefe de la división de Salud Pública dental y recursos del servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica.

2. - ESTADO DE LA ERUPCION (personas de 1 a 18 años)

		SUPERIOR															
		Derecho							Izquierdo								
		3M	2M	1M	2P	1P	C	1L	1C	1C	1L	C	1P	2P	1M	2M	3M
P.																	
T.		X	X	X												X	X
		INFERIOR															
		3M	2M	1M	2P	1P	C	1L	1C	1C	1L	C	1P	2P	1M	2M	3M
P.																	
T.		X	X	X												X	X
		3. - PERIODONTOPATIAS															
		Derecho							Izquierdo								
		3M	2M	1M	2P	1P	C	1L	1C	1C	1L	C	1P	2P	1M	2M	3M
P.																	
T.		X	X	X												X	X
		Derecho							Izquierdo								
		3M	2M	1M	2P	1P	C	1L	1C	1C	1L	C	1P	2P	1M	2M	3M
P.																	
T.		X	X	X												X	X
		Totales		0	1	2	6	8	Total dientes	Indice							
		Permanentes															
		Temporales															

5 - PROTESIS (personas de 15 años y más)						
Parcial	Funcional		Necesita		CODIGO	
Superior:	Tiene:	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	No tiene:	Si 3 <input type="checkbox"/> No 4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Inferior:	Tiene:	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	No tiene:	Si 3 <input type="checkbox"/> No 4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Total						
Superior:	Tiene:	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	No tiene:	Si 3 <input type="checkbox"/> No 4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Inferior:	Tiene:	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	No tiene:	Si 3 <input type="checkbox"/> No 4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
6 - ANOMALIAS INCAPACITANTES						
Fisura Palatina:		Si trat. 1 <input type="checkbox"/>	Si, no trat. 2 <input type="checkbox"/>	No 3 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Fisura Labial:		Si trat. 1 <input type="checkbox"/>	Si, no trat. 2 <input type="checkbox"/>	No 3 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Otras anomalias incapacitantes:			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Causa:						
Prognatismo . . .		<input type="checkbox"/>	Mordida cerrada		<input type="checkbox"/>	
Retrognatismo . . .		<input type="checkbox"/>	Diastema . . .		<input type="text"/>	
Mordida abierta . . .		<input type="checkbox"/>	Aplaniamiento . . .		<input type="checkbox"/>	
Otras anomalias <input type="checkbox"/>		<input type="text"/> (Especificar)				

1. Evaluación de la Caries dental

Criterios para el índice de COP

1. Cariados (C): un diente permanente se cuenta cómo cariados, cuando presenta:
 - a. Caries clínicamente visible.
 - b. Opacidad del esmalte que indique la lesión cariñosa.
 - c. Cuando en las fisuras o fosas, el explorador penetra y se puede constatar tejido dentario reblandecido en el fondo.
 - d. Cuando hubiese restauración y se encontrara en el mismo diente, uno de los criterios arriba descritos
2. Obturado (O): un diente permanente se cuenta como obturado cuando presenta una restauración con material permanente como amalgama, oro, silicatos como resina acrílica y cemento de oxifosfato.
 1. **Extraído (E):** un diente permanente se contará como extraído, cuando no esté presente en el momento del examen y el examinado ha pasado la edad en que debía haber erupcionado; hay espacio para ello y no hay signo visible para que esto ocurra, existiendo conocimiento seguro de que fue extraído por caries. En este caso la

asimetría de la erupción de los siguientes puede auxiliar en la decisión que debía ser el examinador.

2. **Extracción indicada (Ei):** un diente permanente se cuenta como de "extracción indicada" desde que la corona clínica haya sido destruida por caries y se encuentre obviamente exposición pulpar.

Criterios para el índice ceo

Los mismos que se consideran para COP. En este índice (ceo) no se consideran los dientes extraídos.

Otros criterios

1. Se considera erupcionado un diente permanente o temporal cuando cualquier porción de su corona clínica haya atravesado la fibromucosa gingival y pueda ser tocada por el explorador.
2. Cuando un diente permanente y un temporal se encuentran ocupando el mismo espacio, se anotará sólo el permanente.
3. Cuando exista duda entre dientes:
 - a. Sano y cariados, se anotará "sano"
 - b. Cariados y obturado, se anotará "obturado"
 - c. Cariados y extracción indicada, se anotará "cariados".
4. No se consideran como atacados por caries dentaria los dientes que se presenten:
 - a. **Obturado:** desde que la causa de la obturación no se "caries", por ejemplo: dientes con restauraciones motivadas por trauma, razones estéticas, protésicas.
 - b. **Extraído:** por razones traumáticas, ortodoncistas, estéticas o protésicas o por anodoncias congénitas.

2. El método de examen

Cada superficie de los dientes debe ser recorrida por el explorador hasta que se llegue a un diagnóstico seguro (no se debe confiar sólo en la vista), usando el explorador con una fuerza igual a la que se usa para escribir normalmente, y sólo por el lado de la hoz. El examen se realizará con luz natural y sin utilizar secado con aire.

Código de anotaciones

0. Espacio vacío
1. Diente permanente cariado = C.
2. Diente permanente obturado = O.
3. Diente permanente extraído = E.
4. Diente permanente extracción indicada = Ei.
5. Diente permanente sano
6. Diente temporal cariados = c.
7. Diente temporal obturado = o.
8. Diente temporal extracción indicada = e.
9. Diente temporal sano.

Instrucciones para los examinados

Se iniciará el examen por el espacio del tercer molar superior derecho; después el segundo molar y así sucesivamente hasta llegar al tercer molar superior izquierdo, pasando luego al tercer molar inferior izquierdo y terminando en el tercer molar inferior derecho.

Indicaciones para la anotación

Los números de 0 a 5, se anotará en la línea P. y corresponde a dientes permanentes, y los números del 6 al 9, serán anotados en la línea T. Y corresponden a los dientes temporales.

3. Evaluación del estado de la erupción.

Definición

La erupción de los dientes es un proceso normal de migración del diente cronológicamente para cada tipo de dentición y pieza, el cual está comprendido desde la formación del diente hasta que éste alcanza la línea de oclusión (B).

Población examinar

Se realizará en aquel grupo cuya edad es de entre 1y 18 años.

Criterios

- Grado 0 = Toda pieza temporal o permanente que no haya erupcionado.
- Grado 1 = Toda pieza temporal o permanente que apenas haya atravesado la fibromucosa oral.
- Grado 2= Toda pieza temporal o permanente cuya corona clínica no haya alcanzado aún el plano de oclusión.
- Grado 3: Toda pieza temporal o permanente cuya corona clínica ya alcanzó el plano de oclusión.

Cuando la pieza dental se encuentre en una mal posición tal que le impide alcanzar el plano de oclusión, se considera grado 3, de acuerdo a la anatomía de la pieza; podemos decir que está totalmente expuesta su corona clínica.

Nota: cuando un diente haya sido extraído por cualquier causa, debe colocarse en el aspecto correspondiente para la medición del estado de la erupción un guión (-), ya que de un diente extraído se desconoce la historia del proceso de la erupción, y el grado 0 sólo se anotará cuando el diente por razón cronológica aún no ha perforado la fibromucosa y por lo tanto no puede verse al examen clínico. Lo anterior se refiere tanto a piezas anteriores como posteriores de ambas arcadas.

Registro de datos

La ficha representa los espacios para los dientes permanentes (P) y los temporales (T) y se anotará en cada espacio el grado correspondiente a cada uno de los dientes examinados; comenzando por el tercer molar superior derecho, se continuará hasta el tercer molar superior izquierdo, y se descenderá al tercer molar inferior izquierdo para terminar el tercer molar inferior derecho.

4. Evaluación de cálculos

Definición

Cálculos son depósitos de sustancias inorgánicas compuestas esencialmente por carbonato de calcio y fosfatos, mezcladas con alimentos, detritos, bacterias y células de descamación. Los cálculos dentales se dividen en dos tipos, diferenciados especialmente por su localización en relación a la encía libre del diente.

1. Cálculo supra gingival: cuando se observan depósitos localizados de la encía marginal libre hacia oclusal, comúnmente son de color blanco o amarillo oscuro.
2. Cálculos sobre gingival: cuando los depósitos están localizados de la encía marginal hacia apical, los cuales son generalmente de color negro brillante, debido a la inclusión de pigmentos sanguíneos (10).

5. Registro de datos

Se efectuará de acuerdo a la división establecida, indicando la presencia o ausencia de cada tipo de cálculo mediante una marca (+) en la casilla correspondiente.

6. Evaluación de las periodontopatías.

Se emplea para ello el índice de Russell.

Definiciones

Periodontales: El periodo en que está formado por todos los elementos de sostén del diente, es decir: cemento, membrana periodontal, alveolo óseo y encía (11).

Periodontopatías: puede considerarse como periodontopatías todos los procesos patológicos de naturaleza inflamatoria y degenerativa que afectan al periodonto. Tales procesos suelen tener las siguientes características: gingivitis, formación de sacos, reabsorción del alveolo óseo y por último, caída de los dientes.

Clasificación

No es posible por el momento adoptar un sistema universal válido para la clasificación de las periodontopatías a partir de la etiología de la anatomopatología de estos procesos, ya que los criterios de este tipo carecen de precisión suficiente. No obstante, con vista a la ejecución de encuestas internacionales, puede admitirse una clasificación de las periodontopatías basada exclusivamente en el registro de sus signos clínicos. Cabe por tanto clasificar a las personas que padecen periodontopatías en dos grupos, a saber: el de las que padecen lesiones superficiales limitadas a la inflamación de la encía, y el de las que padecen lesiones profundas con formación de sacos, acompañados o no de inflamación (12).

1. **Inflamación gingival:** Se considera que existe inflamación gingival cuando se descubre alrededor de uno o más dientes cualquiera de los siguientes signos: inflamación, ulceración o hemorragia.
2. **Sacos periodontales:** debe registrarse la presencia de todo saco de más de 3mm de profundidad. Este criterio aunque fijado arbitrariamente, es al menos objetivo. En este tipo de evaluación no se pretende distinguir los sacos propiamente dichos de los falsos sacos. El índice

de Russell, como el índice COP, se basa en la unidad diente. Cada diente recibe una nota de acuerdo con el estado de salud de sus estructuras de soporte. La referida nota se atribuye de acuerdo con la presencia de señales objetivas de alteraciones de la normalidad, fácilmente identificables. A cada señal se adjudica una nota de 0 a 8, ponderada cuidadosamente de acuerdo con su importancia. La media de las notas atribuidas a los diferentes dientes presentes en la boca, representa el "recuento periodontal" del individuo. El índice de Russell se representa por la media aritmética de las cuentas obtenidas en un grupo de individuos.

Criterios

- Grado 0: Negativo, o ausencia de inflamación gingival. No hay pérdida de función debida a la destrucción de los tejidos de soporte.
- Grado 1: Gingivitis incipiente. Cuando hay inflamación en la encía libre, sin circunscribir al cliente.
- Grado 2: Gingivitis. Cuando a inflamación que circunscribe al diente sin haber ruptura aparente la inserción epitelial.
- Grado 6: Conformación de sacos. Cuando hay ruptura de la inserción epitelial y formación de saco (no es un surco abierto por la promesa acción de la encía libre). No hay interferencia con la unión normal de la masticación, el diente está firme en el alvéolo y no hay inmigración.
- Grado 8: Destrucción avanzada con pérdida de la función masticatoria. Cuando el diente puede estar móvil o completamente suelto. Puede sonar apagado a la percusión con un instrumento metálico. El diente puede ser comprimido en su alvéolo.

El grado atribuido a las diversos tipos de lesión fue cuidadosamente estudiado para que correspondiera con la gravedad de las mismas. Así, de este modo, las lesiones inflamatorias de los tejidos blandos se les atribuyó un grado bajo, y a las lesiones óseas destructivas, uno alto.

Para estudios epidemiológicos no se incluye el grado 4, por necesitar el examen radiográfico. Ésa omisión trae consigo una estimación menor del índice, aunque no impide que se puedan establecer comparaciones válidas entre dos o más grupos de individuos, ya que este factor interfiere uniformemente en los diferentes grupos examinados.

7. Evaluación de la necesidad prótesis.

Nota: sólo se realizará para aquellas personas de 15 años o más.

Definiciones

1. **Prótesis total:** se consideran aquellas prótesis mucosoportadas con base acrílica o metálica, las cuales reponen todos los dientes naturales de la arcada superior e inferior.

2. **Prótesis parcial:** aquel tipo de prótesis fija y removible de material metálico combinado, mucosoportada o mucodentrosoportada que reemplaza uno o más dientes naturales.

Criterios de examen

1. Una persona que sólo posee un diente natural y tenga una prótesis que reemplace los otros dientes, será considerada como prótesis total.
2. Cuando una persona posea una o más raíces de algunas piezas dentales que lógicamente deberán eliminarse y queda totalmente desdentado, se procederá como con necesidad de prótesis total.
3. La presencia de prótesis es un dato que se considera necesario para conocer que el porcentaje de personas han reemplazado sus dientes perdidos.
4. Los resultados pueden expresarse como porcentaje de personas en que la extracción de los dientes naturales restantes está indicada, de personas que han perdido todos sus dientes naturales, y de personas que usan prótesis completas. Dichas tasas pueden establecerse por separado para los maxilares superior e inferior, y en cualquier caso, se calcularán en función de la edad de los sujetos estudiados.
5. También se puede evaluar, a condición de que se haga por separado, la presencia o la necesidad de prótesis parciales.

8. Evaluación de anomalías incapacitantes.

Definición

Las siguientes anomalías dentomaxilofaciales se consideran como incapacidades cuando desfiguran al individuo y/o le impiden el ejercicio de una función:

1. **Paladar hendido:** defecto relativo al desarrollo del paladar duro blando.
2. **El labio hendido:** defecto relativo al desarrollo del labio.
3. **Sobre oposición maxilar:** (retrognatismo). Distancia anormal horizontal (4mm o mayor) entre los bordes incisales de dientes incisivos superiores e inferiores; los incisivos superiores sobrepasan a los incisivos inferiores en el plano sagital.
4. **Mordida cerrada:** incisivos superiores e inferiores sobrepuestos, cuando vistos desde el plano oclusal, la mitad o más de la corona clínica de los incisivos inferiores está cubierta por los incisivos superiores.
5. **Apiñamiento:** desproporción entre el tamaño del hueso alveolar y los dientes, con exceso de tejido dental. Sólo será para cuando se ajuste al criterio expuesto todo en el 6. 1. 1.

6. **Separación excesiva:** (Diastema). Desproporción entre el tamaño del hueso alveolar y los dientes, con deficiencia de tejido dental.
7. **Mordida abierta:** cuando en oclusión céntrica y una falta de contacto entre los incisivos erupcionados, que de desfiguración notoria el paciente.

Nota: cuando haya duda en relación con la ausencia o presencia de una enfermedad o condición, marque la como ausente.

A nadie escapa la importancia que el resultado de esta investigación traerá, especialmente para la Odontología Colombiana, cuyo futuro obliga a grandes responsabilidades.

Debemos tener la certeza de que nuestra profesión ha entrado a su mayoría de edad, ocupando el sitio que le corresponde en nuestra sociedad, conocedora, clara y técnicamente, de cuáles son sus derechos y cuáles sus obligaciones.

Referencias bibliográficas

5. **Dr. Alexander Roberston** - Director ejecutivo de la facultad Milblack Memorial. Palabras de bienvenida a los participantes de la conferencia.
6. **Dr. Alberto Arreaza Guzmán**- Presidente de la conferencia, Director del colegio de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Observaciones preliminares a la conferencia.
7. **"La Carta de Punta del Este"**, de la alianza para el progreso, unión Panamericana, Secretaría General Organización de Estados Americanos, Washington, D. C. 1961, documentos oficiales de los Estados Americanos, O. E. A. C. H/XII. 1.
8. **Manual de la Investigación Nacional de Morbilidad.** Estudios de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica.
9. **Manual de Entrevista Domiciliaria** (profesional) capítulo 1, páginas 3 y 4.
10. **Manual General de Operaciones.** Investigación Nacional de Morbilidad. Páginas 12 a 16.
11. **Formulario Empleado en la Entrevista Domiciliaria.**
12. **Manual de Evaluación Clínica para Odontólogos.** Páginas 15 -7 y 15 -8.
13. **Departamento Odontología Preventiva y Social**, facultad de Odontología, Universidad de Antioquía. 1964.

14. [Greene C. John and Jack R. Vermillon](#). "Índice Higiene Oral". The Journal of the América dental association 61: 174, 1960.
15. [Organización Mundial de la Salud \(1961\)](#). Las Periodontopatías: Informe de un Comité de Expertos en Higiene Oral, Ginebra (Organización Mundial de la Salud Ser. Inf. Tec. 207).
16. [Organización mundial Ser. Inf. Tec.](#) 242 pág. 17 1962.