

VEINTISIETE AÑOS DE SEGUIMIENTO DE LAS CLÍNICAS INTEGRALES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA (1970 - 1996) - PARTE I - ÍNDICES Y DEMÁS INSTRUMENTOS EVALUATIVOS UTILIZADOS

RAÚL MEJÍA VILLA*, FANNY LUCÍA YEPES D.**

RESUMEN. MEJÍA V., RAÚL Y YEPES D., FANNY LUCÍA "Veintisiete años de seguimiento de las clínicas integrales de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia (1970 - 1996)". Rev. Fac. Odont. Univ. Ant. 9(1): 39-46, 1997

Por medio del estudio retrospectivo de la historia clínica de los pacientes de las clínicas integrales del IX y X semestres de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, se analizan los procesos seguidos para buscar que los estudiantes cumplan los objetivos docentes en dichas clínicas. Se analizan además los niveles de eficiencia y eficacia y la calidad del servicio prestado a los pacientes para determinar aspectos cualitativos del tratamiento y los objetivos de formación actitudinal hacia lo preventivo y las relaciones de trabajo.

Así mismo, se analizan los procesos administrativos complementarios de un servicio como manejo de la historia, archivo, disponibilidad de recursos docentes y auxiliares, de equipo, instrumental e infraestructura que puedan incidir en la eficacia y eficiencia del servicio y en la formación del estudiante.

Para lograr estas evaluaciones se tuvieron que adaptar algunos índices que se utilizan en los servicios médicos, porque en los de odontología no se encontraron indicadores específicos para los propósitos de esta investigación.

Los resultados indican que en las clínicas evaluadas no se presta un verdadero servicio en la medida en que el paciente ocupa un nivel secundario en el objetivo de su tratamiento, mientras que la docencia en él, como objeto de aprendizaje del estudiante, es lo esencial. Por esa razón los resultados de eficiencia y eficacia son muy pobres, así como la calidad y continuidad de los tratamientos.*

La presentación de los resultados se hará en tres publicaciones:

I - Índices y demás instrumentos evaluativos adaptados.

II - Evaluación del período 1970 - 1989.

III - Evaluación del período 1990 - 1996.

Palabras claves: Clínicas Integrales, enseñanza clínica y organización de servicios odontológicos, eficacia, eficiencia, calidad, evaluación.

ABSTRACT. MEJÍA, RAÚL; YEPES, FANNY LUCÍA, A twenty seven year follow-up of the dental clinics at the "Universidad de Antioquia", School of Dentistry (1970 - 1996). Rev. Fac. Odont. Univ. Ant. 9(1): 39-46, 1997.

The present retrospective study analyzes the processes implemented by the dental school of the Antioquia University to help the senior dental students fulfill the teaching objectives of the 9th and 10th semester dental clinics. For this purpose, the dental charts of the patients in the 9th and 10th semester clinics were used. The variables that were studied include treatment and other procedures performed on the patient, the degree of efficiency and efficacy of these procedures, and the patients' quality of service. These variables were analyzed beyond the clinical-pathological perspective, to determine the qualitative aspects of treatment, such as the execution of "preventive treatment approaches", the efficiency of the working environment, and patient respect.

Administrative procedures were also analyzed. These include handling of dental charts and files, availability of teaching and assisting resources, equipment, instruments, and infrastructure that could affect the efficiency and efficacy of de service to the patient, and the student's attitude in the clinic.

In order to evaluate the results, several medical service indexes and measurement instruments were adapted to the present study, since the existing dental indexes lacked the specific indicators needed for the purpose of this study. The description and instructions for the use of these indexes are presented.

The results show that the efficiency and efficacy of the procedures is low, and the quality and continuity of treatment is poor. The reason for these findings is that the goals set by the institution have lead towards viewing and utilizing the patient primarily as a means for learning, where the quality of service to the patient is undermined.*

* Odontólogo Periodoncista, Profesor Facultad de Odontología Universidad de Antioquia.

** Odontóloga, Especialista en Odontología Integral del Adulto, Profesora Facultad de Odontología Universidad de Antioquia.

The results of this study will be presented in three separate publications as follows:

I. Adapted indexes and measurement instruments.

II. Evaluation from 1970 to 1989.

III. Evaluation from 1990 to 1996.

Key words: Integrated clinics, clinic teaching and dental services organization, efficiency, efficacy, quality,* evaluation.

INTRODUCCIÓN

Con la convicción de poder formar un "odontólogo integral", las directivas y los profesores de las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia de los años cincuenta, agruparon las actividades clínicas específicas de operatoria, endodoncia, periodoncia y prótesis parcial que se venían dando aisladas unas de otras, y constituyeron las denominadas "Clínicas Integrales" (1) ubicadas en el último año de estudios.

Desde entonces se ha entendido popularmente como "odontólogo integral" aquel que está capacitado para resolver los diferentes problemas situacionales que pueda presentar un paciente. Aquí se establece una idea de integración que consolida el modelo biológico o biotecnológico, desintegrado de una formación realmente integradora y contextualizada, dado su reduccionismo metodológico y especialmente conceptual actitudinal.

El propósito de esta investigación fue estudiar las características generales de dichas clínicas en el período 1970 - 1996. Así mismo se aplicaron indicadores de eficiencia, eficacia y calidad dentro del concepto de Servicio Odontológico a la "comunidad" de pacientes que las demandan.

Aunque la formación de un odontólogo general (integral) sólo podría lograrse dentro de un marco educativo en el cual la interacción y pertinencia entre los diferentes componentes curriculares tenga una sólida unidad conceptual y metodológica, para los efectos evaluativos, según el propósito de este estudio, sólo se consideró lo concerniente a las clínicas.

Actualmente la Facultad tiene el propósito y la necesidad de crear un servicio con fines docentes, el cual sería, además, concordante con la normatividad y las políticas de seguridad social del Estado (2) y con las exigencias que impone el "nuevo currículo" de la Facultad (3) como parte integral del modelo educativo "docencia - servicio

- investigación", dentro del contexto del objeto de estudio curricular determinado en el proceso "salud - enfermedad" que se explica como un verdadero "proyecto de vida" (4) y no sólo como la ausencia o la presencia de la enfermedad biológica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este es un estudio de tipo evaluativo, longitudinal, retrospectivo e institucional.

El trabajo evaluativo se realizó en una muestra de las historias activas de las Clínicas Integrales en el período comprendido entre Enero de 1970 y Diciembre de 1996 (27 años).

El universo de historias activas en ese período comprende una población objeto de estudio de 356 historias, de las cuales se tomó una muestra representativa bajo los siguientes criterios:

1. Error máximo de muestreo de más o menos 5% (E)
2. Con resultados que tengan una capacidad de generalización del 98%.
3. Mediante una observación previa a través de un sondeo piloto, se vio que la posibilidad de encontrar una historia clínica con antecedente de que el paciente hubiera asistido a "mantenimiento", fue del 4% (P).

Según lo anterior, el tamaño mínimo requerido de la muestra fue de 67 historias.

Se calculó una constante (K) que produjo el número para el intervalo de escogencia de las historias de la muestra:

$$K = \frac{N}{n} = \frac{356}{67} = 5.31 = (5),$$

pero se amplió a 102 historias la muestra, para lo cual se siguió el mismo procedimiento descrito. El

* Aquí hay referencia a la calidad como evaluación del servicio y no a la instrumentación individual de un tratamiento.

* Referes to the quality of the service and not to the quality of the individual treatment.

número del intervalo para la selección de las 102 historias se obtuvo así:

$$K = \frac{N}{n} = \frac{356}{102} = 3.49 \rightarrow (3)$$

Las historias de la muestra se clasificaron de acuerdo con la edad y el sexo y la fecha de ingreso o de apertura de la historia para determinar el tiempo que lleva el paciente en tratamiento activo al momento de esta evaluación.

Para lograr la aplicación de los instrumentos evaluativos que se describen adelante, se extrajeron los datos pertinentes de cada historia discriminando las diferentes actividades clínicas realizadas.

En general, los servicios del componente bucal de la salud, históricamente no se han evaluado sistemáticamente dentro de un enfoque contextualizado del problema, probablemente por carencia en los servicios de una normatividad al respecto, predominando el uso de evaluaciones limitadas a la observación y cuantificación de procedimientos. Existen otras condiciones limitantes del proceso de evaluación como puede ser la ausencia de una conceptualización y actitud evaluativa, lo cual podría explicar, hipotéticamente, la falta de instrumentos evaluativos específicos para los servicios odontológicos.

"Actualmente se considera que la garantía de la calidad de la atención en salud, debe formar parte integral del sistema de salud vigente, contando con que está supeditado a la eficacia, efectividad, eficiencia y equidad del sistema". (5) Esa garantía de la calidad de la atención debe apoyarse en la sistematización de la "evolución como un proceso permanente", encaminado principalmente a corregir y mejorar las acciones con el fin de aumentar la eficiencia y la eficacia de las actividades de salud. El objeto de la evaluación es por tanto, mejorar los programas de salud y los servicios que han de ejecutarlos". (6)

"Durante el proceso de evaluación se utilizaron como medios auxiliares ciertos indicadores y criterios. El indicador es un índice o un reflejo de una situación determinada. También se define como variables que sirven para medir los cambios, elaborar diagnósticos, planes, programas de salud, controlar, realizar ajustes, pudiendo así tomar las medidas correctivas o decisiones necesarias y obtener los mejores beneficios para la comunidad". (7)

Algunos autores (8 - 10) entre otros, definen tres aspectos básicos para la evaluación de la calidad:

1. La estructura: Valoración de la calidad de los medios.
2. El proceso: Valoración de la calidad de los métodos.
3. El resultado: Valoración de la calidad del producto.

1. La evaluación de la estructura se orienta hacia las características de las instalaciones, los equipos, la administración y organización de los programas de salud, del recurso humano profesional y de los recursos financieros disponibles y utilizables en la prestación de la atención o cuidado de la salud (11). La disponibilidad y la accesibilidad son dos variables esenciales en la evaluación de la estructura.

2. Las mediciones del proceso se refieren a la información sobre el funcionamiento de la prestación de la atención que brindan los profesionales de la salud. Uno de sus índices es la intensidad de uso expresada así:

$$I. \text{ de Uso} = \frac{\text{Actividades odontológicas en pacientes terminados}}{\text{Pacientes terminados}}$$

Otro indicador que mide el proceso, es el rendimiento que se estima así:

$$= \frac{\text{Número de actividades realizadas}}{\text{Horas invertidas en esas actividades}}$$

La utilización es una medición fundamental dentro de la evaluación del proceso. Se define como la relación entre el recurso utilizado y el recurso disponible para una actividad o servicio, por unidad de tiempo. En esta relación se dan dos aspectos: el cuantitativo, que estima la proporción de recursos utilizados, y el cualitativo que evalúa la concordancia entre la complejidad de la actividad o servicio y las características del recurso que las realiza.

$$\text{Utilización cuantitativa} = \frac{\text{Número de horas odontológicas trabajadas por T}}{\text{Número de horas equipo odontológico utilizadas por T}}$$

$$\text{ó: } \frac{\text{Número de horas equipo odontológico utilizadas por T}}{\text{Número de horas equipo odontológico disponible por T}}$$

La productividad y el rendimiento son parte de la evaluación del proceso. La productividad es definida como el número de servicios o acti-

vidades producidas por unidad de recurso disponible, por unidad de tiempo, medible así:

$$a) = \frac{\text{Número de consultas}}{\text{Horas disponibles o contratadas}}$$

$$b) = \frac{\text{Número de actividades}}{\text{Horas contratadas (disponibles)}}$$

El rendimiento se define como el número de servicios o actividades producidas por unidad de recurso utilizado por unidad de tiempo,

$$a) \text{ Rendimiento} = \frac{\text{Número de consultas (o citas)}}{\text{Horas trabajadas}}$$

$$b) \text{ Rendimiento} = \frac{\text{Número de actividades}}{\text{Horas trabajadas}}$$

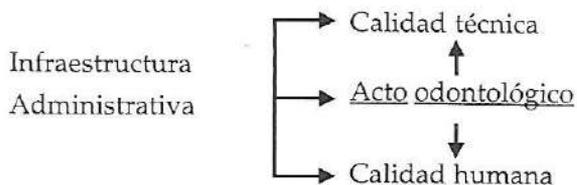
discriminado por período de tiempo: semana, mes, semestre, año, etc... y por especialidad o servicio.

La productividad y el rendimiento son conceptos importantes que muestran cómo están contribuyendo los recursos de salud a la prestación de servicios. Por medio de ellos se conoce si un servicio de salud (Facultad, Clínica, etc.) requiere más recursos o si con los que tiene es suficiente o puede incrementar la productividad y el rendimiento.

Debe observarse, para evitar confusión entre productividad y rendimiento, que aunque las razones de ambos tienen como numerador, número de actividades realizadas o servicios prestados, sus denominadores son diferentes: mientras que el de la productividad es el tiempo de disponibilidad del recurso, el del rendimiento es el tiempo realmente utilizado para ejecutar su trabajo.

Las cualidades que debe tener un servicio en el proceso de atención a los pacientes, hace referencia a esas características de orden técnico - procedimental y humano, como que un servicio o unidad de salud está integrado por un recurso humano, así como por equipos, instrumental y otras ayudas involucradas en el "acto médico" o proceso clínico, pero además está la infraestructura administrativa que debe apoyar y permitir las condiciones adecuadas para lograr el trabajo requerido. "En el proceso hay además dos aspectos, uno de tipo técnico académico que tiene que ver con los criterios y procedimientos clínicos. El otro, más subjetivo, se refiere "al trato" recibido por los pacientes.

El primer aspecto se llama la "calidad técnica" y el segundo "calidad humana". Ambos conceptos dependen del "acto médico" o servicio prestado y de la infraestructura administrativa" (12), como ilustra el diagrama:



Un buen servicio debe tener características tales como:

- Integridad:** Capacidad para hacer promoción de salud y prevención de las diferentes patologías del componente bucal de la salud, así como el diagnóstico y tratamiento de todas las necesidades clínicas del paciente o usuario y el debido mantenimiento.
- Oportunidad:** Es la capacidad de un servicio para atender en el "debido tiempo" al paciente, desde su ingreso hasta que se le termina el tratamiento y de ofrecer además igual calidad para el mantenimiento.
- Solvencia técnico-académica:** Actitudes, criterios, aptitud teórico - práctica (saberes - destrezas) y elementos de trabajo necesarios para todas las necesidades en el proceso de atención del servicio.
- Continuidad:** Es el desarrollo de las actividades requeridas, integralmente, en la secuencia debida y sin interrupción del programa de atención al paciente, desde la iniciación hasta terminarle su tratamiento.
- Calidad humana:** Es la que considera los diferentes aspectos del servicio que conducen a mostrar solidaridad y respeto para el paciente (relaciones humanas, puntualidad, orden, aseo, profesionalismo).

Uno de los indicadores más usados en este grupo de cualidades es la:

$$\text{Continuidad} = \frac{\text{Total de tratamientos terminados en un período determinado}}{\text{Total de tratamientos iniciados en ese mismo período}} \times 100$$

- Indicadores para evaluar los resultados:** Siguen siendo indicadores de la evaluación de la calidad, pero con base en los resultados finales y éstos son los que demuestran o no la efectividad y el impacto de un servicio sobre los usuarios o personas:

3.1 La Efectividad: Es la medición de la diferencia entre la condición de salud bucal presente y la que existiría de no haberse prestado el servicio. Sólo puede lograrse con datos provenientes de la población, para determinar aspectos como:

- La prevalencia e incidencia.
- La trascendencia: O grado de daño de los problemas, según sus características y severidad.
- Vulnerabilidad: Se refiere a las posibilidades que se tienen para prevenir los problemas, disminuirlos o erradicarlos (controlarlos).

3.2 Indicadores de cobertura:

$$a) = \frac{\text{Número de pacientes atendidos}}{\text{Número de personas con morbilidad bucal}}$$

$$b) = \frac{\text{Número de pacientes terminados}}{\text{Número de personas con morbilidad bucal}}$$

3.3 De Eficiencia: Es la relación entre los logros obtenidos por el servicio y los gastos provenientes de los recursos e insumos, expresado así:

$$\text{Eficiencia} = \frac{\text{Gastos en el servicio}}{\text{Número de pacientes terminados}}$$

3.4 La Eficacia: Determina el grado en que se han logrado los objetivos y metas establecidos en un servicio o institución. Puede darse en atributos cuantitativos o cualitativos. Esta evaluación comprende además el grado de satisfacción de los usuarios con base en el efecto logrado.

Entre los indicadores de la eficacia están:

- Recuperación: Es el mejoramiento de la condición inicial de un paciente (por enfermedad, accidente u otro problema).
- Satisfacción: Es el logro de las expectativas del paciente por la prestación de un servicio.
- Disminución de los riesgos de enfermar o de reinfección (prevención).

$$\text{Eficacia} = \frac{\text{Número de pacientes "curados"}}{\text{Número de pacientes tratados}}$$

indicando un período determinado y después de definir los criterios que expliquen "pacientes curados".

En este trabajo se aplicaron los indicadores que fueron factibles de acuerdo con las cualidades del objeto de evaluación que en este caso fue la historia clínica.

Tanto en la discusión como en las conclusiones de las publicaciones que comprende la presentación del trabajo evaluativo de las "Clínicas Integrales", se reiterará sobre las limitaciones, insalvables casi siempre, de un registro de datos incompleto, lo cual equivale a una historia clínica deficiente.

Los programas de las clínicas integrales, (13-14), los diferentes registros de la historia, las evaluaciones y demás procedimientos y métodos docentes seguidos para la formación del estudiante, fueron guía para evaluar el alcance formativo de esos métodos con base en los referentes conceptuales de integralidad, del proceso "Salud-Enfermedad" y el modelo educativo "docencia - servicio - investigación".

RESULTADOS

En las publicaciones de la evaluación de las clínicas integrales, (1970 - 1996) se presentarán los resultados correspondientes, así como la discusión y las conclusiones respectivas. Aquí sólo se enunciarán algunos resultados de orden general:

1. Al evaluar la "estructura" específica de las "Clínicas Integrales", tales como las instalaciones y equipos, los programas, las políticas para la admisión de los pacientes, la red administrativa que coordina historias, archivos, laboratorios, almacenes, dotación de suministros, información y orientación de los pacientes, recursos de auxiliares de odontología, sus funciones y forma como se desempeña clínicamente el estudiante, sin el apoyo de auxiliares para realizar una odontología a cuatro manos etc., hace cuestionables esos aspectos, por lo vulnerables que son para pensar en la idea de un servicio organizado. Se requeriría un replantamiento tanto político-administrativo, como actitudinal-conceptual en relación con la docencia clínica y lo que realmente implica un servicio.

Al evaluar las características que debe tener un servicio, tales como integridad en el sentido de identificar y resolver los problemas del paciente, así como su prevención y mantenimiento de la salud, se observó, que a pesar de tener el nombre de clínicas integrales, en éstas no se ve al paciente como el objeto de atención en salud, sino como el medio de dar docencia, razón por la cual se rompen además las otras características de un buen servicio como son: la oportunidad y la continuidad.

Hay elevada deserción del paciente, por múltiples razones como: horarios incompatibles con el empleo, problemas económicos, insuficiente motivación impartida, información inadecuada o incompleta acerca de los diferentes aspectos que involucra un tratamiento, como la duración

aproximada de éste en términos de semanas, meses y a veces años, aunque es bien difícil de calcular con seriedad, dadas las frecuentes interferencias que sufren las clínicas cada semestre, a veces con la suspensión total de las actividades para que los estudiantes atiendan otras responsabilidades académicas o por los paros y movimientos aunque menos frecuentes en los últimos años. Las mayores interferencias se dan ahora por el desplazamiento de los estudiantes para cumplir con las denominadas "rotaciones" que definitivamente afectan la continuidad del tratamiento y de motivación del paciente, aunque no tanto como las vacaciones universitarias de mitad y final de año. Bajo esas circunstancias, no podría pensarse siquiera que exista ahora un servicio, ni que podría establecerse en el futuro, ni puede decirse que hay continuidad en la docencia.

A lo planteado, podría agregarse que la deserción de pacientes, aún en etapas ya avanzadas del tratamiento, se ve incrementada por la frustración que significa una alta inversión de esperas e interrupciones, desinformación, citas cumplidas con bajos resultados en relación con la satisfacción de las expectativas y el motivo de consulta de los pacientes. Deben agregarse las no pocas veces que el paciente pierde el viaje a cumplir su cita, porque el estudiante está en otras actividades o incapacitado, etc. y la institución no le da aviso al paciente para cancelarle la cita. Existen otros motivos de frustración del paciente como el incumplimiento del horario para atenderlo, prolongándole el tiempo de sala de espera, además de los tratos, si no descorteses, sí frecuentemente de indiferencia, como que no es sujeto del servicio, sino un objeto de aprendizaje.

La calidad humana de un servicio no se mide por el número de sonrisas de los actores de éste. Ella será buena cuando lo son los diferentes aspectos evaluables de un servicio, como que son los que finalmente indican si se ha tenido respeto y profesionalismo con el paciente.

Los resultados específicos se presentarán en las publicaciones provenientes del análisis de las historias clínicas entre 1970 y 1996.

DISCUSIÓN

Veintisiete años de seguimiento de unas clínicas odontológicas pertenecientes a una institución docente, llevan implícito un historial considerable en términos de evolución biotecnológica con la producción de conocimientos, que han logrado desde la corroboración y sustentación de viejas teorías, hasta el aniquilamiento de paradigmas con el surgimiento de otros que pueden explicar mejor, a la luz del presente, fundamentos teóricos y

tecnológicos como los muchos cambios de interpretación de estructuras de tejidos normales y patológicos, por efecto del análisis microestructural con la microscopía actual y además por la aparición de nuevas tecnologías, los logros de la física y la química que han enriquecido a la odontología con equipos y técnicas para el examen y el diagnóstico, así como los avances en materiales, equipos, técnicas e instrumental, etc.

Pero no sólo se han dado grandes cambios en lo referente a los aspectos bio-tecnológicos, sino que han sido considerables los referentes a la educación en general y obviamente han alcanzado las instituciones formadoras del personal para la salud.

Se siente la motivación para replantear los modelos docentes de siempre, aunque con una velocidad y efectividad bien diferentes a lo que se está dando en el contexto político-social, especialmente frente a los cambios vertiginosos dados por la sociedad desde el ámbito de sus intereses y creencias, hasta los desafíos de las nuevas culturas y contraculturas demandantes de cambios radicales en todos los órdenes de la actividad y de la relación social de las comunidades, lo cual ha provocado cambios normativos y legislativos en los aspectos de la educación, de la salud y en general de la legislación acerca de la "justicia social", incluido nuestro medio institucional dentro del contexto de presiones y de algunos cambios en el país y la región Latinoamericana en general.

No se hará aquí el análisis político de estos procesos de 1970 a 1996, ni se calificarán, por no ser ese un objetivo de este estudio. Se hace el análisis de unas clínicas que supuestamente por efectos de los cambios en la Institución (Facultad - Universidad) y el medio externo, (el entorno regional y nacional) deberían haber sido modificadas biotecnológicamente, así como en los aspectos educacionales, conceptual y actitudinal.

El discurso precedente hace más difícil entender la fuerza conservadurista de los métodos y los procesos de trabajo y de enseñanza ofrecidos por la institución a los alumnos y pacientes al menos durante los últimos años evaluados. Aún sobresale el énfasis educacional hacia el modelo biotecnológico (15-18), con vigorosa tendencia por la formación del alumno hacia una práctica clínica en consultorio privado, predominantemente curativa y en una relación de trabajo de libre oferta y demanda entre profesional y paciente, a pesar de que esas características pertenecen a un paradigma que obedece a políticas de salud ajenas a la búsqueda del impacto social y de la equidad, como secuelas que afectaron a las profesiones de la salud a causa de una conceptualización proveniente de un capitalismo desalmado. Pero

las ahora mal llamadas "profesiones liberales", han sido desbordadas por las realidades sociales, la cultura política de la población afectada y aun por la legislación social de los mismos países que defienden la libertad de oferta y demanda. Sin embargo, la formación clínica que actualmente recibe el estudiante, pertenece, en general, a los viejos paradigmas.

CONCLUSIONES

1. Las clínicas integrales, de acuerdo con la evaluación realizada, no han cambiado su proceso de enseñanza y la orientación del tratamiento a los pacientes desde 1970 hasta 1996, esencialmente por el soporte actitudinal que las mantiene.
2. Las clínicas integrales no tienen ahora, ni tuvieron antes, las características esenciales requeridas para considerarlas un servicio del componente bucal de la salud.
3. Con el proceso docente que se ha implementado desde siempre en estas clínicas, no es posible consolidar en el alumno una actitud para la promoción de la salud, la prevención, ni la integralidad, porque predomina la actitud curativa y los tratamientos están descontextualizados, aún clínicamente, de las condiciones y procedimientos pertinentes a las necesidades y situación del paciente, frente a las necesidades biotécnicas que el alumno requiere realizar por la programación y objetivos de las clínicas para cumplir su formación o su "entrenamiento", lo cual caracteriza y predomina en la organización y desarrollo de todas las clínicas de la Facultad, dado el enfoque docente de lograr en el alumno experiencias clínicas de aprendizaje con base en la repetición de actos clínicos predeterminados. El paciente se analiza de acuerdo con las supuestas necesidades de aprendizaje del alumno y no a la prevención y solución de los problemas del paciente.
4. El profesorado de las clínicas está altamente calificado para desempeñar el trabajo que la institución le programa sistemáticamente de acuerdo con las normas provenientes del cuerpo directivo tendientes a mantener el "plan de estudios" vigente. Cualquier modificación originada de la iniciativa de un profesor para nada cambia lo actitudinal del conglomerado, porque no causan impacto importante estos tipos de acciones aisladas.
5. El espíritu innovador y transformador del nuevo currículo aún no se siente en el proceso formativo del estudiante en las clínicas, ni en los cambios actitudinales que debe provocar el marco conceptual que lo alimenta. Debe entenderse que ello implicará un proceso lento y complejo en el trabajo alumno-profesor-paciente.
6. No existe el suficiente apoyo administrativo, necesario para lograr continuidad, recursos adecuados y oportunos, historias bien manejadas y disponibles al momento, bien elaboradas y protegidas las radiografías de desmantelamiento, etc.; para que puedan constituirse en elementos esenciales para la docencia, útiles para la investigación y de significativo valor para la evaluación periódica de procesos operativos, estudios epidemiológicos, etc.
7. La historia clínica es deficiente porque no se elabora con la información adecuada. Debe darse todo el apoyo a una buena historia, en la medida en que ella es la esencia de la información, que a su vez es el propósito fundamental para todos los proyectos a desarrollar en las instituciones de salud. El propósito no admite la sola captación del dato como mejor se pueda dentro de las circunstancias que se vienen dando en las "clínicas integrales". Dichos datos tienen que ser completos y claramente registrados para poder transformarlos en información esencial para la investigación, la docencia y el servicio, para planificar, tomar decisiones y para la ejecución de los procedimientos que conduzcan a una docencia pertinente en el marco conceptual de la Facultad y con los requerimientos de un servicio.
8. Al parecer, se hacen grandes esfuerzos por formar al alumno de odontología en el logro de una "buena historia clínica", pero probablemente ese trabajo sólo se viene dando focalizado en algunas "cátedras" y personas, sin irradiación como un objetivo formativo esencial a los diferentes ejes de docencia, razón por la cual la resultante no ha sido una historia confiable y completa.
9. Como medida para evitar el "desmantelamiento" de las historias con la pérdida de las radiografías, se ideó la norma de devolvérselas al paciente. Con ello se renuncia a las regulaciones administrativas internas para manejar las radiografías dentro de la historia. Con esa medida se perderán muchos casos y el paciente probablemente no pueda manejar un archivo personal de radiografías que permita establecer comparación en la evolución de un tratamiento por varios años. La norma desestima el proceso de mantenimiento y la importancia del control institucional de la historia íntegra, para efectos investigativos y docentes.
10. El alumno elabora mecánicamente la historia dentro de un protocolo que aprende bien para

escribir el ritual de los formalismos, pero pocas veces la sigue durante el tratamiento, quizás porque no todos los docentes la emplean como orientador básico en el manejo del paciente, mientras hay docentes que, como los estudiantes, sólo toman la historia como un formalismo. Esta es una razón más para revisar estos aspectos de la historia no sólo como procedimiento, sino como fundamento científico, pedagógico y requerimiento ético.

AGRADECIMIENTOS

Al profesor Omar Arias por su colaboración en la parte estadística de este trabajo.

CORRESPONDENCIA:

Raúl Mejía Villa

Facultad de Odontología

Universidad de Antioquia - Medellín

REFERENCIAS

1. Las "clínicas integrales": Plan de estudios vigente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, 1997.
2. Ley de Seguridad Social de la República de Colombia, (Ley 100) Santafé de Bogotá, Diciembre 23, 1993.
3. Arango B., Alberto; Echeverri, Carlos A.; Mejía V., Raúl; Posada, Patricia y otros: "Currículo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia - Medellín - Colombia - Revista Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. 5(1): 5-27, 1993.
4. Vasco U., Alberto: Estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad. Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social, Universidad de Antioquia, Medellín, Julio 27-31, 1987.
5. Donabeidan, Avedis. La calidad de la atención médica, México, Ediciones Científicas, La Prensa Médica Mexicana S.A., 1984.
6. "Evaluación de los programas de salud". Normas Fundamentales. OMS, Ginebra, 1981.
7. "Los indicadores, la base para el análisis cualitativo del sector salud". Sección de Información. Grupo de Estadística. SSSA, Medellín, 1988.
8. Donabeidan, A. "Evaluating the Quality of Medical Care". Milbank Memorial Fund Quartely 44: 166-206 - July 1966.
9. Pabón Lasso, Hipólito. Evaluación de los servicios de salud Universidad del Valle, Cali: Editorial XZY, 1985.
10. Cano Gaviria, Eduardo. Fundamentos de evaluación de la calidad de la atención médica. Universidad de Antioquia, Medellín, 1982.
11. Garantía de la calidad de los servicios de salud en el ISS. Segunda edición. Bogotá, 1989.
12. Pabón Lasso, Hipólito. Evaluación de los servicios de salud. Obra citada.
13. Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Clínica Integral I, programas últimos años (1987-1996).
14. Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Clínica Integral II, programas últimos años (1987-1996).
15. Arango B., Alberto: "Modelos de enseñanza de la odontología en Iberoamérica", Santo Domingo, Mayo, 1988. (Impreso - 13 páginas).
16. Mejía V., Raúl: "Modelos de enseñanza de la odontología", taller con los profesores, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Mayo 3, 1993. (Impreso - 5 páginas).
17. Lain Entralco, Pedro: "Historia de la Medicina". Barcelona, 1972.
18. Payares G., Carlos; Arango, Alberto: Consideraciones sociohistóricas de la odontología en Colombia y Antioquia. Siglo XX. Medellín: Promotora de Ediciones y Comunicación S.A., 1991.