

# VEINTISIETE AÑOS DE SEGUIMIENTO DE LAS CLÍNICAS INTEGRALES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA (1970 - 1996) - PARTE III - EVALUACIÓN DEL PERÍODO 1990 - 1996.

FANNY LUCÍA YEPES DELGADO,\* RAÚL MEJÍA VILLA\*\*

RESUMEN: Yepes D., Fanny Lucía y Mejía V., Raúl "Veintisiete años de seguimiento de las clínicas integrales de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia (1970 - 1996) - PARTE III - Evaluación del período 1990 - 1996". Rev. Fac. Odont. Univ. Ant. 9(2): 94-102, 1998.

*El propósito de esta investigación fue evaluar las clínicas integrales de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia como método clínico en el aspecto de la atención odontológica al paciente y en el componente curricular. Se encontró problemas actitudinales y técnico-administrativos en ambos, especialmente por estar desfasado el método clínico docente con el nuevo currículo de la Facultad y por los bajos resultados de los "índices de calidad" encontrados. Se plantea la necesidad de un cambio estructural y conceptual de la docencia clínica de la Facultad, acorde con los nuevos paradigmas docentes y de prestación de servicios.*

Palabras claves: Docencia clínica, servicios de salud, índices de calidad, clínicas integrales.

ABSTRACT: Yepes D., Fanny Lucía and Mejía, V., Raúl. , A twenty seven year follow-up of the integrated dental clinics at the "Universidad de Antioquia", School of dentistry (1970 - 1996) - PART III - Evaluation from 1990 to 1996. Rev. Fac. Odont. Univ. Ant. 9(2): 94-102, 1998.

*The aim of this research was to evaluate the integrated dental Clinics of the "Universidad de Antioquia" Dental School, as a dental health service, and as a teaching clinical method. The findings showed in both of them, philosophical positions, and technical-administrative problems, because there is no pertinence between the teaching clinical method, and the general Dental School new teaching model. Moreover, the "quality indicators" showed low results. The evidence supports the conclusion that it must have structural and philosophical changes pertinent with the teaching and dental health service new paradigms.*

Key Words: Clinical teaching, dental health service, quality indicators integrated dental clinics, evaluation.

## INTRODUCCIÓN

El propósito de la PARTE - III de esta investigación fue estudiar en el período 1990 - 1996 el método clínico seguido en las clínicas integrales de la Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, en cuanto a los logros en su componente curricular o formativo y en sus alcances al respecto de los indicadores de "Calidad" en la atención del paciente. Después de sus 44 años de historia (1) es el primer estudio evaluativo que se les hace, probablemente porque debido a su prestigio habitual como método docente no se había considerado de interés una investigación de ese tipo. En otro contexto histórico, Mejía y Correa (2) propusieron actividades electivas dentro de esas clínicas como incentivo dirigido al estímulo académico de estudiantes destacados, pero ello no significaba un cambio del método clínico, sino de actitud en el seguimiento evaluativo de los estudiantes.

Para el estudio de la "Calidad" y otros indicadores, Mejía y Yepes (3) describen en la PARTE - I - de esta investigación los principales índices empleados, y los resultados en la PARTE - II - 1970 - 1989 (4) y en la PARTE - III - 1990 - 1996. (5)

La Universidad de Antioquia y la Facultad de Odontología han venido promoviendo eventos importantes, literatura y un pensamiento sólido, (6-12) tendientes a construir, lentamente si se quiere, un cambio actitudinal que se refleje en una universidad crítica, cuestionante; que investigue y se evalúe para lograr recrearse con currículum flexibles y vigentes con el hoy y el hombre. Por considerar el peso de su aporte en la búsqueda del ideal del conocimiento como esencia de la universidad, se refiere específicamente, entre muchos otros, el "Seminario internacional de filosofía de la educación superior" (6) y la "Universidad para un nuevo siglo de las luces" (7), como expresiones propias de la política, importante y esperanzadora, de apoyo a una nueva construcción de universidad.

La Facultad de Odontología dio un paso adelante desde 1993, con su transformación curricular, (13) necesariamente indivisible en la estructura aceptada hasta hoy y dada por el "campo humanista cultural", los "campos explicativos fundamentales" y el campo de la "atención integral", compuesta por los métodos clínicos y socio-epidemiológico, conformados por la aten-

\* Odontóloga, U. de A., posgrado en Odontología Integral del Adulto, Profesora Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín.

\*\* Odontólogo U. de A., posgrado en Salud Pública y Epidemiología y en Periodoncia, Profesor Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín.

ción a individuos y la atención a grupos. Dentro de la atención a individuos están consideradas las clínicas integrales, objeto de este trabajo investigativo que dirá si tienen pertinencia conceptual y metodológica con el nuevo currículo de la Facultad y las tendencias de la prestación de servicios dentro del referente normativo vigente.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Además de los presentados por Mejía y Yepes (3) en la publicación de la PARTE - 1 - de la investigación de los "27 años de las clínicas integrales", ya referenciada, se analizaron también los programas de las clínicas, el archivo de historias, el flujo de éstas desde el archivo hasta la clínica y de ésta a la "Caja de cobros de tratamiento" y luego al archivo nuevamente. Se observó el método de atención del estudiante al paciente, movimientos desde los cubículos hasta las estaciones de materiales y otros insumos, recursos de equipo e instrumental, administración de las clínicas, reclutamiento y "selección" de los pacientes, etc. Se reitera que la muestra de las 102 historias se obtuvo del total de las 356 historias activas en las clínicas al momento del proceso estadístico de la obtención de la muestra, la cual quedó distribuida con pacientes que estaban activos y habían iniciado su vinculación en diferentes años a partir de 1970.

## RESULTADOS

Tabla 1:

*Distribución de las 102 historias de las clínicas integrales evaluadas de 1990 a 1996, según edad y género. Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Medellín 1998.*

Sexo	Total	Porcent.	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		

\* En las clínicas integrales no se atiende población infantil.

Esta tabla corresponde exactamente a la Tabla 1 del artículo II (4) de esta serie de publicaciones evaluativas de las clínicas integrales de la Facultad, debido a que en las 102 historias que integraron la muestra se registró la edad correspondiente al primer examen (ingreso del paciente).

Tabla 2:

*Distribución del plan de tratamiento de las 102 historias de 1990 a 1996, según su presentación por períodos, clínicas integrales, Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Medellín 1998.*

Plan de tratamiento por períodos		
	Nº	%
NO	30	29.4%
SI	72	70.6%
TOTAL	102	100

La Tabla 2 muestra la organización del plan de tratamiento de acuerdo con los períodos que se utilizan en la Facultad. El 29.4% no seguían ordenadamente dichos períodos, aunque eran mencionados en su totalidad, pero frecuentemente no se hacía el período evaluativo; con frecuencia también se desarrollaba un plan de tratamiento sin seguir los períodos descritos, aunque ello no obedecía a una necesidad de cambiarlo, sino a una práctica que no correspondía con la retórica académica con la cual se describía cada período del plan de tratamiento.

Tabla 3:

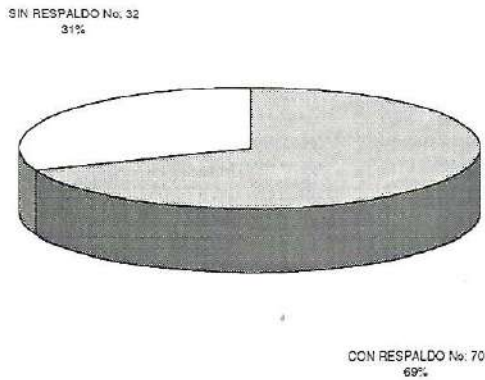
*Distribución de los diagnósticos de las 102 historias evaluadas de 1990 a 1996, según presentaron la firma del profesor como respaldo. Clínicas integrales, Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Medellín 1998.*

Diagnósticos	Nº	%
Con respaldo	70	68.6%
Sin respaldo	32	31.4%
TOTAL	102	100

Las historias clínicas, de acuerdo con las normas institucionales, una vez presentadas por el estudiante y aprobadas por los profesores, deben ser firmadas por éstos como indicativo de su aceptación y más que eso, de su compromiso académico personal con los diagnósticos y planes de tratamiento. Llama la atención ese 31.4% de historias que a pesar de tener los tratamientos en proceso y terminados no tuvieron firma que los respaldara. (Ver Tabla 3 y Gráfico 1).

**Gráfico 1:**

*Evaluación de los diagnósticos en las 102 historias evaluadas de 1990 a 1994, según respaldo de la firma del profesor, Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Medellín 1998 (Ver Tabla 3)*



**Tabla 4:**

*Distribución de los diagnósticos de las 102 historias estudiadas en el período 1990 - 1996, según la integridad del diagnóstico. Clínicas integrales, Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Medellín 1998*

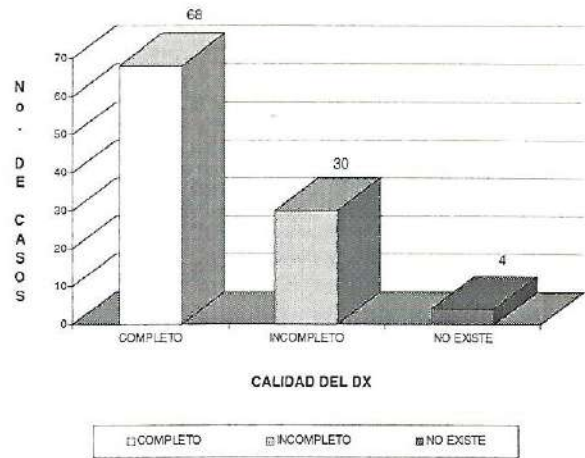
Diagnósticos	Nº	%
1) Completo	68	66.7%
2) Incompleto	30	29.4%
3) No existe	4	3.9%
TOTAL	102	100

- 1) Contenia los diagnósticos más importantes de manera bien definida.
- 2) Confusión al plantearlos o ausencia de diagnósticos importantes.
- 3) Historias en las que no se describe ni un solo diagnóstico.

La Tabla 4 presenta, entre diagnósticos incompletos y los que no aparecen, un 33.3%, lo cual podía deberse a una relación numéricamente alta alumnos-profesor, creándole dificultades al docente para atender detalles tan trascendentales de la historia clínica, o quizás se deba a la rutinización del trabajo docente. Cualquiera que sea, no puede ser justificativa de un descuido que podría traer consecuencias para el paciente y niveles discutibles de docencia para enriquecer los criterios clínicos del estudiante. Estos datos podrían ser un signo más que soporte el argumento de una docencia que privilegia lo tecnológico sobre lo biológico dentro del modelo biotecnológico, que a su vez está lejos de poder explicar el proceso salud-enfermedad. (Ver Gráfico 2).

**Gráfico 2:**

*Evaluación de la calidad del diagnóstico de las 102 historias estudiadas de 1990 a 1996, Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Medellín 1998 (Ver Tabla 4)*



**Tabla 5:**

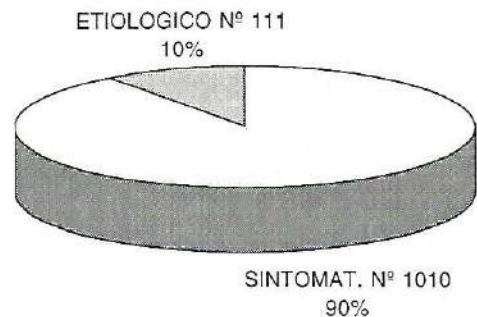
*Distribución de 1.121 tratamientos registrados en las 102 historias de las clínicas integrales, Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia (período 1990 - 1996). Medellín 1998. (Ver Gráfico 3)*

Tipo de tratamiento	Nº tratamientos	%
1) Etiológico	111	9.9
2) Sintomatológicos	1.010	90.1
TOTAL	1.121	100

- 1) Fundamentado en el control de la etiología.
- 2) Orientado a los signos y síntomas.

**Gráfico 3:**

*Distribución de 1.121 tratamientos registrados en las 102 historias de las clínicas integrales, Facultad de Odontología. U. de A. de 1990-1996, según la orientación del tratamiento. Medellín, 1998 (Ver Tabla 5)*



Se observó en las historias una tendencia sistemática a ocuparse superficialmente de los procedimientos específicos para el logro de una

educación del paciente que realmente contribuya al control y prevención de la morbilidad bucal; pocas citas para control de placa y dedicadas a la preparación del paciente en sus cuidados caseros y el hecho de pasarse rápidamente a los tratamientos curativos sin la supervisión (registrada en la historia) del paciente en su desempeño como co-partícipe del tratamiento, hacen evidente que el tratamiento no enfatiza en la prevención de los factores de riesgo de la patología bucal. (Ver Gráfico 3 y Tabla 5).

**Tabla 6:**

*Distribución de las 102 historias de las clínicas integrales estudiadas en el período 1990 - 1996, según presenten el tratamiento con respaldo de la firma del profesor en las hojas de trabajo diario, Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Medellín. 1998*

Respaldo	Nº	%
Sin	20	19.6%
Con	82	80.4%
TOTAL	102	100

El registro que presenta la Tabla 6 no es en realidad de valor cualitativo en el proceso docente, pero es una forma que podría referenciarle al profesor el grado de compromiso del estudiante con el tratamiento, al menos en lo que expresa una productividad con obvio significado para el paciente y para la institución. "La hoja de trabajo diario" es la historia de los procedimientos, que día a día va reflejando aspectos relativos a la eficacia y la eficiencia. El porcentaje registrado sin respaldo de la firma del profesor es mayor durante el desarrollo de la clínica, por la costumbre de firmar la hoja de trabajo diario en la última semana de actividades (previa a la terminación del semestre).

**Tabla 7:**

*"Intensidad de uso"\* en los pacientes terminados, según el número de actividades realizadas en cada tipo de tratamiento, clínicas integrales 1990 - 1996, Facultad de Odontología. U. de A. Medellín 1998*

Tipo de tratamiento	Nº de tratamientos	Pacientes terminados	Intensidad de uso (X)
Periodoncia	84	13	6.46
Endodoncia	15	6	2.50
Prótesis - P.	64	11	5.82
Operatoria	137	15	9.13
Prevención**	23	11	2.09
TOTAL	323	56	5.77

\* Promedio de tratamientos que recibe cada paciente terminado.

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

De los 323 diferentes tipos de tratamientos realizados a 56 pacientes, el mayor número de ellos fue, como en el estudio 1970 - 1989, la operatoria dental con 137 y la intensidad de uso de 9.13 en 15 pacientes, pero sólo se realizaron 23 tratamientos preventivos en 11 pacientes, para una intensidad de 2.09 (en promedio). Nuevamente resalta en el período 1990 - 1996, un predominio de actividades de odontología curativa frente a un número reducido de las dirigidas a la prevención, lo cual es pertinente con el modelo tradicional de ejercicio clínico de la odontología y el modelo docente de la facultad en estas clínicas hasta el momento. (Ver Gráfico 4) para observar la constante que se da en los diferentes períodos, en estos hallazgos, se remite a la publicación de Mejía y Yepes (4) Cuadro 4, en cuyos comentarios se amplían estas observaciones.

**Tabla 8:**

*"Continuidad"\* de los tratamientos registrados en las 102 historias evaluadas de 1990 a 1996, clínicas integrales de la Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Medellín 1998. (Ver Gráfico 4)*

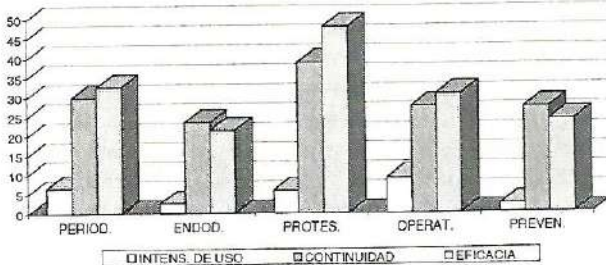
Tipo de tratamiento	Tratamientos terminados	Tratamientos iniciados	Continuidad %
Periodoncia	84	281	29.89
Endodoncia	15	64	23.44
Prótesis - P.	64	165	38.79
Operatoria	137	500	27.40
Prevención	23	85	27.06
TOTAL	323	1095	29.50

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

La continuidad en este período se observó levemente más alta que en el de 1970 - 1989 en los diferentes tipos de tratamiento, pero sigue siendo la prevención el dato más bajo. El incremento logrado no permite decir que se van alcanzando niveles siquiera aceptables, en razón a que la meta ideal sería un logro próximo al 90% y sólo supera el 30% el índice de continuidad en prótesis parcial. Mientras se continúen presentando tantas interferencias a las clínicas integrales que perturban frecuentemente su ritmo normal de actividades, este indicativo de la continuidad seguirá indicando, como el principal evaluador de la "calidad" de la atención en salud, la falta de éxito en el desarrollo operativo de estas clínicas por sus debilidades en los aspectos administrativos, normativos y técnicos. (Ver Gráfico 4).

**Gráfico 4:**

*Intensidad de uso - continuidad y eficacia encontradas en las clínicas integrales en la evaluación del período 1990 a 1996, Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Medellín, 1998*



INDICADORES	PERIOD.	ENDOD.	PROTES.	OPERAT.	PREVEN.
(1) INTENS. USO	6.46	2.5	5.82	9.13	2.09
(2) CONTINUIDAD	29.89	23.44	38.79	27.4	27.06
(3) EFICACIA	32.5	21.43	47.83	30.61	23.91

(1) Ver Tabla 7      (2) Ver Tabla 8      (3) Ver Tabla 9

**Tabla 9:**

*Eficacia\* de las clínicas integrales de la Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, según evaluación de 102 historias en el período 1990 - 1996. Medellín 1998*

Tipo de actividad	Pacientes terminados	Pacientes tratados	Eficacia %
Periodoncia	13	40	32.50
Endodoncia	6	28	21.43
Prótesis - P.	11	23	47.83
Operatoria	15	49	30.61
Prevención	11	46	23.91
TOTAL	56	186	30.11

\* Efecto logrado en reducción de un problema por logros en términos de satisfacción del paciente por el servicio recibido; mejoría de la situación inicial del paciente y curación o control del problema.

En la Tabla 9 se ve un porcentaje reducido, obtenido en la relación porcentual entre pacientes terminados y pacientes tratados parcialmente, lo cual constituye la eficacia de las clínicas integrales 1990 - 1996, en su potencial para resolver los problemas de los pacientes allí asignados.

Realmente es difícil que las clínicas integrales, tal como están funcionando, puedan lograr la satisfacción de los pacientes en cuanto a sus expectativas de ver terminados sus tratamientos

oportunamente. Esta notoria ineficacia podría afectar también el nivel de la calidad biotécnica de los tratamientos, en cuanto que la ineficacia también es resultante de problemas administrativos, de equipo instrumental e insumos, metodologías de trabajo, aspectos programáticos, docentes, etc. que en conjunto desarticulan el ritmo del "método clínico". (Ver Gráfico 4).

**Tabla 10:**

*Secuencia cronológica del tratamiento de las clínicas integrales en 102 historias estudiadas de 1990 a 1996, Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Medellín 1998*

Interrupciones	Nº	%
De 1 mes ó más	100	98.0%
Menos de 1 mes	2	2.0%
Sin	0	0.0%
TOTAL	102	100

En el período 1990 - 1996, sólo hubo dos historias (2%) que reportaban interrupciones de las clínicas menores de un mes. No hubo ni un solo caso que no hubiese tenido interrupciones, pero en el 98% de las historias se encontró que hubo interrupciones de un mes o mayores. Por el hecho de ser masivo el dato de las interrupciones de un mes o más, se deduce que fueron de tipo colectivo por razones de paros y anormalidades académicas. En estos datos no se incluyen las vacaciones, ni la "Semana Santa". Situaciones como estas son parte de las múltiples causas que alteran los "índices de calidad" y un mejor desarrollo del proceso docente.

**Tabla 11:**

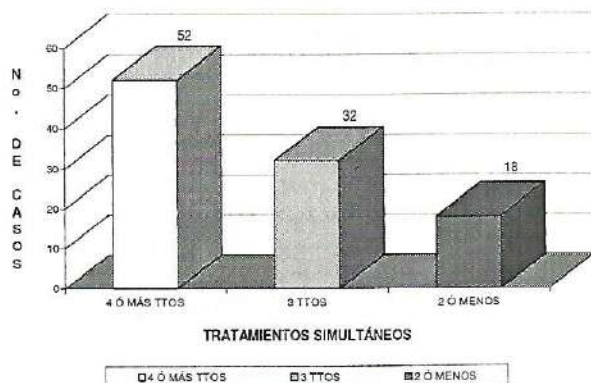
*Distribución numérica y porcentual de los diferentes tipos de actividades clínicas\* presentes simultáneamente por paciente, según las 102 historias estudiadas en las clínicas integrales de 1990 a 1996, Facultad de Odontología. U. de A. Medellín 1998*

Tipos de actividades clínicas simultáneas	Nº pacientes	%
Cuatro ó más	52	51.0%
Tres tratamientos	32	31.4%
Dos ó menos	18	17.6%
TOTAL	102	100

\* Necesidades del paciente en diferentes problemas clínicos odontológicos.

**Gráfico 5:**

*Número de actividades clínicas diferentes, presentes simultáneamente por pacientes en 102 historias de las clínicas integrales, estudiadas de 1990 a 1996, Facultad de Odontología. U. de A. Medellín, 1998 (Ver Tabla 11)*



Hay un 17.6% de historias que indican la presencia simultánea de sólo 2 ó menos de dos tipos de necesidades clínicas (si son menos de dos no podría hablarse de actividades simultáneas) presentes para tratarle al paciente. En las clínicas integrales los tratamientos que deben realizarse en cada paciente son: Periodoncia, prótesis P. fija, prótesis P. removible, endodoncia y operatoria dental. Sin embargo, no quiere decir que cada paciente ha de tener todas esas necesidades para resolver simultáneamente, pero si solo presenta dos, o peor, una sola de ellas, no cabría más el nombre de Clínicas Integrales por ser una clara regresión al modelo de clínica por cada actividad. Estos datos evidencian la necesidad permanente de evaluar las posibles distorsiones de todo orden que alteran los procesos y el cumplimiento de objetivos. (Ver Gráfico 5)

**Tabla 12:**

*Distribución numérica y porcentual de las 102 historias de las clínicas integrales de 1990 a 1996, según hayan o no hayan recibido "mantenimiento". Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Medellín 1998*

Mantenimiento recibido	Nº	%
SI	10	9.80
NO	92	90.20
TOTAL	102	100

Está científicamente demostrado que cualquier tipo de tratamiento va inexorablemente al fracaso si al paciente no se le da mantenimiento adecuado y periódico de acuerdo a la severidad y virulencia de las afecciones tratadas, así como a la actitud del paciente frente a la prevención y sus destrezas para atender los cuidados preventivos caseros. Estos argumentos no son desconocidos en las clínicas integrales, pero nuevamente vemos que la retórica académica no está siempre correlacionada con la práctica que ella recomienda. Aquí se puede estar más próximo a una dificultad actitudinal, conceptual, que a un desconocimiento del tema del mantenimiento, pero lo cierto es que NO se hace y ello tiene implicaciones serias para los pacientes y también para los estudiantes que en ese campo están formados teóricamente pero siguen actitudinalmente formados para una práctica clínica curativa, antes que preventiva.

## DISCUSIÓN

En la presentación de los resultados de 1990 - 1996 se hace discusión en cada tabla analizada.

Esta publicación se orientó prioritariamente al análisis de las clínicas integrales en relación con aspectos curriculares, aunque también se consideró la "calidad" (14-19) de la atención como prestación de un servicio: Esa estrategia de estudiar los dos enfoques teórico-metodológicos, permitió una serie de observaciones que antes del estudio quizás podrían sospecharse, pero ahora se pudieron conocer con esta investigación, tal como encontrar la correspondencia directa que se da entre una clínica que presta atención odontológica con fines curriculares y la organización de un servicio del componente bucal de la salud. Aunque cada uno de los dos enfoques parecen desprenderse de muy diferente concepción dialéctica, se interrelacionan para constituir la integración entre el saber científico y la práctica de los conocimientos; entre la concepción pedagógica y su práctica por medio del modelo clínico educativo, como podría ser la docencia-servicio. Ello permite plantear como propuesta de discusión, que si los indicadores aplicados a las clínicas integrales muestran una baja "calidad" como "servicio" en los aspectos de la "estructura", "el proceso" y los "resultados", esas falencias afectan los aspectos curriculares generados a partir de dichas clínicas en las condiciones actuales, porque en ellas se está dando un proceso pedagógico descontextualizado del hoy real de la práctica de salud normada para Colombia, y en contra-vía de la transformación curricular (20) que está implementando la facultad (13).

El método de las clínicas integrales fue excelente en su momento según lo planteado por Arango (1) en la etapa inicial de las clínicas integrales y posteriormente por Mejía y Correa (2), como un concepto en relación con los aspectos curriculares de docencia clínica, porque apuntalaba el paradigma vigente en esa época, en relación con una formación del estudiante dentro de la odontología tradicional, esencialmente tecnológica y bajo la orientación reduccionista del biologismo (21-23). Correspondía además la concepción de universidad profesionalizante, preconizada en Latinoamérica por Adcon (24), en contravía de la universidad humanística que tiene en el hombre su esencia y razón de ser, como se muestra en "La idea de la Universidad en Alemania" (25) en la cual los "fundadores" (Fichte, Schleimarcher y Humboldt) desde principios del siglo pasado, establecieron previa a la fundación de la Universidad de Berlín en 1810, un excitante marco conceptual, o planteamientos teóricos dirigidos a la necesidad de una universidad donde se consolidara la investigación y la "enseñanza" y no solamente la docencia tradicional. Abriendo el universo del conocimiento posible, contra el reduccionismo de los enfoques aislados, como serían en nuestra profesión el "biologismo" y la tecnología desarticulados del hombre social, pero por efectos de la crítica que surgió con el tiempo por parte de otros ilustres pensadores como Nietzsche, Weber, Scheler y Jaspers (25) que preconizaron en sus escritos la idea de la separación de la enseñanza y la investigación y la de concentrar la cultura en un grupo de espíritus selectos si no de manera similar, en lo profesionalizante tuvo recibo en la Universidad Latinoamericana para consolidar más tarde con Atcon (24) el predominio de lo práctico y productivo en los centros de enseñanza, acordes con el empuje de la técnica que ubica al hombre a su servicio y no ella al servicio del hombre. Además, aquí no se agruparon en las instituciones los "espíritus selectos", para estimular la producción humanista-cultural, porque se volcó hacia la tecnología la idea de Universidad.

También las profesiones de la salud, como señala Juan C., García (26), se impregnaron de esa filosofía que invadió los modelos pedagógicos de las profesiones de la salud en Latinoamérica y aún en los contextos universales.

La investigación que se divulga, muestra en la primera etapa estudiada (4), hallazgos similares a los observados de 1990 a 1996, lo cual indica que las clínicas integrales no han tenido cambios de fondo en los aspectos curriculares ni en el enfoque "servicio" desde 1970 hasta la fecha de terminación del estudio (1996). Algo más, ningún hecho especial se ha dado de 1996 a 1998 que amerite

sospechar que algo pueda haber cambiado en estos dos años en el aspecto curricular o en el de "servicio de salud", ni en la práctica ni en lo actitudinal.

Creemos por los resultados de esta investigación que las clínicas integrales y todas las demás clínicas de la facultad, tienen que recibir una "transformación" acorde con los tiempos que vive el país en materia de salud (20) y con el aire renovador de la Universidad de Antioquia y de su Facultad de Odontología, así como en los nuevos paradigmas que sustenta dialécticamente y actitudinalmente el proceso "salud - enfermedad". (27)

Aunque se "impone"... actualmente la necesidad del cambio, debe destacarse que la Facultad ha sido pionera en ellos (28). Además, como institución preconizó desde 1966, en publicación de Mejía, Jiménez, Arango y Bojanini (29), cambios que apenas ahora fueron impuestos por ley: Se llamaba a la socialización de la odontología, generada desde su mismo interior, con organización propia, realizada con sus líderes y medios, con el doble propósito de buscar la equidad con amplias coberturas y mejorar el empleo e ingresos del odontólogo. Entre los cambios se propone confrontar al estudiante con experiencias clínicas desde las primeras etapas: Con pacientes, seres humanos, no con casos de periodoncia o de prótesis. No es curricularmente adecuada la actual "selección de pacientes" para las "clínicas", de acuerdo al gradiente de dificultad planteado específicamente por los objetivos de cada programa de clínica. El cambio busca exponer al estudiante desde la segunda etapa a la confrontación, si se quiere violenta, con pacientes que presenten morbilidad bucal de alta complejidad, entendiendo como objeto de trabajo la prestación de un servicio de salud y como objeto de estudio la solución interdisciplinaria de la morbilidad del paciente, asumiéndolo dentro del concepto salud-enfermedad. Significa erradicar la selección de pacientes como "casos" para el alumno según el momento de sus estudios. Sería un método clínico de atención en equipo integrado e interdisciplinario entre los profesores, los alumnos más avanzados y los posgrados, de tal manera que el alumno que se inicia atendería a pacientes de alta complejidad en las actividades a su alcance y sin perder el contacto con dicho paciente, participaría en la experiencia de conocer en otros niveles más complejos del tratamiento, la historia integrada del paciente, los diagnósticos, plan de tratamiento y ejecución de éste, dando paso al concepto de integralidad, trabajo en equipo e interdisciplinario y así mismo al de "calidad" como servicio prestado al paciente con eficacia y respeto.

Cualquier modificación al interior de las "clínicas integrales", desde su iniciación hasta la fecha, ha sido fundamentada y con excelente intencio-

nalidad, en apreciaciones intuitivas y en la experiencia personal de profesores y coordinadores de ellas, sin salirse del método tradicional de docencia vigente en las clínicas desde su iniciación, y sin el soporte evaluativo de los procesos seguidos en la formación de los estudiantes y en los de ellas como "servicio de salud" para los pacientes. Esa es una razón para quedar sorprendidos con los resultados, y mejor razón aún, para emprender grandes cambios sin obstáculos intelectuales, como tratar de mantener estrategias intelectuales inflexibles e inadecuadas, en actitud paradigmática.

## CONCLUSIONES

1. Clínicamente se continúan formando odontólogos, desde el punto de la mira conceptual, para una práctica clínica que ya no existe más en Colombia de manera predominante.
2. Mientras el componente curricular de las clínicas no funcione fundamentado en un marco conceptual, con vigencia educativa, los indicadores de "calidad" como servicio no podrán mejorarse, y viceversa: mientras no se tenga un buen nivel de "calidad" como servicio, será imposible formar odontólogos para los nuevos paradigmas de prestación de servicios y de conceptualización del proceso salud-enfermedad.
3. Las historias clínicas presentan debilidades cuali-cuantitativas en registros tan importantes como los diagnósticos, procedimientos, reevaluaciones, fracasos, etc. En numerosos casos se desarrollan los tratamientos con ausencia de diagnósticos y no siguen la secuencia explicitada en el plan de tratamiento. El flujo de las historias desde que salen del archivo hasta que regresan a él, es lento y torpe..., porque frecuentemente desaparecen por tiempos en su recorrido, nadie sabe la causa y debe atenderse al paciente sin historia. Esta es otra razón para entender la necesidad de sistematizar todos los aspectos clínico-administrativos de las clínicas de la Facultad, y además para facilitar las actividades investigativas, docentes, de planificación y evaluación, etc.
4. El período "reevaluativo" del plan de tratamiento se omite sistemáticamente y sin hacerlo se determina la terapia definitiva del paciente entre el profesor y el estudiante. De esta manera queda invalidado el primer período, "de preparación inicial".
5. Prácticamente no existe el "mantenimiento" en las clínicas integrales, ni existe un apoyo administrativo que organice, vigile y sumi-

nistre oportunamente las citas al paciente terminado para que acuda periódicamente al mantenimiento.

6. Las clínicas de la facultad requieren reestructuración y entre los cambios se necesita un apoyo administrativo efectivo que pueda respaldar un método clínico en el cual la calidad biotécnica y la calidad humana sean las características esenciales del acto odontológico.
7. La formación del estudiante de odontología en la práctica clínica requiere ir más allá de los desempeños logrados con objetivos situacionales, para consolidar un criterio que le permita la superación constante por medio de la autocrítica y la construcción y reconstrucción de fundamentos actitudinales sobre las profesiones de la salud y los principios de justicia social.
8. No puede existir transformación curricular parcial..., sin la transformación de las clínicas, que las haga pertinentes con el nuevo currículo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia y la normatividad en prestación de servicios de salud.  
  
La problemática que gira en torno a deficiencias de la "calidad" de las clínicas como servicio y de la permanencia del paradigma docente que soporta la odontología tradicional, no indican deficiencia profesoral en los aspectos clínicos profesionalizantes, en los cuales, por el contrario, la institución tiene un recurso altamente calificado.
9. La selección específica de pacientes para cada clínica debe cambiarse por un "triaje" de pacientes que deben ser atendidos oportunamente y bajo la modalidad de participación de varios alumnos de pre y posgrado de manera integrada e interdisciplinaria y con acompañamiento teórico-fundamental.
10. Hipotéticamente, y como propuesta de discusión, no se encuentra que haya habido ningún cambio especial en las clínicas integrales desde la terminación de esta investigación en Diciembre de 1996, que impida pensar que lo encontrado de 1990 a 1996, es similar a lo que se haya dado de 1997 a 1998.
11. Es evidente la discrepancia que existe actualmente entre el marco conceptual de la Facultad de Odontología y la docencia clínica, por aspectos teórico-metodológicos y conceptuales.
12. Si bien es cierto que metodológicamente podrían presentarse dificultades complejas, aún legales, para crear un servicio real de atención odontológica en la facultad, sí es



factible el replanteamiento teórico-metodológico y especialmente actitudinal, para transformar los "indicadores de calidad" y el componente curricular del método clínico de la institución.

## CORRESPONDENCIA

Drs. Fanny Lucía Yepes D. y Raúl Mejía V.  
Facultad de Odontología,  
Universidad de Antioquia, Medellín - Col.

## REFERENCIAS

1. Arango B., Alberto. Por qué decidimos crear una clínica integral en nuestra Facultad. En Primer Seminario L.A. sobre la enseñanza de la odontología. Bogotá, Octubre 1962. OPS/OMS, Publicación Científica N° 77, 1963. p. 173.
2. Mejía V., Raúl y Correa M., María Victoria. Clínica Electiva. Rev. Temas odontológicos 1973; 12: 133-149.
3. Mejía V., Raúl y Yepes D., Fanny Lucía. Veintisiete años de seguimiento en las clínicas integrales de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia (1970-1996) - PARTE - I - Índices y demás instrumentos evaluativos utilizados. Rev. Facultad de Odontología 1977; 9: 39-46.
4. Mejía V., Raúl y Yepes D., Fanny Lucía. Veintisiete años de seguimiento de las clínicas integrales, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia (1970-1996). PARTE - II - Evaluación del período 1970 - 1989. Rev. Facultad de Odontología U. de A. Vol. 9, No. 2, 1998.
5. Mejía V., Raúl y Yepes D., Fanny Lucía. (Referencia citada) PARTE - III Rev. Fac. de Odontol. U. de A. Vol. 9 No. 2, 1998.
6. Memorias del Seminario Internacional sobre Filosofía de la Educación Superior (transformación de la universidad siglo XXI). Universidad de Antioquia, Medellín, 2 al 6 de Septiembre de 1996.
7. La universidad para un nuevo siglo de las luces - (plan de desarrollo 1995-2006), Universidad de Antioquia, Medellín, Acuerdo Superior 070, Marzo 9 de 1996.
8. Hacia una agenda de transformación de la educación superior: Planteamientos y recomendaciones - Comisión nacional para el desarrollo de la educación superior, Santafé de Bogotá, Febrero de 1997. Medellín, Universidad de Antioquia, 1997.
9. Memorias del Seminario-Taller sobre la modernización académica en los programas de pre y posgrado del área de la salud de la Universidad de Antioquia. Mayo 29, 30 y 31 de 1996. Medellín, Universidad de Antioquia - ICFES, 1997.
10. Memorias del Seminario-Taller sobre la docencia-servicio y los sistemas locales de salud, Marzo 24 al 26, 1993. Medellín, Universidad de Antioquia - Facultad de Odontología - OPS/OMS, OFEDO-UDUAL, Ministerio de Salud, 1993.
11. Gómez-Perineau, Francisco. "La formación de los profesionales de la salud ante los procesos de reforma del estado" En: Simposio de la Facultad de Odontología, la Universidad de Antioquia y Conferencia Internacional OFEDO-UDUAL, Medellín, Sept. 4-5, 1997.
12. Ponencias presentadas en el Simposio Internacional de la Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, sobre "Las ciencias básicas - su enseñanza y aplicación clínica". Medellín Octubre, 1996.
13. 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): 50-27, 1993.
14. Donabeidan, Avedis. La calidad de la atención médica, México, Ediciones Científicas, la Prensa Médica Mexicana S.A., 1984.
15. "Evaluación de los programas de salud". Normas Fundamentales. OMS, Ginebra, 1981.
16. "Los indicadores, la base para el análisis cualitativo del sector salud". Sección de información. Grupo de Estadística. SSSA, Medellín, 1988.
17. Donabeidan, A. "Evaluating the Quality of Medical Care". Milbank Memorial Fund Quartely 44: 166-206 - July 1966.
18. Pabón Lasso, Hipólito. Evaluación de los servicios de salud Universidad del Valle, Cali: Editorial XZY, 1985.
19. Cano Gaviria, Eduardo. Fundamentos de evaluación de la calidad de la atención médica. Universidad de Antioquia, Medellín, 1982.
20. Ley de Seguridad Social de la República de Colombia, (Ley 100) Santafé de Bogotá, Diciembre 23, 1993.
21. Arango B., Alberto. "Modelos de enseñanza de la odontología en Iberoamérica", Santo Domingo, Mayo, 1988. (Impreso - 13 páginas).
22. 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).
23. 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.
24. Atcon P., Rudolph. La Universidad Latinoamericana. Rev. ECO 1963; 7: 4-169.
25. Fichte, J.T., Schleiermacher, F., Humboldt, G., Nietzsche F. y otros en: La idea de la Universidad en Alemania, Buenos Aires, Sudamericana, 1959.
26. García, J.C. La educación médica en la América Latina, Washington D.C. OPS-OMS, Publicación Científica No. 225, 1977.
27. Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social, Universidad de Antioquia, Medellín Julio 27-31, 1987.
28. Gómez R., Octavio, Jiménez G., Alpidio y Mejía V., Raúl. El aporte de la Universidad de Antioquia a la odontología Latinoamericana. Rev. Educación Médica y Salud 1978; 12: 349-360.
29. Mejía V., Raúl, Jiménez G., Alpidio, Bojanini N., Jorge y Arango B., Alberto. "Consideraciones sobre la profesión odontológica (pasado-presente y perspectivas futuras), Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Departamento de Odontología Preventiva y Social. Medellín, Publicación No. 11, 1966.