

Tema nº 1

CLÍNICA INTEGRAL

1. Odontología Integral. Antecedentes. Conceptos
2. Componentes de la Odontología Integral
 - Producción de Servicios
 - Producción de Conocimientos
 - Producción del Recurso
3. Definir el concepto de Clínica Integral
4. Definir y analizar los Ejes de la Clínica Integral (administración, investigación y servicio) estableciendo relaciones entre ellos
5. Identificar los elementos administrativos y de investigación que se desarrollan en la práctica clínica

1. Odontología Integral. Antecedentes. Conceptos

Odontología Integral. Antecedentes

El proceso educativo para el desarrollo del personal odontológico en América del Sur está constituido por una serie de hechos históricos de no muy antigua data.

Es importante aclarar que, para la identificación de un modelo de enseñanza de odontología es necesario partir de los elementos que permitan la ubicación de los aspectos teóricos, metodológicos y técnicos, de tal manera que al ser comparados con otros enfoques educativos, permitan establecer diferencias generales. No son considerados los cambios de orientación didáctica, referidos a perfeccionamientos, innovación o sustitución de métodos, medios y técnicas pedagógicas; tan frecuentes en la dinámica educativa, como elementos suficientes para constituir un modelo diferente. Es necesario que los marcos conceptuales sean los que básicamente establezcan el fundamento del modelo educativo y, por lo tanto, los determinantes de los cambios. Lo relacionado con otros aspectos no fundamentales, es considerado como ajustes curriculares dentro de la vigencia de cada modelo.

En este sentido, se hará mención a cuatro modelos fundamentales de la práctica odontológica que secuencialmente han venido desarrollándose en la región, con alusión específica a sus componentes de educación o producción de recursos humanos, ya que se entiende la práctica integral de la salud bucal como un todo globalizador que comprende, además, la producción de conocimientos y la producción de servicio.

Dicha práctica ha venido siendo analizada por grupos de trabajo con un enfoque interdisciplinario, como la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina (OFEDO-UDUAL), la cual ha venido desarrollando varios aspectos de la misma; y entre ellos, el aspecto de la educación odontológica ha sido uno de los campos de estudio en el cual se han considerado los modelos educativos.

Modelos que no se han sustituido en forma lineal unos a otros dentro de las instituciones, países, ni de un país a otro. Como en cualquier cambio de índole social, tales modelos se vienen superponiendo unos a otros; es decir, el paso de un modelo a otro ocurre en forma progresiva, en una práctica de sustitución, adiciones y sustracciones de elementos esenciales y complementarios. De tal manera, al considerar el proceso educativo en un momento concreto, se encuentran características de varios modelos, que lo ubican a diferentes niveles de transformación.

Por lo tanto, es común observar, al realizar el análisis de una institución educativa, de un país o de la región, que en la caracterización de los modelos de estudio, se encuentran rasgos de varios de ellos. Así, resulta importante conocer cuales de tales características le dan carácter dominante al proceso educativo en un momento dado, para identificar los aspectos cualicuantitativos del proceso y de esa forma, poderlos dimensionar racionalmente.

Teniendo en cuenta que parte importante de la génesis y del desarrollo de los modelos de enseñanza odontológicos, se encuentran en el estudio de la medicina, se hace alusión a aquella como elemento globalizador de la explicación.

a. Modelo Europeo

La universidad surge en América del Sur en la época de la conquista por intereses del estado español y de la iglesia católica, que la habían creado y que la regían, respectivamente. Intereses de mantener una clase dirigente en los países conquistados que respondiera a una ideología conveniente.

En concordancia con los conocimientos y la práctica médica de la época, la enseñanza de la época se ve ligada profundamente a los valores religiosos y mágicos predominantes y con el lento avance del conocimiento científico durante un largo período de una sociedad de estructuras productivas feudales, en donde las grandes mayorías nativas fueron consideradas, en calidad de siervos, como productores de riqueza para los conquistadores; y las necesidades de atención médica van dirigidas fundamentalmente a las clases dominantes, mientras que las comunidades religiosas, ubicadas a lo largo y ancho de los territorios colonizados, son las encargadas de participar activamente en la atención de los enfermos, bajo el principio de "caridad cristiana". Período éste que se prolonga en el tiempo hasta después de la época propiamente colonial, avanzado el siglo XIX.

Las primeras universidades latinoamericanas se fundaron en el siglo XVI en Santo Domingo y en México.

Por otra parte, la Revolución Francesa tuvo como consecuencia el cambio de la vieja universidad cerrada, eclesiástica y aristocrática del medioevo. Napoleón creó nuevos conceptos de enseñanza superior en Francia, con la intención de consolidar la nacionalidad; por lo tanto, el objeto inmediato de la institución era servir al estado. En los cincuenta años posteriores a la reforma napoleónica de la universidad, Francia tuvo el mayor desarrollo intelectual y científico de su historia.

A pesar del seccionamiento de la universidad francesa, que estaba compuesta por múltiples unidades académicas descoordinadas, su modelo fue sustituyendo al modelo ibérico en Suramérica. Asimismo, la influencia económica, a través del comercio, fue determinante en el modo de desarrollarse lo francés en esta región.

La enseñanza institucional de la odontología aparece ya iniciado el siglo anterior. Su tiempo de aparición coincide con el modelo universitario francés, el cual se refleja en los currícula de las Escuelas y Facultades de Medicina; y siendo las materias básicas biológicas de la carrera odontológica responsabilidad de profesores médicos, se explica la influencia de dicho modelo en la enseñanza odontológica; la cual permaneció hasta finales de la década de 1930.

En consecuencia, el primer modelo de educación odontológica identificable es el francés; el cual se caracterizaba por ser individualista, de aspecto puramente biologicista, curativo y elitista. En donde el biologicismo presupone el reconocimiento de la naturaleza biológica de las enfermedades, de sus causas y consecuencias; procurando absolver los factores determinantes de naturaleza emocional, mental y ambiental en la causalidad de las enfermedades. Asimismo, esta odontología excluye los aspectos sociales y colectivos del proceso salud enfermedad; al igual que concentra su actuación en la curación de la enfermedad, sin darle ninguna importancia a la prevención y promoción de la salud.

b. Modelo Flexneriano

El desarrollo individual y comercial de los Estados Unidos produjo hacia América Latina un neocolonialismo. La dependencia económica determinó el cambio del modelo francés en la enseñanza de la medicina y, por lo tanto, la odontología, por el modelo que apareció en el país del norte a partir de 1910 como consecuencia del Informe Flexner.

El Informe Flexner se originó en la necesidad del desarrollo del conocimiento científico de las ciencias biológicas, como una de las bases del plan de desarrollo de la medicina científicista, que se correspondiera con las exigencias

del nuevo capitalismo financiero de E.E.U.U., que garantizara con su desarrollo tecnológico, la óptima reproducción de la fuerza de trabajo.

Para la época las características utilitarias y pragmáticas de las escuelas médicas tenían gran diversidad en cuanto a la calidad de los estudiantes, ya que no todas observaban los requisitos de admisión estipulados y la mayoría realizaban mínimas actividades prácticas.

Ante esta situación, la Fundación Carnegie, la cual fue fundada en 1905 y pretende mejoras para la enseñanza y el aprendizaje, desarrollando nuevos conocimientos y herramientas que permitan impulsar un cambio positivo en los sistemas de educación; en convenio con el Consejo para la Educación Médica, promueve el inicio de un estudio en las instituciones de educación superior médica de Estados Unidos y Canadá, dirigido por Abraham Flexner. Dicho estudio, titulado "La educación médica en los Estados Unidos y Canadá. Un Informe a la Fundación Carnegie para el avance de la Enseñanza" fue publicado en 1910 y transformó radicalmente la educación médica norteamericana, y luego por dependencia tecnocientífica, a la educación médica de América del Sur.

Se señala en el informe que desde hace tres décadas se promovía la sobreproducción de practicantes poco entrenados, debido a la existencia de muchas escuelas creadas por razones comerciales. Estas escuelas se constituyeron en negocios rentables, pero sin los adecuados controles en cuanto a la calidad de sus egresados. Es decir, la educación médica de comienzos de siglo se impartía en gran parte en escuelas privadas, la mayoría de las cuales constituían un negocio altamente lucrativo, su calidad académica era muy baja y muy pocas funcionaban como verdaderas unidades universitarias.

Algunas reformas del modelo de enseñanza de la medicina, y por lo tanto, de la odontología, que siguieron las recomendaciones y exigencias del Informe se relacionaron con diferentes aspectos.

El informe recomendaba que las universidades que anexaran escuelas médicas deberían responsabilizarse de coordinar y controlar los procesos educativos. Por otra parte, deberían tener un Hospital bajo su completo control educacional, además de laboratorios de química y patología. Se inició la creación de Departamentos, Laboratorios Experimentales y Bibliotecas.

Asimismo, se refuerza la producción de conocimiento científico biológico en institutos de investigaciones autónomos y surgen los hospitales de alta tecnología, en los cuales se hace la enseñanza orientada a las especializaciones.

Las recomendaciones del informe resaltaban la necesidad de contactar los estudiantes con los pacientes, en consultas externas, salas y pabellones hospitalarios. Se organizaron currículos con una primera etapa básica en los primeros años, luego conferencias y experiencias clínicas con pacientes en las especialidades y subespecialidades, seguidas de internados rotatorios en las

diferentes disciplinas clínicas. Así, se reforzó la estructura académica de las facultades en tres estratos: Materias básicas, Preclínicas y Clínicas. La orientación curricular es que la práctica debe ser antecedida por la teoría, y la básica debe ser previa a la clínica. Las funciones educacionales clásicas: docencia, servicio e investigación son tratadas aisladamente, con mayor énfasis en la docencia y en la investigación biológica. La relación profesor-alumno es autoritaria o paternalista.

Este enfoque condujo a la separación mayor entre lo individual y lo colectivo. Lo curativo se enfatizó en detrimento de lo preventivo. El desarrollo de lo individual y lo técnico tuvo la prioridad en el proceso. La odontología, dentro de la medicina, asume el paradigma cientificista que centra su atención en los aspectos curativos. Los currículos se orientan al estudio y curación de la lesión o enfermedad, y en la rehabilitación, no en mantener la salud.

Se incorporó al curriculum el uso de simuladores, tipo maniqués o tipodontos. Así, la tecnificación se convierte casi en una idolatría, lo que resulta importante si se observa la vinculación que tiene la odontología con la tecnología y la industria de materiales y equipos. Lo importante, entonces, es la tecnificación del trabajo odontológico; a más abundancia de aparatos y técnicas, se asume mayor calidad de atención, sin tomar en cuenta que aquel no es el objetivo final, sino más bien, la prevención de enfermedades y la promoción y restauración de la salud.

El biologicismo, de vieja data, se potencia en la educación odontológica con el reconocimiento casi exclusivo de los factores de orden biológico como causante de los problemas en el proceso salud enfermedad. Los factores socioeconómicos aunque puedan influir en la causalidad, nunca serían tomados como determinantes de dichos procesos.

La enseñanza en escenarios reales de la práctica se trasladó a los campus, fuera de la “contaminación del ruido social”, para que la educación se agilizará sin obstáculos. Esto ocurrió con el ingreso paulatino de las Facultades de Odontología y Medicina al seno de las universidades, fuera de las cuales se encontraban hasta la fecha.

Se impone la enseñanza casi exclusivamente intramural, lo que imposibilita estar en contacto o comprender los determinantes sociales del proceso salud enfermedad, ni la idea de que la enfermedad es más que la lesión que el hombre tenga en la cavidad bucal.

Aunque el Informe Flexner basado en la evaluación de la enseñanza y práctica médica y de salud, surge en 1910, su efecto llegó con retardo a América Latina, ya que aparece aproximadamente en los años cuarenta, consolidándose en los cincuenta, después de la segunda guerra mundial.

Tal cambio en las Facultades de Odontología vino acompañado de nuevos productos industriales y terapéuticos, sustituyéndose en primer lugar lo tocante a la biomecánica, especialmente, lo relacionado a materiales dentales y técnicas restauradoras; los aspectos biopatológicos llegaron en segundo lugar.

c. Modelo Preventivista

En el interior de los programas de enseñanza de medicina norteamericanos se inició el cuestionamiento de algunos de los aspectos del modelo educativo vigente, relacionado con las recomendaciones emanadas del estudio auspiciado en ese país por la Fundación Carnegie, conocido como Informe Flexner.

En 1940, la Facultad de Medicina de Western Reserve toma la decisión de crear varios cambios curriculares, los principales estuvieron relacionados con la integración de las ciencias básicas con las clínicas, y la articulación de los aspectos preventivos con los curativos. De ésta iniciativa se desprende todo un proceso de propuesta de cambio de la educación en salud.

Derivado de lo anterior, grupos de trabajo, bajo los auspicios de la Fundación Carnegie, proponen que la formación de médicos en Suramérica se haga utilizando los servicios de salud públicos y semiprivados existentes, al considerar que había un déficit en la formación.

En este sentido, los programas llamados de higiene, los cuales se referían a la conducta individual, comienzan a ser sustituidos por acciones de medicina preventiva. Igualmente, el movimiento hacia lo preventivo y comunitario, y hacia la estructuración de Departamentos de Preventiva y Social, o de nombre similar, adquiere características internacionales, y su orientación hacia América Latina es definitiva.

Basado en el desarrollo de los currículos médicos, específicamente con la creación de los Departamentos de Medicina Preventiva, la profesión odontológica, en los Estados Unidos se interesa por los nuevos lineamientos. El interés por dichos lineamientos fue derivado a América del Sur a través de publicaciones y asesorías. De esta forma, varias facultades de odontología latinoamericanas dirigen su interés hacia la orientación preventiva y social; y se crean departamentos del mismo nombre durante el inicio de la década de 1960. Incluso, se crearon acuerdos interinstitucionales con participación de dichas facultades, la Oficina Sanitaria Panamericana, la Fundación W.K. Kellogg y la Secretaría de Salud Departamental, con el objeto de reforzar la capacidad operativa del departamento; así como ensanchar su espacio de trabajo.

Los Departamentos de Odontología Preventiva y Social, o de denominación similar, que así tuvieron origen se basan en la hipótesis de que la inclusión de lo preventivo y social, además de materias de apoyo, en el currículo odontológico, permitirá a los alumnos una formación que los facultará para hacer cambios fundamentales en la práctica odontológica.

La acción de los departamentos mencionados se ha concretado en las llamadas experiencias extramurales, las cuales corresponden a estrategias académicas o de aprendizaje, a través de las cuales los estudiantes se enfrentan con aspectos diferentes a la vida intramural para familiarizarse con la

realidad, y de esta manera tratar de concientizarlos de ciertos problemas sociales que perciben en su práctica estudiantil cotidiana.

Después de décadas de la iniciación de la práctica de los departamentos ya mencionados, se llevaron a cabo varias reuniones, como la Segunda Reunión del Programa de Libros de Textos de la Organización Panamericana de la Salud, en 1974; en dichas reuniones se realizaron planteamientos referidos al impacto de las acciones curriculares de esas unidades en la práctica de salud, y se llegó a la conclusión de que la hipótesis de trabajo planteada en su inicio no se había validado, ya que se consideraba que en la práctica no se habían operado cambios significativos.

La realidad social no ha sido identificada a través de la investigación en los lugares en los que se desarrolla las actividades extramurales. Cuando se ha hecho un estudio previo a su creación, no se ha ido más allá de la descripción de aspectos de morbilidad. La participación de la comunidad en el desarrollo de tales programas ha sido pasiva.

Por otra parte, las facultades han pretendido diseñar y aplicar modelos de atención con el fin de lograr, posteriormente, que tales modelos sean reproducidos por los organismos de salud del Estado, lo cual no ha ocurrido sino en algunas excepciones. A menudo las facultades se han querido convertir en responsables de la cobertura nacional, por sí solas, función que es responsabilidad del sector nacional.

A pesar de no haberse validado la hipótesis de trabajo a partir de la ejecución curricular de los Departamentos de Preventiva y Social, se ha logrado formar una base teórica que en función con su práctica, logró un cuestionamiento permanente del proceso educativo, del cual ha surgido una propuesta de cambio fundamental del modelo Preventivista.

d. Modelo Docencia Servicio

El continuo análisis de la Universidad como institución comprometida socialmente ha sido tema importante de estudiosos de las ciencias sociales, educadores, científicos y de trabajadores de otros campos del saber, que en Latinoamérica se han ocupado globalmente del desarrollo integral de la región.

De esta manera, se han logrado enfoques explicativos que plantean el proceso salud enfermedad como elemento base del estudio de los profesionales de la salud. De acuerdo ha dichos enfoques globalizadores se ha cuestionado el modelo preventivista, durante el cual se crean los Departamentos de Odontología Preventiva y Social, buscando una estrategia curricular que permite romper el esquema tradicional de formación intramural y genera en los estudiantes el desarrollo de experiencias de aprendizaje en contacto con la comunidad; pero este tipo de actividades extramurales pasaron a constituirse en los simuladores del aprendizaje de la Odontología Preventiva, Sanitaria y Social, por cuanto seguía reproduciendo al igual que los maniqués la

enseñanza artificial de la Odontología; por lo que ha surgido el de Docencia Servicio como un modelo de enseñanza práctica alternativa, que corresponde a una autodeterminación latinoamericana para enfrentar condiciones precarias de salud.

En consecuencia, se ha planteado la necesidad de cambiar el proceso de enseñanza para que el profesional, desde su formación, se constituya en un verdadero agente de salud, participativo y comprometido socialmente; de esta manera el planteamiento básico en éste modelo educativo es contrario a la hipótesis del anterior: una práctica diferente hará que el profesional sea formado de acuerdo con ésta; y por lo tanto, acorde con la realidad.

Un nuevo modelo de educación odontológica que surge a partir de la estructuración de la práctica de la odontología integral y del ejercicio de la función crítica de las universidades.

Este enfoque en odontología, ha sido llamado Docencia Servicio, aunque existen otras denominaciones, tales como, Servicio Docencia, Integración Docencia Servicio, entre otros, y que generalmente son sinónimos, ya que su marco teórico es el mismo.

El marco conceptual de este modelo podría expresarse, en una forma sintética de la siguiente manera: El conocimiento de la realidad concreta, logrado por la investigación científica, determina el modelo de servicio, el cual incluye los perfiles ocupacionales del personal de salud bucal. Este modelo de servicio, a su vez determina el modelo educacional, que vendría siendo el curriculum, el cual contiene el perfil educacional y el profesional, los cuales coinciden con el perfil ocupacional.

Las características internas del modelo Docencia Servicio, dadas por su marco conceptual permitan que éste sea definido como la conjunción de recursos y esfuerzos entre las instituciones formadoras de recursos humanos, las prestadoras de servicio y la comunidad, para contribuir a la solución de los problemas de salud de la colectividad.

Para lograr lo anterior debe partirse de una decisión política, claramente explicitada, por parte de las instituciones involucradas en el proceso. De esta manera se garantiza la formalidad de las acciones como movimientos institucionales y no simples decisiones personales. Desde la etapa de planificación debe iniciarse la interacción de las instituciones para así, utilizar mejor los recursos, evitando duplicaciones y esfuerzos.

La Docencia Servicio no es una simple estrategia docente o didáctica para agilizar el aprendizaje; más bien consiste en un verdadero proceso social, en el cual la acción es globalizadora entre las instituciones y la comunidad, buscando objetivos sociales y no solamente acciones mecánicas. Tanto la población estudiantil, como el personal docente y el personal odontológico de los servicios, que esté involucrado en los programas que rigen este modelo, cumplen actividades de investigación, de enseñanza y de servicio.

Dentro de las prácticas educativas se involucran todos los aspectos curriculares de investigación, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación; es decir se refiere a la práctica odontológica en grupos e individuos, en los diferentes niveles de complejidad de la atención; en consecuencia no es simplemente la atención clínica en enclaves extramurales. Asimismo, la práctica y la teoría se encuentran íntimamente relacionadas, y se le otorga justo valor a la tecnología; sin negar la importancia de ciertas tecnologías de alta densidad de capital, de eficacia comprobada, el odontólogo valora la tecnología apropiada, es decir, aquella que sea eficaz, adaptada a las condiciones sociales y culturales, y que favorezca la autosuficiencia y la confianza de la población.

La actividad de los estudiantes y demás miembros de las instituciones constituye un verdadero servicio, el cual obedece no solamente a la vigencia de la calidad técnica, como ocurre con frecuencia en las clínicas extramurales convencionales, sino que también incluye normas de cobertura, rendimiento, productividad, eficacia y eficiencia, según los conceptos de administración de salud. Por lo tanto, el estudiante está inmerso en un proceso de trabajo estudio, ya que se trata de un trabajo productivo de bienes sociales que puede evaluarse en forma concreta. De esta forma los pacientes dejan de significar modelos que representan las necesidades de aprendizaje de los alumnos.

Las funciones educacionales universitarias: docencia, investigación y servicio, se encuentran integradas y se le otorga igual importancia a cada una de ellas durante el proceso educativo. La relación profesor-alumno es personal y colaborativa.

La Docencia Servicio es un modelo en el cual los alumnos están inmersos, desde el principio hasta el final de sus estudios, y no simples prácticas extramurales en un momento de su carrera. En el desarrollo de la práctica de este modelo las instituciones involucradas conservan sus responsabilidades primarias, la Universidad, la formación de los recursos y su compromiso social, y las prestadoras de servicio, las políticas y las coberturas.

Elemento análisis	Modelo Flexneriano	Modelo Preventivista	Modelo D/S
Marco conceptual	Clínico-biologicista	Clínico-biologicista más lo extramural	Odontología Integral (Clínico socio-epidemiológico)
Objeto de estudio	Sistema estomatológico Intramural Extramural	Sistema estomatológico en varios individuos Intramural y algo extramural	Proceso salud/enfermedad individual y colectivo Extramural y algo intramural
El conocimiento	Copiado y determinado	Copiado, predeterminado más análisis de tareas en comunidad	A partir de la realidad social de la salud/enfermedad
Plan de estudios	Microdisciplinas por especialidades	Macrodisciplinas y microdisciplinas por temas	Módulos o núcleos por niveles de atención
Teoría y práctica	La teoría antecede a la práctica Lo básico a lo clínico Lo pre-clínico a lo clínico	Lo tradicional más las experiencias de campo para la proyección social	La practica antecede a la teoría Lo básico se integra a lo clínico Lo pre-clínico desaparece
Objetivo curricular	Odontólogo clínico	Odontólogo clínico con sensibilidad social	Odontólogo agente de la salud basado en las necesidades de salud de la población
Metodología de la enseñanza	Tradicional pedagógico Informativa-memorística	Tradicional pedagógico – y escasa participación comunitaria	Interdisciplinaria-multidisciplinaria-interestamental Crítica-creativa-globalizadora
Tecnología	Sofisticada-impuesta	Hegemonía sofisticada Dependencia total	Simplificación-tecnología apropiada-desmonopolización

Fuente: Carlos Payares, 1989

Odontología Integral. Concepto

El concepto de Odontología Integral surge a finales de la década de los cincuenta, sin embargo, en ese entonces no existían explicaciones del alcance que tenía. La prédica modernizante de la década de los sesenta buscaba dar

respuesta a las necesidades bucales de amplios sectores de la población y contribuir a la consolidación académica y profesional de la odontología.

La década de los setenta estuvo llena de nuevas concepciones sobre el proceso salud-enfermedad y de proposiciones sobre el papel social de las profesiones de la salud. Pero en ese entonces, asumir liderazgos sociales o profesionales implicaba ir más allá del pensamiento y de la palabra, lo que generaba obstrucciones y señalamientos en el desempeño ciudadano y profesional. Esto tal vez explica el repliegue de los expertos en Salud Pública hacia diferentes especialidades biotécnicas y de algunos hacia centros privados de enseñanza superior. En la década de los ochenta se acentúa la crisis universitaria y los riesgos, mientras la realidad sigue asomándose en espera de una respuesta científica a sus procesos y necesidades. Un nuevo currículo hacia la odontología integral debe ser la concreción de una nueva forma de pensar y de administrar la realidad, lograda a través de una voluntad de compromiso colectivo.

Así la odontología integral según Arango (1989) es aquella que concibe la producción de servicios, conocimientos y recursos humanos alrededor del proceso salud enfermedad bucal.

De esta manera se explica que dicho proceso está “íntimamente ligado a las formas de trabajo y consumo de los grupos sociales, que aun determinan el valor estético de sus componentes. Estas formas de trabajo y consumo son diferentes en los distintos grupos sociales, razón por la cual los perfiles de salud enfermedad son igualmente distintos. Así también varían los procesos de trabajo y consumo de acuerdo a la época histórica en que se les estudia y aún más varía el valor estético que la ideología dominante adjudica al aparato estomatológico. Dicho de otra manera, en un mismo país es posible encontrar distintos modos de producir y consumir, y variaciones en los perfiles de salud enfermedad” (Mena, 1986).

Bajo el enfoque anterior el proceso salud enfermedad humano es un proceso histórico. Por lo tanto, no resulta suficiente una descripción de los factores relacionados con la salud y la enfermedad, sino que se requiere de una delimitación lógica, es decir, el establecimiento de las relaciones que existen entre el objeto de estudio, el proceso salud enfermedad, y los diferentes fenómenos o procesos de la vida social (Mena, 1986).

De una u otra manera, se ha reconocido que el proceso salud enfermedad bucal no puede ser analizado al margen de las sociedades concretas y de los diferentes grupos que las integran, pero la interpretación de dicho proceso sigue haciéndose en varias facultades de odontología al margen de las condiciones de vida de las poblaciones. El simple reconocimiento de las dimensiones psicológica y social como partes de la totalidad humana, no ha implicado cambios conceptuales sustanciales en la formación del recurso humano. Por el contrario, la formación de este recurso se sigue haciendo bajo una mirada clínica biologicista que puede descartarse del marco conceptual y del plan de estudios vigentes.

A la luz de un enfoque integrador el proceso salud enfermedad bucal aparece íntimamente relacionado y determinado por la forma como se producen y consumen los bienes materiales de una sociedad. Así como el método clínico admite y reclama que el sistema estomatológico no puede verse ajeno al organismo humano, este ser orgánico es parte de una totalidad mayor como lo es la sociedad. De esta manera lo biológico y lo social son dos momentos de la vida humana (Vanegas, 1987)

Lo “social o comunitario” no debe ser abordado como un circunstancial compromiso institucional para mantener una proyección hacia lo que se ha denominado “el medio social”. De esta forma “lo social” aparece como una motivación moral ciudadana o profesional, y en este sentido los cambios en el curriculum y en el plan de estudio sólo serían retoques y /o adiciones que darían como resultado la misma cosa.

Desde otro enfoque el compromiso con la comunidad aparece derivado en primera instancia de un abordaje y comprensión científicos del objeto de la odontología. Así, el trabajo en y con la comunidad se presenta como una necesidad metodológica para la práctica odontológica. Sin embargo, en aquellas facultades de odontología basadas aún en los planteamientos del modelo preventivista de la década de los sesentas, perpetúan los contactos superficiales con la comunidad, como una vieja forma de hacer odontología social o comunitaria.

El modelo preventivista ha sido una aproximación hacia una concepción más integral de la odontología. Bajo su enfoque, se hace posible incluir lo socioepidemiológico y lo extramural a lo largo de toda la carrera. Además, favoreciendo la formación del personal auxiliar y del especializado en la salud pública. Bajo su aplicación es posible hablar de las diferentes dimensiones constitutivas del ser humano, a saber, lo biológico, lo psicológico y lo social. Pero es tan solo un intento de abordar la salud enfermedad humana como un proceso colectivo.

Posteriormente, como alternativa, surge el enfoque docencia servicio, entendido como una interacción de las acciones; es una relación orgánica entre la institución y la comunidad para producir transformación en el proceso salud enfermedad al mismo tiempo que se forma el recurso humano profesional.

2. Componentes de la Odontología Integral

- **Producción de Servicios**

Las enfermedades bucales, por su alta prevalencia, constituyen uno de los principales problemas de salud de las comunidades, por lo cual se deben orientar esfuerzos estratégicos para la resolución de los mismos. La salud oral

debe ser un elemento indisoluble de la atención primaria de salud integral, no una estrategia paralela.

Por lo tanto, la atención primaria de salud oral es un componente de la atención primaria de salud integral y se entiende como un conjunto de acciones orientadas a la identificación, prevención y solución de los principales problemas de salud bucal de la población afectada, la cual se desarrolla en base a la participación conciente y organizada de la comunidad, en conjunción con organismos e instituciones de salud en forma concertada, a través de la utilización de recursos humanos y de tecnologías apropiadas.

La idea que se sustenta es que la comunidad deje de ser objeto de asistencia de salud y asuma roles protagónicos en los esfuerzos para generar y preservar la salud.

El tipo de atención prioritaria será la prevención, la educación, el control de los irritantes locales, la atención de la caries, enfermedad periodontal y maloclusión; poniendo énfasis en la salud y no en la enfermedad.

Por otra parte, las actividades de salud oral deben adecuarse a los lineamientos que emanen de la estructura técnico administrativa nacional, sin perder su propia identidad, ya que son componentes de la estrategia de atención primaria dentro del contexto del sistema nacional de salud.

La meta debe ser una práctica odontológica integral, que comprenda investigación, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación; para así lograr, dentro de un marco de participación comunitaria, óptimos niveles de salud bucal, considerando las posibilidades que brindan la ciencia y la tecnología; entendiendo la salud oral como un componente de la salud y bienestar general del individuo, la familia y los grupos sociales, determinado por condiciones histórico sociales específicas.

El sentido es afectar los cimientos de la planificación y de los sistemas de salud, tomando al hombre como centro de interés, y no al servicio o al sistema de salud. Si no es una ruptura total con la concepción tradicional de prestación de servicios de salud, como mínimo es una estrategia con bases conceptuales más amplias, lo cual amerita recursos humanos diferentes y diversas tecnologías adaptables y adaptadas a la realidad, en esto juegan un gran papel las instituciones universitarias productoras de conocimientos y recursos humanos. Amerita también de procesos operativos diferentes en base a delegación de funciones y de capacidad resolutoria, además de la participación activa de las poblaciones, buscando satisfacer las necesidades básicas de las mismas.

La odontología venezolana, como práctica, está ligada al tipo de sociedad donde se desarrolla. Está relacionada con aquello que demandan y requieren los intereses económicos y políticos de los sectores hegemónicos de la sociedad. Si la práctica dominante es la odontología privada, es porque en la sociedad se impone la compra individual de los servicios necesarios para satisfacer las exigencias de salud.

- **Producción de Conocimientos**

El Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas, CONICIT, hoy FONACIT, fue creado en Venezuela por decreto en el año 1967 e inició sus actividades en 1969, y señala que las *actividades de investigación* son aquellas actividades creativas y sistemáticas emprendidas con el fin de incrementar o mejorar el acervo del conocimiento científico y tecnológico, y sus aplicaciones.

Mediante las actividades de investigación científica y tecnológica es posible crear, transmitir y utilizar conocimientos sistemáticos en cualquier ámbito, ya sea que se relacione con Ciencias Exactas, Naturales, Sociales, y/o sus expresiones tecnológicas (Geiringer, 1989).

Asimismo, se denominan *actividades conexas* aquellas conectadas con la investigación como soporte o extensión de ella; e involucra:

- Actividades de difusión: seminarios, bibliotecas, congresos, publicaciones de documentos científicos y tecnológicos, etc.
- Actividades asociadas: inventario de datos, observatorios científicos, estudios jurídicos y administrativos, de mercado, etc.
- Actividades de docencia: todo lo relacionado con la educación y adiestramiento.

Según la UNESCO los científicos y tecnólogos “son personas que poseen una formación científica y tecnológica, y que realizan tareas profesionales en ciencia y tecnología. Se incluyen en esta clasificación los administradores y demás personal de categoría superior que dirigen la ejecución de actividades de ciencia y tecnología.

Es importante considerar que la investigación científica y tecnológica está determinada por la estructura socioeconómica y cultural de la sociedad, su orientación y su grado de desarrollo institucional. En este sentido, las sociedades latinoamericanas, se caracterizan por presentar una deformación estructural de la economía, dependiente de la penetración e inversión extranjera, lo que se traduce en una transculturación tecnológica que en muchos casos no es adaptable a dichas sociedades. Así, los niveles superiores de desarrollo científico y tecnológico de los países desarrollados, en contraposición con el subdesarrollo científico de las periferias dependientes latinoamericanas, son un marco para la dominación y la transculturación.

Sin embargo es bien sabido que los países en vías de desarrollo tienen cierta incapacidad para responder a sus necesidades de desarrollo nacional, debido en parte a una oferta poco adecuada y oportuna de resultados científicos y tecnológicos frente a los requerimientos sociales y económicos, lo que contribuye a consolidar la fuerte dependencia socioeconómica (UNESCO, 1990)

La idea no es oponerse a la necesaria difusión y asimilación científica y tecnológica, sino más bien poder decidir en forma autónoma acerca de los problemas de ésta índole que los países suramericanos confrontan, y

asimismo, generar las vías para su solución creando tecnología propia o seleccionando con criterios adaptativos la tecnología que realmente conviene al nivel de desarrollo de dichos países. De allí la importancia de promover la producción de conocimientos a través de la investigación para así poder intervenir la realidad; lo que, particularmente, en el área de la salud es sumamente valioso para generar descubrimientos aplicables en patología, terapéutica, sistemas y materiales, ciencias sociales, entre muchos otros, persiguiendo mejorar la situación de salud de las comunidades, y con ello su calidad de vida.

Uno de los aspectos considerados entre los más importantes relacionados con las condiciones de vida y el bienestar de la población es la salud bucal, y tomando en cuenta que, según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades bucales se han convertido en un problema de salud pública, resulta fundamental consolidar una base de conocimientos teóricos y metodológicos que permitan abordar el componente bucal de la salud desde el punto de vista social y biológico, e igualmente, llevar a cabo investigaciones pertinentes para mejorar dicha situación bucal (OMS,1990).

En América Latina se manifiesta con gran fuerza la urgencia de profundizar la investigación clínico-patológica, socio-epidemiológica y sobre alternativas y modelos de servicio que permitan, por la vía de la Odontología Integral, atender y solucionar los problemas más generalizados, como lo son, la caries, la enfermedad periodontal y las maloclusiones; e igualmente, crear tecnologías simplificadas y seleccionar las tecnologías adecuadas a la circunstancias sociales y económicas.

En este sentido las facultades y escuelas de odontología deberían ser las mayores productoras de investigación en salud oral, logrando una relación estrecha entre la formación profesional y la formación científica, así como entre la docencia y la investigación, contando con apoyo estatal y privado, logístico, financiero y de infraestructura.

El estudiante debe lograr el aprendizaje no limitado a la recepción de un conocimiento transmitido, sino a la interpretación de hechos y acciones como expresión de una pedagogía activa, en la cual la interdisciplinariedad, la correcta relación teoría-práctica y el contacto con la realidad de modo permanente sean las directrices que orienten su formación como profesional de la salud. El curriculum deberá hacer énfasis en trabajos en equipo, reflexiones de grupo sobre temas, problemas, experiencias y la búsqueda de soluciones analizadas y manejadas desde varias perspectivas conceptuales.

La investigación debe ser considerada como eje de la docencia e instrumento básico de la práctica, para ello se busca un profesional formado en su realidad, la que conoce a través de la investigación socio-epidemiológica y para la cual ha formulado prioridades. Esta realidad puede ser intervenida gracias a los logros obtenidos por la investigación de lo clínico, la biopatología y la biotécnica; involucrados en programas de atención participativa entre los servicios del gobierno y la comunidad.

- **Producción del Recurso**

La práctica odontológica determina el tipo de formación de recursos humanos en salud bucal y fundamentalmente, la manera como se reproduce dichas prácticas a través de los programas y diseños curriculares de la educación odontológica formal. Las características que adquiere el modo de producción de recursos humanos en Odontología (educación odontológica) son expresión de la estructura existente en la organización de los servicios, la forma como se desarrolla la práctica odontológica.

El sistema educativo, en todos sus niveles debe estar encaminado al logro de metas sociales compartidas por la mayoría; y de esta forma generar un conjunto de conocimientos, destrezas, actitudes y valores que asuman en forma crítica la reformulación de las metas sociales.

Idealmente, se debe hacer ver al estudiante que el proceso salud enfermedad puede ser manejado por los profesionales de salud, articulando lo biológico con lo social.

Como fue señalado anteriormente, el fracaso de la odontología flexneriana y la preventivista para resolver la problemática de salud bucal ha hecho cada vez más necesaria una nueva concepción de la enseñanza odontológica y una práctica que tenga como objetivo último la manutención de la salud, y que esté caracterizado por la naturaleza colectiva de su objeto, por el énfasis en la prevención, en su sentido más amplio, por la significación de los elementos de la práctica profesional con utilización intensiva de tecnología apropiada y por la desmonopolización del saber odontológico (Vilaca, 1989). La tecnología "apropiada" no se refiere a una simplificación de la odontología para ser aplicada a los marginales y pobres de la sociedad, sacrificando calidad por cantidad. La simplificación de recursos humanos, instrumental, equipos, espacios físicos y organizacionales como técnicas productivistas, no debe hacer olvidar que el fin de la odontología no es realizar a bajos costos mayor cantidad de actividades curativas en el menor tiempo posible, sino que debe cuidar la calidad de dichas actividades combinadas con acciones de promoción y prevención. De lo contrario, sería sólo una innovación dentro de los modelos anteriores, en contradicción con la necesidad de una Odontología Integral.

De todos los cambios curriculares que ha experimentado la educación venezolana, iniciados a partir de la década de los sesenta (semestralización, trimestralización, anualidad, unidades créditos, usos de modelos de aprendizaje, enseñanza programada, creación de clínicas integrales, diseños de programas con técnicas conductistas, aprendizaje con uso de personal auxiliar, etc.), quizás el que no iba sólo encaminado a hacer más eficiente el proceso de enseñanza, sino que apuntaba a la reconsideración del modelo de formación y práctica odontológica, fue la inclusión de contenidos sociales en los pensa de estudio, como ciencias de la conducta, estadística, epidemiología, administración sanitaria, etc. Por otra parte, se deben considerar las experiencias extramurales que representarían, de alguna forma, una odontología "alternativa" ante la formación flexneriana del futuro odontólogo; sin

querer decir con esto que haya dado los resultados esperados, ya que aún persiste, en lo fundamental, el paradigma flexneriano-preventivista en la educación odontológica nacional.

La odontología alternativa comunitaria ya mencionada incorpora los planteamientos del modelo docencia servicio, el cual amerita la interacción dinámica entre docentes, estudiantes, instituciones prestadoras de servicios de salud y las comunidades. La orientación, si se pretenden realizar transformaciones en la práctica odontológica, se enfoca en el esfuerzo en y con las comunidades, considerando sus necesidades y no imponiendo programas. No debe tratarse de “prácticas de campo” con contactos circunstanciales y superficiales con la comunidad; deberá más bien conjugar esfuerzos inter y multidisciplinarios en acciones concertadas ante una problemática de salud enfermedad bucal, cuyos determinantes están relacionados con las condiciones de vida de los diferentes grupos sociales, lo que amerita de acciones intersectoriales. La idea es colocar al estudiante en contacto con la realidad a través de actividades clínicas, socioepidemiológicas y de administración sanitaria. El énfasis se hará en la salud, no en la enfermedad.

El desarrollo de recursos humanos en odontología debe estar enfocado en que este no es un fin en sí mismo, sino un medio para alcanzar el objetivo de transformar hacia niveles de crecientes logros, la situación de salud bucal de la población.

Por su parte, la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela asume la significación de la docencia servicio como “un proceso de creciente articulación entre las instituciones de educación y de servicios de salud, para contribuir a la mejora de las condiciones de vida de la colectividad mediante la prestación de servicios adecuados a las necesidades reales de la población, y a la producción de conocimientos y formación de recursos humanos requeridos en un determinado contexto de práctica de servicio de salud y de enseñanza” (López, 1987). Para lograrlo la idea que debe predominar es la de ir transformando progresivamente los programas desde la **iniciales clínicas asistenciales extramurales en centros de investigación, educación y atención.**

3. Definir el concepto de Clínica Integral

En 1965, se concibió a la Clínica Integral como aquella que “busca dar una visión lo más completa de lo que es un tratamiento integral de acuerdo a los cánones modernos. Mediante la cual, el alumno tiene la oportunidad de practicar todas las ramas básicas de la odontología integral en un solo paciente como si estuviera en su propio consultorio” (Facultad de Odontología de Antioquia, 1965).

Este diagnóstico facilitó el establecimiento de actividades clínicas integrales esparcidas a lo largo de todo el plan de estudios de odontología. En efecto, Arango, argumentó la idea de las clínicas integrales en 1954 porque “el alumno

estaba acostumbrado a ejecutar trabajos de una sola especialidad y no estaba convencido de la importancia de correlación de materias” agregando que a pesar de que los estudiantes tenían una carga horaria clínica aceptable en las diversas especialidades, quedaban con la interrogante de la síntesis de esos distintos conocimientos, aplicados en un solo paciente.

De acuerdo a lo anterior, la definición del concepto de Clínica Integral viene siendo homóloga al concepto de tratamiento clínico integral, que es tan solo un nivel abstracto del método clínico. Por lo tanto, pareciera que en el pasado la preocupación por la integralidad estuviera totalmente centrada en un nivel técnico-operativo. No se daba una distinción en ese momento entre los conceptos de Clínica Integral y tratamiento integral, lo que no le resta significado a la búsqueda de niveles de integración que permitiera una práctica clínica más acorde con la realidad representada por los pacientes.

Para 1977 se reformula el concepto de Clínica Integral, expresando que “la coordinación de clínicas es el eje de la docencia en ese sector académico. De allí sale la información oportuna de la casuística clínica de cada alumno en las diferentes etapas de su formación, con lo cual el profesor debe ubicar el camino y método necesario para alcanzar el objetivo general de la formación integral del alumno” (Facultad de Odontología de Antioquia, 1977). Bajo esta mirada administrativa, las clínicas integrales pasaron a ser correctivos del proceso educativo, para detectar deficiencias y complementar la formación del estudiante. Así, se programan las actividades del estudiante considerando sus fallas para garantizar al final de su carrera una formación equilibrada y aproximada a los objetivos de la institución.

Posteriormente, se definió la **Clínica Integral** como la enseñanza-aprendizaje de lo clínico, estomatológico y lo biotécnico en la unidad odontológica y que toma a los pacientes como un todo, sanos o enfermos, sin fraccionarlos (Braham, 1978).

En función de lo anterior, la **Clínica Integral** es un nivel de concreción analítico y aplicado de una práctica odontológica integral. En dicho nivel se generan y aplican conocimientos biomédicos, sociales y diferentes biotecnologías. Su objeto de trabajo está definido por la dimensión clínico individual de los seres humanos, los cuales son considerados como unidades biopsicosociales. Su finalidad es el estudio para la comprensión y transformación de aquellos procesos que se presentan en la cavidad bucal y que inciden en el proceso salud enfermedad; por lo tanto, la Clínica Integral es una actitud, enfoque y práctica sobre una realidad, los pacientes. Por medio de ella se desarrolla una diversidad de conocimientos para la identificación, diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades bucales (Payares, 1989).

Arango por su parte, definió en 1989, la **Clínica Integral** como el enfoque por medio del cual se considera a los pacientes como unidades bio-psico-sociales para que su estado de salud enfermedad bucal sea analizado con un criterio de totalidad con relación al resto de las estructuras y sistemas orgánicos.

En este sentido, la Clínica Integral demanda el desarrollo de un trabajo inter-multidisciplinario para el abordaje y resolución de los problemas presentados en el sistema estomatológico y el resto del organismo.

Más recientemente, Rossel (2006), concibió a la **Clínica Integral** como un sistema de enseñanza y aprendizaje, basado en el desarrollo integral de las funciones básicas universitarias y en la estrategia Docencia-Servicio-Investigación, de manera que el conocimiento que se genere sea pertinente para el aprendizaje y oportuno para la prestación de servicios.

De acuerdo a lo anterior, el enfoque clínico integral evita la evaluación cuantitativa, sustituyéndola por la cualitativa, para impedir la descomposición de los pacientes en cavidades, conductos, prótesis, etc.; lo que se venía observando desde el inicio de los setenta, en donde la actividad clínica estaba dirigida a completar requerimientos. Las prioridades no se instauraban en función de las necesidades de los pacientes, sino que estos eran adecuados a las necesidades de los estudiantes. Por ende, la práctica clínica estimulaba la deshumanización de los pacientes y un enfoque desintegral de los tratamientos. El objetivo era alcanzar un número de procedimientos sobre cada paciente tomados como modelos artificiales para el aprendizaje.

Por lo tanto, para lograr dicho enfoque integral, la institución educadora debería apoyarse en **estrategias básicas como depositar en el estudiante la responsabilidad de su** formación, delegación amplia de funciones y formación integral del estudiante.

En ese sentido, se hace necesaria la elaboración de cursos correlacionados en los diversos períodos académicos, relacionando las ciencias básicas con la clínica, la integración de las especialidades, el énfasis en lo preventivo y social, y en la educación médico-biológica del odontólogo, la formación y utilización de personal auxiliar, los seminarios, los clubes de revistas, las presentaciones y discusiones de casos, entre otros.

De ésta manera proporcionar un tratamiento integral, el cual está relacionado con la organización, ejecución y evaluación académico-administrativa de la aplicación de las biotécnicas odontológicas, según el nivel de complejidad observado en cada uno de los pacientes. Es un conjunto coherente de tareas clínicas factibles a realizarse por parte de los estudiantes y profesores según las exigencias señaladas en el plan de estudios. Dichas tareas no pueden ser confundidas como un listado de requerimientos predeterminado. Los logros aspirados por medio de los tratamientos integrales, estarán representados por los niveles de integración o de coherencia de los conocimientos adquiridos y aplicados por medio de una ejecución seriada de acciones clínicas.

De esta manera, la Clínica Integral está enmarcada dentro de un modelo de enseñanza planteado para las universidades latinoamericanas con el fin de lograr que los currícula de las escuelas y facultades tuvieran un balance y correspondencia con la situación de salud existente.

Dentro de este sistema, los planes de estudio deben considerar una adecuada programación curricular en función de la demanda futura de los profesionales en los diferentes niveles de atención. Al mismo tiempo que ésta debe inclinarse al reconocimiento explícito de una práctica general basada en la atención integral, que debería ser el fundamento orientador de la formación profesional.

Sin embargo, diversos autores afirman que la responsabilidad del estudiante en su propia formación no se ha logrado, ya que el modelo pedagógico vigente es el tradicional, tratándose de un método básico de enseñanza-aprendizaje academicista, bajo un régimen unidireccional donde el estudiante es un receptor pasivo. Por otra parte, el plan de estudios orienta al estudiante a la práctica privada, con un enfoque individual y biológico. Por lo tanto, el resultado sigue siendo un profesional con escasa capacidad crítica frente a los problemas nacionales, y condicionado para la ejecución de actividades repetitivas limitadas a las estructuras del sistema estomatológico.

4. Definir y analizar los Ejes de la Clínica Integral (administración, investigación y servicio) estableciendo relaciones entre ellos
5. Identificar los elementos administrativos y de investigación que se desarrollan en la práctica clínica

Principios de la Clínica Integral

Para la consecución de sus objetivos, la Clínica Integral está basada en el cumplimiento de un serie de **principios**, los cuales están relacionados con el dominio de las áreas o ejes fundamentales de la clínica integral, la aplicación del método clínico y la integración de las funciones educacionales universitarias, como lo son la docencia, la investigación y la extensión o servicio.

a. Dominio de los ejes fundamentales de la Clínica Integral

La aplicación de la Clínica Integral exige el dominio de tres áreas o ejes fundamentales:

- Administración

Administrar es establecer y realizar propósitos mediante la cooperación de personas y la aplicación de recursos materiales para beneficio del hombre. La administración es arte y ciencia al mismo tiempo ya que por un lado posee un cuerpo de conocimientos sistematizados y por el otro lado implica una facultad personal de creatividad y habilidad (Lenin, 1941).

Según Hermidas, 1983, proceso administrativo es realizar la planificación y ejecución de acciones destinadas a lograr el pleno desarrollo de las capacidades integrales de un pueblo, es decir, la capacidad física y mental de los individuos.

En este orden de ideas, se entiende por administración la actividad que convierte los recursos humanos y físicos desorganizados en resultados útiles y efectivos (Melinkoff, 2000).

Resulta evidente que todos los individuos son administradores de sus propias vidas, y cada una de las actividades desempeñadas, sean negocios, estudios o afectos, requieren de una práctica administrativa. Así, el campo de la salud bucal no escapa a ésta realidad y no es suficiente conocer los problemas biológicos y las necesidades de tratamiento de cada paciente; es necesario además emplear adecuadamente los recursos de los que se dispone de la forma más eficiente posible, para así minimizar los problemas que se presenten.

Desde finales del siglo XIX se ha definido la administración en términos de cinco funciones específicas de los gerentes: la planificación, la organización, la ejecución, la supervisión y la evaluación. Por lo tanto, el proceso de administración se refiere a planear y organizar la estructura de órganos y cargos que componen la empresa, y dirigir y controlar sus actividades.

*Planificación: permite efectuar previsiones, anticiparse a los acontecimientos en el intento de controlar y analizar los múltiples factores y circunstancias que intervienen o pueden intervenir en el curso del tiempo y que facilitan o perturban el logro del objetivo u objetivos propuestos (Ferrara y col., 1976).

Para poder planificar es necesario partir del conocimiento de una realidad y seguir un método específico. Incluye la investigación o diagnóstico y la programación de actividades. Su finalidad es señalar un curso de acción que facilite el cumplimiento de ciertas metas.

*Organización: se trata de lograr la armonía entre todas las actividades de una empresa para facilitar el trabajo y alcanzar el éxito. Para conseguirlo es necesario que todas las partes que interactúan en el proceso, lo hagan siguiendo un objetivo común.

Durante la organización se definen tareas, se asignan atribuciones y se establecen relaciones formales de jerarquía (Araya, 1983). Es la forma que asume un grupo para lograr un objetivo común. Su finalidad es la división lógica del trabajo para lograr el funcionamiento más eficaz y satisfactorio.

En la organización de acciones de salud, se deben tomar en cuenta los recursos disponibles y las técnicas de comprobada eficiencia en determinadas condiciones económicas.

*Ejecución: realización de las actividades que deben llevarse a cabo para alcanzar el o los objetivos trazados, en consecuencia de espacio y tiempo.

*Supervisión: control o vigilancia de la capacidad del personal y actividades realizadas, con el objetivo de revisar normas y procedimientos para lograr las metas planteadas.

*Evaluación: se refiere a la observación y análisis permanente del comportamiento de ciertos indicadores. Por medio de esta observación podemos estimar hasta que punto se ha seguido un programa, cual ha sido el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos formulados, que tan adecuados han sido los métodos seleccionados para actuar, como se han ejecutado las actividades programadas y además, permite tomar decisiones inmediatas en un momento dado.

La evaluación debe ser un proceso continuo en el tiempo y en el espacio, no debe ser esporádica ni constituir la actividad final de un programa. La frecuencia puede ser variable, de acuerdo a la finalidad con que se ejecuta, la materia-sujeto de la evolución, el nivel al cual se realiza, la fase de desarrollo del programa y la disponibilidad de la información pertinente.

En el proceso de evaluación deben intervenir todos los que participan en las actividades que se evalúan, actores de niveles superiores de la organización e incluso personas externas a la misma con un conocimiento adecuado al que se desea evaluar y cuya presencia sea necesaria.

En los servicios de salud, la evaluación debe ser dirigida tanto al servicio mismo como a los individuos involucrados y afectados por su funcionamiento, y la misma debe estar orientada a la medición de su eficacia, eficiencia y efectividad.

La *eficacia* está relacionada con las actividades producidas. Se expresa en función de cantidades, se mide en términos de cobertura y refleja el cumplimiento de metas en un período determinado.

La forman en como se evalúan los recursos humanos y físicos, el costo en dinero de las actividades e instrumentos, y la productividad representa la *eficiencia*.

Ahora bien, al unir la evaluación de la eficacia con la de la eficiencia, y además sumar el efecto, se estará refiriendo a la *efectividad*.

Con la planificación se diagnostica la situación existente y se proponen objetivos a cumplir, con la evaluación se revisa que dichos objetivos sean alcanzados. Por ello planificación y evaluación son inseparables.

- **Investigación**

El odontólogo debe estar en capacidad de enfrentar la realidad y poder transformarla, y es a través de la investigación como puede encontrar un camino adecuado para llevarlo a cabo.

La investigación en las clínicas integrales es una instancia de la investigación científica en general, y de la investigación biomédica en particular. Abarca aspectos patológicos, socioepidemiológicos, de materiales y tecnología, de administración, y todos aquellos derivados de la relación agente-paciente que inciden de una u otra manera en la prestación del servicio.

Conviene explicar que no deben limitarse las investigaciones en las clínicas integrales a aquellos fenómenos biológicos que demandan la aplicación exclusiva del método experimental; por el contrario, existen diferentes métodos de indagación científica que van a depender de los variados tipos de problemas que se presentan en la atención de los pacientes. Además, los proyectos de investigación en los centros de formación de recursos humanos, deben realizarse teniendo en cuenta los currícula, y las necesidades sanitarias de la comunidad.

- Servicio

La prestación de servicios de salud en la clínica integral está dado por actividades integrales en los diferentes pacientes, las cuales deben organizarse de acuerdo a grupos etáreos y niveles de complejidad según los diagnósticos y tratamientos; y la acción y actitud preventiva deben estar inmersas en cada uno de los procedimientos y niveles de atención odontológica.

El examen clínico es un paso previo para la absorción y clasificación de los pacientes de acuerdo al grado de complejidad de sus necesidades. Con un examen clínico definitivo, plasmado en una historia clínica médico-odontológica, se cumple un requerimiento básico para el inicio de los tratamientos integrales.

La clasificación clínica de los pacientes para ser atendidos, no tiene como finalidad la pesquisa y utilización de "casos" para aplicar las diferentes biotécnicas, ya que lo que se debería buscar en la formación del recurso humano no es un rendimiento cuantitativo de unidades simples de trabajo, tales como restauraciones, coronas, prótesis removibles, etc., sino más bien un progreso cuantitativo que reconoce y admite las diferencias particulares, tanto de los estudiantes como de los pacientes.

De acuerdo con la estrategia señalada para la aplicación de la visión de la clínica integral, se debería propiciar una combinación de modelos pedagógicos que permitiera la asimilación crítica de los conocimientos y generara relaciones creadoras con los profesionales y la comunidad. Los contenidos académicos deberían facilitar una visión integral del ser humano, es decir, de sus dimensiones biológica, psicológica y social, a lo largo del plan de estudios y en todos los niveles de la administración, la investigación y el servicio. La institución debería abandonar el enclaustramiento y lograr a través de la práctica en la comunidad la aprobación o descalificación de las teorías formuladas. El profesor, el estudiante y la comunidad reformularían permanentemente los diagnósticos y las soluciones a los problemas alrededor del proceso salud-enfermedad.

La finalidad es formar para el país un profesional integral adecuado en grado máximo para ejercer en cualquier medio, bien sea desarrollado y con los recursos más actualizados con que cuenta en el momento la profesión o en aquel de serias limitaciones en todos los órdenes. Se pretende un odontólogo conciente de su misión como profesional de la salud, como universitario y como

ciudadano, capaz de establecer diagnósticos y ejecutar acciones preventivas y curativas con clara comprensión del hecho individual y comunitario; así como de investigar aspectos de la realidad para lograr cambios positivos en la misma y de administrar efectivamente los recursos humanos y materiales de los que dispone para mejorar la calidad del servicio prestado.

El futuro profesional debe comprender las necesidades y problemas del país para que pueda ser un líder de la comunidad, como debe ser todo profesional universitario del mundo actual.

b. Aplicación del método clínico

El método clínico merece especial atención, ya que, mediante la enseñanza aprendizaje del mismo, y su posterior aplicación, es posible producir un efecto positivo en los perfiles epidemiológicos de la comunidad.

La adquisición y producción de conocimientos científicos en la práctica odontológica se realiza a través de ciertos procedimientos que procuran integrar la actividad clínica con lo socio-epidemiológico. Lo clínico está regulado por el **método clínico**, que consiste principalmente en un sistema de conocimientos biomédicos aplicados para la identificación, diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades en los individuos.

El método clínico tiene dos componentes: el empírico o exploración técnica experimental y el teórico que se fundamenta en los conocimientos de las técnicas biológicas y médicas. Lo primero apunta hacia la recolección de las manifestaciones de los hechos y lo segundo hacia una explicación analítica de estos; para lo que resulta indispensable recoger cuidadosamente los datos aportados por la semiología clínica, y realizar un examen clínico exhaustivo, de signos y síntomas, luego se formulará la hipótesis, la cual será verificada con exámenes complementarios; así establecer las relaciones necesarias para determinar el pronóstico y el plan de tratamiento.

El estudio integral de un paciente, incorporando lo biológico, psicológico y social, se realiza mediante la aplicación del método científico. Vale acotar que la observación de la naturaleza, el planteamiento de hipótesis que expliquen lo observado, y la confirmación o negación de las mismas han constituido lo que se conoce como **método científico**; método cuya aplicación permanente en todas las actividades científicas y tecnológicas, ha hecho posible el avance de los conocimientos de los últimos siglos.

Las fases del método científico aplicado a la clínica son:

- Fase I. Observación: Entrevista o anamnesis y exploración o examen clínico.

En esta fase se recogen los signos y síntomas del paciente:

*Síntomas: se obtienen mediante el interrogatorio, y se refieren a la expresión verbal por parte del paciente, de un problema de salud o lo que él considera anormal, y el profesional los interpreta de acuerdo a la

información biomédica que posee como manifestaciones específicas de anormalidad.

*Signos: parte objetiva del problema de salud que presenta un paciente, se detectan durante la exploración física y corresponden a lo que el profesional interpreta como anormal, basándose en su conocimiento.

*Síndromes: son la agrupación que hace el profesional de los síntomas y signos que obedecen a una misma alteración funcional; la cual puede ser de un órgano, aparato o sistema.

Durante la entrevista clínica se persiguen los siguientes objetivos:

*Obtener información sobre el paciente y su enfermedad

*Establecer una relación con el paciente que facilite el diagnóstico y el tratamiento

*Educar al paciente para que comprenda su enfermedad y el tratamiento a aplicar

Para lo que se deben cumplir con los principios de la entrevista clínica:

- ✓ Dejar al paciente expresarse libre y espontáneamente.
- ✓ Obtener la mayor información posible.
- ✓ Ordenar cronológicamente la información.
- ✓ Duración total del cuadro clínico.
- ✓ Relación de síntomas con: funciones fisiológicas, actividades, hábitos, situaciones afectivas y sociales.

Por otra parte, para llevar a cabo exitosamente esta etapa resulta importante disponer de:

*Actitud y ambiente clínico adecuados: la idea es establecer una comunicación con el paciente que le permita sentir apoyo y orientación. La amabilidad y el respeto en el trato, la calidad humana del profesional, la privacidad y la actitud postural y facial, ejercen gran influencia en la veracidad y exactitud de los datos obtenidos

*Tiempo suficiente: el tiempo que se dedica a obtener la información es un factor determinante en lo relativo a la calidad de la práctica que se realiza. Si la información es insuficiente o de poca calidad, la base en que se sustentará el diagnóstico será necesariamente inestable

*Método y técnica depurada: para obtener una información completa es necesario seguir un método que evite las omisiones, tanto al efectuar el interrogatorio como al practicar la exploración del paciente

- Fase II. Enunciado de la hipótesis: interpretación de los datos obtenidos integrándolos en hipótesis diagnósticas. Es el paso clave del Método Clínico donde se elaboran una o varias hipótesis diagnósticas, para lo cual es necesario apoyarse en los aspectos empíricos y teóricos que han ido analizando.

En esta fase se siguen, a su vez, las siguientes etapas:

*Agrupamiento de los síntomas y signos por síndromes, en caso de presentarse

*Relación de los grupos formados con los conocimientos biopsicosociomédicos poseídos por el profesional o almacenados en la literatura médica

*Sospecha, basada en los datos obtenidos y agrupados, y en el conocimiento de la historia natural de las enfermedades, de la causa que origina las alteraciones encontradas, la cual se resume en los diferentes tipos de diagnósticos:

Diagnóstico etiológico: aquel que lleva implícito la causa que originó el problema de salud.

Diagnóstico provisional: hipótesis diagnóstica planteada cuando no se tiene identificada plenamente la patología que presenta el paciente. En esta situación es necesario practicar exámenes complementarios.

Diagnóstico diferencial: son las hipótesis diagnósticas planteadas cuando los signos y síntomas que presenta el paciente son comunes para varias patologías. En esta situación es necesario profundizar el estudio del caso para tener el diagnóstico preciso.

*Pronóstico del caso, el cual se refiere a la valoración crítica del estado de salud bucal y general del paciente, a través de una proyección que nos permite determinar la oportunidad de implementar el tratamiento más adecuado.

- Fase III. Comprobación o rectificación de las hipótesis planteadas mediante la solicitud de exámenes complementarios, y mediante la observación comparada del curso de los eventos con las expectativas esperadas, para lograr el Diagnóstico Definitivo

El método científico aplicado de esta forma en la clínica, conduce al planteamiento de una verdad, el diagnóstico; el cual servirá de base para tomar las medidas necesarias para restablecer la salud del paciente.

Es importante, considerar que en la ciencia las verdades no son absolutas, y que el tiempo modifica los factores que alteran el equilibrio y provoca la aparición de otras verdades o la desaparición de las "verdades anteriores"; de tal modo que resulta imperativo, en la clínica, la revisión constante de los planteamientos mediante la observación repetida y el análisis de los resultados de los tratamientos, con el objeto de mantener o variar la conducta.

El método científico, y por lo tanto, el método clínico exigen el registro de todos los datos observados, de las hipótesis diagnósticas, de su fundamentación y de los diferentes eventos; con la finalidad de permitir el análisis frecuente de la historia natural de la enfermedad y la influencia ejercida sobre ella, en cada caso en particular; y el instrumento clínico más adecuado para hacerlo es la Historia Clínica. Siguiendo los pasos propios de la misma es posible planificar, organizar y coordinar la atención individual por niveles preventivo, curativo y de rehabilitación, para así lograr la esencia del método clínico: el manejo del paciente.

El manejo organizado y sistemático de la historia clínica, aplicando el método clínico, nos facilita la atención integral del paciente, la cual debe ser orientada a la prevención, curación, y mantenimiento de la salud del paciente.

El método clínico, como parte de un método integral, presenta una línea de continuidad dialéctica con el método socio-epidemiológico. Mientras lo clínico

se limita al conocimiento biomédico de un organismo humano, lo socio-epidemiológico se refiere al proceso salud enfermedad de una manera colectiva.

El **método socio-epidemiológico** está constituido por un sistema de conocimientos biomédicos y sociales aplicados para identificar, diagnosticar y resolver el fenómeno salud-enfermedad en los seres humanos en su dimensión histórico-sociológica. Busca identificar los procesos sociales y estudiar como ellos se traducen a través de los mecanismos biológicos en el proceso colectivo salud enfermedad.

Según Breilh y Granda, el método socio-epidemiológico estudia el proceso salud enfermedad en su dimensión colectiva. El epidemiólogo se enfrenta con sociedades que están sujetas a leyes propias, cuya explicación rebasa las posibilidades del método clínico.

La integración del método clínico y del socio-epidemiológico se hace por medio del **método integral** o semiológico, que como filosofía y como proyecto científico constituye el estudio de las leyes más generales de la biología humana y de la sociedad, entendidas como la naturaleza y sus vinculaciones con la realidad social y el pensamiento. En odontología, el método integral tiene como punto de partida los hechos biológicos, psicológicos, económicos y sociales que interna o externamente se relacionan con el sistema estomatognático. Describe y explica, a través de sucesivas aproximaciones, su historia y situación actual, para que con la comprensión de estos hechos se entienda el momento en el que se encuentra el proceso y sea posible estudiar su posible transformación. El método clínico y el socio-epidemiológico son dos métodos abstractos de uno más totalista: el método integral.

En resumen, el método clínico es una guía sistematizada que nos facilita la investigación y análisis de los síntomas y signos que presenta un paciente orientada a la producción del diagnóstico, pronóstico y terapéutica indicada en cada caso particular.

Sin embargo, se ha evidenciado que el método clínico ha venido experimentando una crisis debido a varios determinantes, a saber:

- Deterioro de la relación médico-paciente.
- Poca valoración del interrogatorio y del examen clínico.
- Sobrevaloración de la función de la tecnología.
- Desinterés hacia la evaluación integral del paciente, prevaleciendo la atención por especialidades.
- Poca valoración a la atención primaria.

Por ello, la evaluación del futuro profesional estaría dada por la importancia que le otorgue al método clínico, su capacidad para aplicarlo, y sus relaciones en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, para solucionar gradualmente los problemas encontrados en los pacientes. Bajo esta filosofía adquieren sentido y validez los conocimientos básicos y las biotecnologías, y no al contrario, como ha sido formulado en la odontología tradicional.

c. Integración de las funciones educacionales básicas

Son tres las tres las funciones educacionales básicas: **docencia, investigación y extensión o servicio**. Sin embargo, tradicionalmente se le ha concedido más importancia a la función docente, descuidando la investigación y la extensión universitaria.

La Clínica Integral plantea una mayor articulación e integración de las funciones básicas de la institución universitaria, como lo son la docencia, la investigación y la extensión. Lo que constituye un ideal y un desafío que invita ciertamente a la búsqueda creativa y urgente tanto de las posibilidades de intercambio entre cada una de esas funciones universitarias, como de los espacios de convergencia donde esas actividades logren armonizarse como partes de un todo.

Es un planteamiento que tiene sintonía con las fundadas e insistentes exigencias de mayor calidad en el mundo de la educación superior de hoy, en un contexto en el cual, por un lado, se observan cambios significativos en el conocimiento, en cuanto a su producción, organización, divulgación, gestión y valoración; y donde, al mismo tiempo, es manifiesto el creciente uso de las tecnologías de la información y la comunicación en una sociedad sin fronteras.

En primer término, es necesario reivindicar la complejidad de la relación entre la **docencia** y la **investigación**. En tal sentido, se concibe esta relación en varias direcciones, no en una sola, como muchas veces ocurre, cuando se habla únicamente de la necesidad de la investigación para la docencia y no se considera el papel de ésta en la actividad investigativa; y además, la visualizamos en tanto matizada por múltiples factores, de los cuales unos son propios de cada una de las funciones consideradas, y otros proceden de otros campos de actuación de la vida universitaria.

Sin duda, la investigación es un elemento esencial de la institución universitaria, hasta tal punto que es plenamente válida la opinión de quienes afirman que nunca serán universidades aquellas entidades centradas solamente en la docencia. También es necesario que veamos en la docencia un espacio de suma importancia para la investigación. Se trata de ir más allá de la sola idea de la docencia como actividad de comunicación pedagógica de la verdad y el saber, para asumirla igualmente como un espacio privilegiado para la reflexión y la investigación.

El carácter investigativo permite desarrollar en los estudiantes un espíritu crítico, constructivo y renovador de la realidad. Fomenta la búsqueda del conocimiento, el desarrollo del pensamiento científico y de habilidades científico investigativas.

En segundo lugar, en la búsqueda de una mayor calidad en la docencia y la investigación, destaca la necesidad de responder a un desafío común: conjugar actividades dirigidas a contracorriente de la tendencia a la hiperespecialización y a la separación entre saberes y disciplinas.

Asimismo, es fundamental tomar en consideración tres grandes desafíos mencionados por Edgar Morin, con los cuales las universidades latinoamericanas aún están en deuda: el desafío de vencer la gran desunión entre la cultura de las humanidades y la cultura científica, comenzada en el siglo XIX y agravada en la actualidad; el desafío cívico de superar el debilitamiento del sentido de la responsabilidad y de la solidaridad; y el desafío sociológico planteado con el crecimiento de las características cognitivas de todas las actividades desarrolladas en la sociedad.

En tercer lugar, es fundamental asumir la **extensión** como un espacio de encuentro y diálogo fecundo en el desarrollo de las otras funciones universitarias y de sus distintos programas y proyectos en distintas áreas del conocimiento; que sea fortalecida como un vehículo de rendición de cuentas a la sociedad, con la implementación de mecanismos institucionales dirigidos a hacer más visibles las realizaciones de la universidad y a promover la participación activa de los miembros de la comunidad universitaria. Igualmente, es preciso potenciar esa función desde el punto de vista de sus posibilidades para desarrollar programas de formación continua para los universitarios y la sociedad en general.

Por supuesto, para el cumplimiento de estas funciones primordiales, tal como aquí se exponen, las universidades deben contar con el necesario y suficiente apoyo financiero por parte del Estado y de otros actores de la sociedad (las empresas privadas, entre otros agentes, con las cuales es imprescindible establecer alianzas estratégicas). Asimismo, es preciso que tales actividades se fomenten y desarrollen mediante políticas articuladas con un plan estratégico motorizado en todos y cada uno de los ámbitos de dichas instituciones.