

VEINTISIETE AÑOS DE SEGUIMIENTO DE LAS CLÍNICAS INTEGRALES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA U. DE A. (1970 - 1996) - PARTE II - EVALUACIÓN DEL PERÍODO 1970 - 1989.

RAÚL MEJÍA VILLA,* FANNY LUCÍA YEPES DELGADO**

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) - PARTE II - Evaluación del período 1970 - 1989". Rev. Fac. Odont. Univ. Ant. 9(2): 87-93, 1998.

La evaluación de las clínicas integrales en el período 1970 - 1989 fue hecha por medio del estudio retrospectivo de la historia de los pacientes. Se estudió una muestra de 102 historias de un total de 356, representativas a un nivel de seguridad del 98%.

Esta investigación permite identificar las clínicas integrales como un método clínico para la docencia pero que presentó serias limitaciones en el período estudiado en aspectos curriculares y en la evaluación de la "estructura", "el proceso" y los "resultados" como elementos integrantes de la calidad de un servicio de salud. Son presentadas varias sugerencias de apoyo político - administrativo de esas clínicas para mejorar sus resultados en el campo docente y en el de prestación de servicios.

Palabras claves: Clínicas integrales, evaluación, servicios de salud, docencia clínica, estructura, proceso, resultados, calidad.

ABSTRACT: MEJÍA V., RAÚL; YEPES D., FANNY LUCÍA. A twenty seven year follow-up of the integrated dental clinics at the "Universidad de Antioquia", School of Dentistry (1970 - 1996) Part - II, Evaluation from 1970 to 1989. Rev. Fac. Odont. Univ. Ant. 9(2): 87-93, 1998.

This dental Clinics Evaluation was done based on a retrospective study of the patients dental charts. From a 356 total charts, a sample of 102 was studied, representative to a 98% confidence level.

This research allows to identify the integrated dental clinics as a clinical method for teaching, which presented serious limitations in the studied period in some positions or qualitative teaching aspects, and in the evaluation of the "structure", "the process" and the "results" as constitutive elements of the "quality" in a health service.

Several suggestions of support political-administrative, were presented in order to improve the teaching area, and the dental health service of the clinics.

Key words: Integrated dental clinics, evaluation, dental health service, clinical teaching; "structure", the "process" and the "results" of a health service.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este trabajo fue evaluar diferentes características de las clínicas integrales, de 1970 a 1989, considerando referentes curriculares y concernientes a la "calidad" de la atención clínica prestada, como se especifica en la primera parte de este estudio (1): Índices y demás instrumentos evaluativos, entre los cuales se presentan aspectos de la "estructura", "el proceso" y "los resultados" (2 - 4), así como otros contenidos sobre la calidad de la atención en salud (5 - 9).

Las clínicas integrales que vienen funcionando desde 1954, fueron propuestas según Arango (10), para integrar la docencia, antes dispersa en clínicas de una sola actividad. En la actualidad sus objetivos son similares (11 - 13), pero no se habían evaluado sus logros reales teniendo como elementos de comparación los modelos tradicionales de enseñanza de la odontología, según Arango (14), Mejía (15) y Payares (16) y la conceptualización de la enfermedad (17), lo cual también ilustra Lain Entralco en su "Historia de la medicina" (18).

Resulta además especialmente pertinente el momento de este estudio, por dos hechos relevantes: 1) La expedición de la ley de seguridad social en Colombia (19), que a partir de 1993 transformó radicalmente la prestación de los servicios de salud en la búsqueda de mayores coberturas y principios de solidaridad, eficiencia y equidad, con los cuales queda fuera de contexto el modelo tradicional de ejercicio clínico de la odontología.

El segundo hecho es el proceso de transformación curricular de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia (20), soportado por un marco conceptual que transforma curricularmente la formación del estudiante metodológica y actitudinalmente, dentro del espacio-tiempo de un proceso que "constituye la situación objetivo, deseable- lograble".

Con los hechos precedentes, se busca tener una visión del papel que desde hace más de 40 años vienen cumpliendo las clínicas integrales en los aspectos curriculares y de prestación de servicios.

* Odontólogo, Periodoncista y de Epidemiología y Salud Pública, Profesor Facultad de Odontología, U. de A.

** Odontóloga, Especialista Odontología Integral del Adulto, Profesora Facultad de Odontología, U. de A.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación comprendió la evaluación de 102 historias de 1970 a 1996. Los resultados se presentan en dos etapas. Los de esta publicación comprenden el período 1970 - 1989.

Los fundamentos metodológicos e instrumentos evaluativos utilizados se presentan en la primera parte de este estudio (1). Vale anotar que en el desarrollo de la metodología, que ubicó la historia clínica como objeto de evaluación o base de la investigación, sus cualidades no permitieron la aplicación de todos los índices e indicadores propuestos, debido a limitaciones cuali-cuantitativas de los registros de datos.

RESULTADOS

El desbalance de la población, según género, de acuerdo con las historias clínicas integrantes del estudio, probablemente obedece a patrones culturales ligados a la búsqueda de la atención en salud y específicamente en el componente bucal (Tabla 1) con una mayor frecuencia y constancia por parte de la mujer, lo cual podría deberse a una mayor preocupación por su salud y apariencia personal, pero también podría deberse a la mayor proporción de hombres que trabajan, lo cual dificulta su asistencia, por cuanto las clínicas integrales funcionan en horas laborales exclusivamente. Las edades mínima y máxima presentan un amplio rango que va de los 13 a los 70 años y de los 15 a los 63, en hombres y mujeres respectivamente.

TABLA 1:

Distribución de las 102 historias de las clínicas integrales evaluadas de 1970 a 1989, según edad y género. Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Medellín, 1998. (Ver Gráfico 3).

SEXO	N° DE HISTORIAS	%	PROM-EDAD	EDAD-MIN *	EDAD-MAX
Hombres	16	15.69	31	13	70
Mujeres	86	84.31	37	15	63
TOTAL	102	100.00	34		

* Las clínicas integrales no incluyen población infantil.

Gráfico 2:

Distribución de las 102 historias de las clínicas integrales evaluadas de 1970 a 1989, según sexo, Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Medellín, 1998 (Ver Tabla 1)

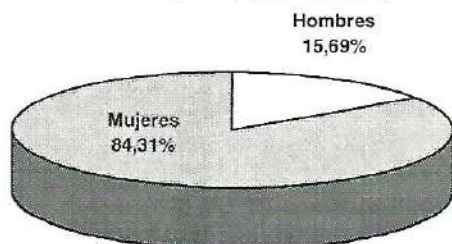


TABLA 2:

Distribución de las citas odontológicas de 102 pacientes de las clínicas integrales en el período 1970 - 1989, según algunos tratamientos. Facultad de Odontología, U. de A. Medellín, 1998.

ACTIVIDADES	N° CITAS	N° PAC.	PROMEDIO	PORCENT (%)
Hacer historia	1.569	102	15.38	13.58
Periodoncia	801	102	7.85	6.93
Prevención	619	102	6.07	5.36
Otros tratamientos*	8.563	102	83.95	74.13
TOTAL	11.552	102	113.25	100.00

* En otros tratamientos se agrupan las citas para prótesis parcial, endodoncias, y operatoria dental.

Hay un notorio predominio del número y promedio de las citas destinadas a odontología restauradora y endodoncias, alcanzando en el período analizado un total de 8.563 citas del total de 11.552, lo cual equivale al 74.13%, y para los 102 pacientes el promedio es de 83.95 citas por paciente para dichos tratamientos. Contrasta con el 5.36% que le corresponde a las citas para actividades de "prevención" y un 6.93% para las de periodoncia. Resulta así mismo asombroso que se invierta un promedio de 15.38 citas por paciente (muchas de dos horas) para hacer una historia.

En la Tabla 3, al comparar el primer examen en 1970, con el último de 1989, se tiene un total de 228 dientes perdidos en 68 de los 102 pacientes estudiados, lo cual equivale a un promedio de 3.35 dientes por paciente. En el primer examen había un promedio de 23.44 dientes presentes por persona y en el último examen, en 1989, el promedio fue de 21.21 dientes.

Esos promedios pueden considerarse bajos, si se observa que el promedio de edad de los pacientes de este estudio, según la Tabla 1 era relativamente bajo (adultos jóvenes), constituyéndose en una pérdida promedio de 10.79 dientes por persona en el último examen, lo cual equivale a 1.101 dientes en los 102 pacientes estudiados; el significado es un alto costo no sólo funcional, estético y económico, sino especialmente de orden social, y por supuesto, la inversión de muchas horas por parte del paciente y de las clínicas para lograr una adecuada substitución.

Qué podría decirse además sobre la prevención y la iatrogenesis? En el promedio de dientes perdidos (3.35) entre 1970 y 1989, no se incluyen los de mal pronóstico en el momento del primer examen; aquí se incluyen reinfecciones por carencia de mantenimiento que llevan al diente a estados irreversibles, así como por razones iatrogenésicas tales como perforaciones durante endodoncias y preparación de conductos para pernos, fracturas radicales a consecuencia de

pernos inadecuados, temporales protésicos mal adaptados y con filtraciones que permanecen en boca por largos períodos con formación de caries que invaden el conducto radicular, etc. Ver Tabla 3.

TABLA 3:

Distribución de dientes perdidos en 102 pacientes de las clínicas integrales, al relacionar el primer examen en 1970 con el último en 1989, F. de O., U. de A. Medellín, 1998.

REFERENTE COMPARATIVO	Nº DIENTES	Nº PAC.	PROMEDIO
Primer examen	2391	102	23.44
Último examen	2163	102	21.21
Dientes perdidos	228	68	3.35

TABLA 4:

"Intensidad de uso" en los 81 pacientes terminados, según el número de actividades realizadas en cada tipo de tratamiento, clínicas integrales 1970 - 1989, F. de O., U. de A. Medellín, 1998. (Ver Gráfico 1).*

TIPO DE TRATAMIENTO	Nº DE TRATAMI.	PAC. TERMINA.	(INTENSIDAD DE USO)* \bar{X}
			\bar{X}
Periodoncia	357	18	19.83
Endodoncia	71	13	5.46
Prótesis - P.	76	13	5.85
Operatoria	955	18	53.06
Prevención**	129	19	6.79
TOTAL	1588	81	19.6

* Es el número promedio de tratamientos que recibe cada paciente terminado.

** Educación en salud bucal - control de placa bacteriana, etc.

En la Tabla 4 puede observarse que de los 1.588 tratamientos realizados a 81 pacientes terminados, el mayor número de ellos (955) fue de operatoria, ejecutados a 18 pacientes, con un promedio de 53.06 superficies durante el período estudiado; contrasta este dato con el promedio más bajo registrado para actividades de prevención, realizadas en 19 pacientes, con promedio de 6.79 por paciente. La reflexión hipotética podría ser que la odontología curativa es predominante conceptualmente. Otra posibilidad podría ser una "manía" academicista de estar cambiando los tratamientos restaurativos con exagerada frecuencia por causas no exactamente justificables, especialmente si quien determina el cambio no fue el mismo profesor ni el mismo alumno que orientó y realizó el tratamiento a ser cambiado.

La intensidad de uso de los tratamientos de prótesis y de endodoncia, aunque bajos (5.85 y 5.46 respectivamente), si se suman al 53.06 de operatoria, dan un promedio de 64.37 para tratamientos esencialmente curativos.

TABLA 5:

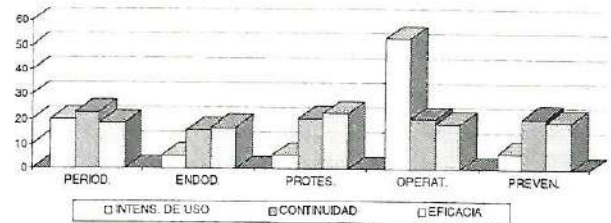
Continuidad de los tratamientos de 102 pacientes estudiados de 1970 a 1989, en las clínicas integrales de la Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Medellín 1998. (Ver Gráfico 1).*

TIPO DE ACTIVIDAD	TRATAMIE. TERMINA.	TRATAMIE. INICIADOS	% DE CONTINU.*
Periodoncia	357	1564	22.83
Endodoncia	71	452	15.71
Prótesis - P.	76	371	20.49
Operatoria	955	4706	20.29
Prevención	129	619	20.84
TOTAL	1588	7712	20.59

* Relación porcentual entre el número de tratamientos terminados y el de los tratamientos iniciados.

GRÁFICO 1:

Evaluación de la calidad en los tratamientos de las clínicas integrales de la Facultad de Odontología, U. de A., en el período 1970-1989. Medellín, 1998.



INDICADORES	PERIOD.	ENDOD.	PROTES.	OPERAT.	PREVEN.
(1) INTENS. USO*	19.83	05.46	05.85	53.06	06.79
(2) CONTINUIDAD*	22.83	15.71	20.49	20.29	20.84*
(3) EFICACIA	18.56	16.88	22.41	18.37	19.19

(1) Ver Tabla 4

(2) Ver Tabla 5

(3) Ver Tabla 6

"La continuidad" es una de las características más importantes en la prestación de servicios de salud y por ello es el más usual de los indicadores de calidad o indicadores de desviación de aspectos tales como el normativo, el técnico y el humano. La continuidad indica si la realización de las actividades se dio en la secuencia apropiada y sin interrupción del proceso de atención del paciente desde el ingreso hasta la conclusión del tratamiento.

La Tabla 5 señala un bajo porcentaje de continuidad en todos los tipos de tratamientos realizados; el más alto sólo llega al 22.83% para los tratamientos periodontales y baja al 15.71% para la endodoncia.

La explicación está dada por un "abanico" de factores que alteran la continuidad de los tratamientos de las clínicas integrales, tales como las rotaciones de los estudiantes de estas clínicas por otros "servicios" en el mismo horario de las integrales. Además se interrumpen con las "prác-

ticas rurales y urbanas", las vacaciones de "Semana Santa", de mitad y de fin de año, con las fiestas cívicas y religiosas, así como las irregularidades frecuentes en el funcionamiento de las clínicas, ocasionadas por paros de protestas estudiantiles, anomalías académicas decretadas por los profesores, cancelaciones de citas por múltiples causas, etc., lo cual prolonga los tratamientos por meses y años, dejando como consecuencia cambios de planes de tratamiento, incremento de la complejidad de éste y modificaciones de los pronósticos, así como la deserción de los pacientes por dificultades económicas y laborales, inclusive por frustración ante el tiempo perdido sin que avancen sus tratamientos.

Tabla 6:

Eficacia* de las clínicas integrales de la Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, período 1970 - 1989. Medellín, 1998. (Ver Gráfico 1).

TIPO DE ACTIVIDAD	PACIENTES TERMINADOS	PACIENTES TRATADOS	% EFICACIA*
Periodoncia	18	97	18.56
Endodoncia	13	77	16.88
Prótesis - P.	13	58	22.41
Operatoria	18	98	18.37
Prevención	19	99	19.19
TOTAL	81	429	18.88

* Es el efecto obtenido en la reducción de un problema por logros en términos de satisfacción por el servicio recibido, mejoría de la situación inicial del paciente y curación o control del problema.

La Tabla 6 registra la baja relación porcentual lograda entre pacientes tratados parcialmente y pacientes terminados, lo cual representa una crítica manifestación de la eficacia de las clínicas integrales de la Facultad en cuanto al efecto logrado en la reducción de los problemas clínicos con base en pacientes terminados. Este mismo hecho da como resultante la insatisfacción de la mayoría de los pacientes al no ver cumplidas sus expectativas con los tratamientos recibidos.

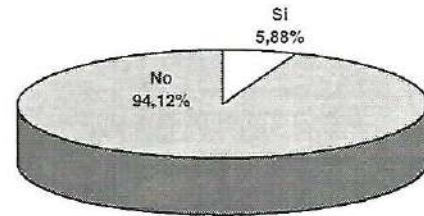
Tabla 7:

Actividades de "mantenimiento" en los 102 pacientes del estudio durante el período 1970 - 1989. Clínicas integrales, Facultad de Odontología, U. de A. Medellín, 1998. (Ver Gráfico 3).

SE HIZO MANTENIMIENTO	Nº	%
SI	6	5.88
NO	96	94.12
TOTAL	102	100

GRÁFICO 3:

Distribución de las 102 historias de las clínicas integrales evaluadas de 1970 a 1989, según hayan tenido o no citas de mantenimiento. Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Medellín, 1998. (Ver Tabla 7).



Esta tabla nos muestra que de las 102 historias estudiadas, sólo en 6 (5.88%) se hizo mantenimiento, mientras que en el 94.12% de ellas, éste no aparece realizado. Aquí contrasta con sobrada evidencia el predominio de la tendencia curativa sobre la preventiva en la docencia clínica, no obstante que la prevención figura en el discurso conceptual y en los objetivos de las clínicas como una filosofía de enseñanza.

El hecho descrito es indudablemente uno de los factores que distorsionan la formación clínica del estudiante acerca del "deber ser" y el "saber hacer", aún dentro del reduccionismo propio del solo enfoque biológico del manejo clínico del paciente.

Tabla 8:

Diferencia numérica y porcentual del número de dientes presentes en las 102 historias examinadas, así como de las bolsas menores de 5 mm y de 5 mm y más entre el primer examen en 1970 y el último en 1989. Clínicas integrales, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Medellín, 1998.

VARIABLES	Primer Examen 1970	Último Examen 1989	Diferencia	
			Nº	%
Total de dientes presentes	2.391	2.163	228	9.54
Dientes con <u>bolsas</u> menores de 5 mm.	544	715	171	23.00
Dientes con <u>bolsas</u> de 5 mm y más.	391	256	135	34.53

El análisis de la diferencia del número de dientes presentes entre 1970 y 1989 se hace en la Tabla 3. En la Tabla 8 también se aprecia el incremento del 23% en las bolsas periodontales menores de 5 mm entre 1970 y 1989. Las bolsas de 5 y más mm decrecen en un 34.53%, de un total de 391 dientes

que las presentaban en 1970 en las 102 historias, o sea que sólo se logró controlarlas en 135 de los 391 dientes afectados.

Aunque las bolsas periodontales no son el único indicador de éxito o fracaso de un tratamiento periodontal, sí es uno de los más utilizados para evaluar resultados y definir planes de tratamiento. A pesar de esa salvedad, no se piensa que los resultados analizados sean favorables a la hora de evaluar tratamientos periodontales preventivos y curativos.

DISCUSIÓN

En el análisis de resultados se presenta para cada tabla la respectiva discusión y análisis con base en los datos obtenidos en el período evaluado 1970 - 1989, tema de esta publicación. El numeroso conglomerado de las observaciones y datos recogidos, no podría limitarse al solo enfoque de los aspectos operativos de unas clínicas integrales que funcionan en los dos últimos semestres del pregrado de odontología, para concluir la formación clínica de los estudiantes. Al menos habría dos enfoques a discutir:

- 1º) Las clínicas integrales desde la perspectiva pedagógica, relacionadas con los aspectos curriculares, y
- 2º) Las clínicas integrales bajo el enfoque de servicio de salud.

Alberto Arango (21) hace una precisión que vigila epistemológicamente las diferencias esenciales entre "La clínica integral", "El tratamiento integral" y el "Servicio integral", los cuales suelen presentarse en el lenguaje habitual como conceptos iguales: "La clínica integral es un concepto que se relaciona fundamentalmente con aspectos curriculares. Es decir, con el proceso de formación de profesionales de la odontología. Pretende el desarrollo de aptitudes y actitudes que permita a los estudiantes, profesores y demás actores involucrados en el tratamiento de pacientes, enfrentar la realidad de éstos de manera global desde distintas dimensiones sociales, económicas, psicológicas, biológicas y técnico-administrativas para formar una conciencia integradora que favorece al mismo tiempo la calidad de la atención y la formación integral de los estudiantes y los otros actores institucionales".

Lo antes planteado explicita un enfoque pedagógico, por medio del cual la formación clínica del alumno se da tomando al paciente de manera contextualizada, insertado en su esfera social y biológica y no simplemente como objeto poseedor de casuísticas para resolver, de acuerdo con las necesidades de aprendizaje del alumno y bajo el

enfoque esencialmente bio-tecnológico.

"El tratamiento integral sería, por supuesto, uno de los resultados del desarrollo de una verdadera clínica integral, garantizando una respuesta global a las necesidades del paciente. Un servicio integral sería aquél que incluye la atención en los diferentes niveles de complejidad".

Las clínicas integrales analizadas en el período 1970 - 1989, como componentes curriculares de ese período, no podrían entenderse por fuera del marco conceptual de la odontología tradicional enmarcada en el paradigma biotecnológico, tal como fue diferenciada en la publicación I de "Veintisiete años de seguimiento de las clínicas Integrales", (1). Por esa razón, en su época, dichas clínicas cumplieron una función en el propósito de la formación del alumno, que podría considerarse de avanzada si se compara con las experiencias previas, cuando el estudiante era "formado"..., sometiéndolo a experiencias situacionales repetitivas de un mismo acto odontológico en clínicas aisladas unas de otras por ubicación y por horario, en cada una de las cuales se exponía al estudiante a la rutina de realizar un "número mínimo" de unidades de tratamiento para poder "ganar" cada clínica. Los "mínimos" más altos y más exigentes tecnológicamente, eran los de la "Clínica de operatoria dental", de la "Clínica de prótesis parcial" y los de la "Clínica de endodoncia".

En ese contexto, la creación en 1954 (10) de las "clínicas integrales" fue un cambio altamente progresista dentro del modelo pedagógico de la época, pero obviamente respondían al paradigma de la práctica clínica que tendría el egresado: curativa, individual, de libre oferta y demanda en la relación paciente-odontólogo. Es decir, adecuada para la consulta privada, dirigida al beneficio del paciente con capacidad económica y cultural para demandarla.

Las clínicas integrales evaluadas bajo el enfoque de SERVICIO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA, están distantes de lo que constituye ese tipo de organización tanto en lo aptitudinal como en lo actitudinal, porque ellas fueron conceptualmente concebidas dentro de un marco pedagógico acorde con la odontología occidental de los años cincuenta, aunque aún en esa época era socialmente para Colombia una consolidación de esquemas paradigmáticos, "duros" de superar aun en el presente, cuando se están planteando transformaciones curriculares acordes con una prestación de servicios de salud con amplias coberturas de acuerdo con los principios de equidad y políticas de justicia social, según la normatividad vigente en Colombia. (19)

Lo señalado explica los bajos hallazgos observados en el período 1970 - 1989, en la evaluación de los

resultados de los índices e indicadores utilizados para determinar los impactos positivos, que deben ser inherentes a los servicios de salud al evaluar la calidad, teniendo como base su "estructura", "el proceso" y "los resultados". En éstos últimos se detecta lo poco que se ha logrado en parámetros tales como la trascendencia (dentro de la efectividad) y la cobertura, la eficiencia y la eficacia. En la evaluación del proceso es notoriamente desfavorable la "extensión y la intensidad de uso", como quedó comentado en algunas tablas; dentro de la misma evaluación del proceso se encontraron excesivamente desfavorables, aspectos como la oportunidad y la continuidad que son esenciales al estudiar la "calidad" de un servicio. Destacamos en esta discusión lo referente a la "continuidad", porque es un indicador que siempre deberá ser observado cuidadosamente apuntando a su mejoramiento, así sea fuera de la idea del funcionamiento de las clínicas integrales como servicio.

Debido a los resultados aberrantes de "la continuidad", (ver Tabla Nº 6) podría afirmarse que uno de los más graves problemas de funcionamiento de las clínicas de la facultad, sin pretendérselo, resulta ser la gran falta de consideración y respeto por el paciente, en la cual están involucrados diferentes aspectos institucionales, tales como el apoyo administrativo a las clínicas, el método y filosofía docente en ellas, especialmente vulnerables en el triángulo de la relación profesor - estudiante - paciente, en el cual el paciente no va más allá de la consideración de objeto. Para poder lograr la sola modificación favorable de los resultados de la continuidad, se requeriría un cambio sustancial tanto en los aspectos metodológicos y filosóficos de la docencia en clínicas, como en los específicos de un serio respaldo político-administrativo institucional, así como en el terreno actitudinal de los docentes que permita la reorganización y reorientación de las clínicas en la búsqueda, además, de una docencia formativa en ellas, de una respuesta efectiva y oportuna a las necesidades del paciente, y no a las requeridas para unas experiencias clínicas del alumno, con base en la selección de un paciente-objeto que presente situaciones que el alumno "necesita" ejecutar, descontextualizando el principio de la formación integral del estudiante.

El promedio de 15.38 citas por paciente para hacer la historia, generalmente de dos horas, al menos indica un desperdicio increíble del tiempo del paciente, del alumno y de la institución en general. Es como si la historia hubiese dejado de ser el instrumento indispensable para la orientación del clínico en el tratamiento del paciente y en cambio se hubiese convertido en una "pesadilla" para el estudiante, quien deja pasar el tiempo haciéndole cambios y retoques eludiendo su presentación y

discusión. Ahora parece que se tiene más una historia ritual llena de formalismos pero sin cumplir su función con pertinencia y de manera eficiente en el proceso del tratamiento. La historia clínica de la facultad debe ser revisada bajo la óptica académica, social y docente, bajo el referente de su función específica y de las realidades vigentes en prestación de servicios de salud.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Las clínicas integrales son mejor alternativa docente que las clínicas individuales, dado que permiten mayor aproximación al análisis global de la morbilidad del paciente para encarar su problema con base en historia, exámenes, diagnósticos y planes de tratamiento integrados y coordinados de acuerdo con las prioridades, las secuencias y protocolos de tratamiento aceptados internacionalmente.
2. Los tratamientos realizados responden a conceptos académicos actualizados, pero se tiene limitaciones de equipo, instrumental, insumos e infra-estructura que dificultan el ambiente operativo de la actividad clínica y por ello mismo la tarea docente y la calidad de la atención al paciente.
3. La estructura administrativa de las clínicas aún no ha logrado un apoyo efectivo que mejore los indicadores de calidad de éstas, relacionados con "la estructura", "el proceso" y los "resultados".
4. El seguimiento de las historias de las clínicas integrales de 1970 a 1989, permite señalar que la concepción metodológica y actitudinal de la organización y del proceso docente sólo han cambiado con relación a los avances biotecnológicos, pero expresan el continuismo conceptual de la práctica clínica tradicional.
5. La elaboración de la historia es un acto odontológico que requiere revisión de fondo para rescatarla de esa especie de ritual que por lo excesivamente recargada de sutilezas y normas impuestas a los estudiantes para su elaboración, no es oportuna. El hecho de encontrar que se invierten 15.38 citas promedio, (algunas de dos horas) para elaborar una historia, permite decir que entonces no puede cumplir su función y se ha transformado en un academicismo en sí misma.
6. Para prevención, el promedio de citas por paciente fue de 6.07, lo cual contrasta con el promedio invertido para elaborar la historia.
7. La operatoria dental presentó en las clínicas Integrales la "intensidad de uso" más alta con un promedio de 53.06, mientras la periodoncia

llegó al 19.83 y la prevención solamente al 6.79.

8. En general, el porcentaje de continuidad de los tratamientos sólo llegó al 20.59%, indicativo de los múltiples factores causales, en buena medida imputables a fallas funcionales de dichas clínicas.
9. Teniendo en cuenta los diferentes tipos de tratamiento realizados, se logró un total del 18.88% de "eficacia", lo que equivale a decir que se alcanzó un 81.12% de ineficacia por razones ya comentadas.
10. Las deficiencias encontradas en las clínicas integrales ameritan una determinación razonada y pronta que pueda hacer dichas deficiencias superables tanto en sus enfoques curriculares como administrativos específicos. Se recomienda un serio apoyo político-administrativo para lograrlo, y debe darse como prioridad institucional, con la mira puesta en las posibilidades que tienen las clínicas integrales como método clínico para la formación de los estudiantes desde un sistema de atención, que con los estudiantes de pre y posgrado pueda constituir un verdadero servicio de salud.
11. No podría aseverarse que las clínicas integrales, en las condiciones que revela esta investigación, sean un método confiable para lograr la formación clínica integral del estudiante, ni que con ellas se esté dando un servicio de salud del componente bucal, que esté ofreciendo un impacto positivo sobre la salud bucal de la población de usuarios.
12. La calidad de la atención como servicio y la calidad como método de docencia clínica es deficiente en las clínicas integrales. Su logro significa un replanteamiento teórico-metodológico y conceptual.

CORRESPONDENCIA:

Raúl Mejía y Fanny Lucía Yepes Delgado.
Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Medellín Colombia.

REFERENCIAS

1. 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) Parte I - Índices y demás instrumentos evaluativos utilizados. Rev. Fac. Odont. Univ. Ant. 1997; 9: 39-46.
2. Donabedian, A. "Evaluating the Quality of Medical Care". Milbank Memorial Fund Quarterly 44: 166-206 - July 1966.
3. Pabón Lasso, Hipólito. Evaluación de los servicios de salud Universidad del Valle, Cali: Editorial XZY, 1985.
4. Cano Gaviria, Eduardo. Fundamentos de evaluación de la calidad en la atención médica. Universidad de Antioquia, Medellín, 1982.
5. Donabedian, 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. Garantía de la calidad de los servicios de salud en el ISS. Segunda edición. Bogotá, 1989.
9. Pabón Lasso, Hipólito. Evaluación de los servicios de salud. Obra citada.
10. Arango B., Alberto. "Por qué se creó una clínica integral en nuestra facultad". Seminario L.A. sobre la enseñanza de la odontología - Bogotá Oct. 1962 - Washington, D.C., OPS/OMS, publicación científica No. 77, 1963. p.173.
11. Las "clínicas integrales": Plan de estudios vigente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, 1997.
12. Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Clínica Integral I, programas últimos años (1987-1998).
13. Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Clínica Integral II, programas últimos años (1987-1998).
14. Arango B., Alberto. "Modelos de enseñanza de la odontología en Iberoamérica", Santo Domingo, Mayo 1988. (Impreso - 13 páginas).
15. 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).
16. 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.
17. 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.
18. Lain Entralco, Pedro. "Historia de la Medicina". Barcelona, 1972.
19. Ley de Seguridad Social de la República de Colombia, (Ley 100) Santafé de Bogotá, Diciembre 23, 1993.
20. 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.
21. Arango B., Alberto. "Los conceptos de clínica integral, tratamiento integral y servicio integral". Comunicación personal, Medellín, Junio 1998.