
EVOLUCION DE LA EDUCACION DENTAL

Alpidio Jiménez G.*

Desde todos los ángulos de la profesión, se lanzan impropiedades sobre la Educación Dental, espetándole a ella la causa de los problemas de la Odontología, que no son pocos. Se olvidan aquéllos que no ha habido terreno en el cual la Educación Dental no haya planteado soluciones viables y se curan en salud, absteniéndose de aplicar las soluciones que ella ha pedido que se implanten y que a no dudarlo cubren todos los terrenos imaginables.

Parece entonces que la falla está en la falta de decisión de los directivos de la profesión.

A ellos, y entre ellos muy especialmente a los educadores, incumbe la obligación moral de pensar en el futuro y no la fácil decisión de contemporizar con las Asociaciones gremiales, de por sí, defensoras del statu quo.

Gracias a los constantes empeños de la Educación Dental, el futuro es promisorio, ahora es necesario que los educadores escuchen el mensaje.

Empecemos entonces haciendo un recuento acerca de cómo se ha avanzado, qué hechos y cuándo se presentaron, cómo los ha mirado la profesión. En síntesis de dónde venimos, en qué estamos, qué perspectivas nos brindan las investigaciones actuales, qué dimensión debe tener el profesional del futuro y a qué tiene derecho la comunidad.

Podría afirmarse, con poco riesgo de equivocarse, que la Odontología tuvo su origen como arte. Cuando los Egipcios, Fenicios y Etruscos confeccionaron 2.500 años A. C., prótesis dentales, lo hicieron buscando una función puramente estética. Aunque inicialmente su ejercicio estuvo limitado a ciertas castas, pasó luego a los barberos y en manos de ellos permaneció por muchísimo tiempo. Pero no en balde transcurrió este largo período. Unos pocos, médicos la mayoría de las veces, se inquietaron por problemas de la cavidad oral y apareció así el germen de la odontología como ciencia: Hipócrates, Galeno, Oribarius, Avicena, son para no citar sino algunos, los progenitores de ella.

El tiempo transcurrió. Con la llegada de la civilización, la incidencia de la caries dental aumentó, su carácter acumulativo fue haciendo más y más grandes las

necesidades con lo cual fue preciso que aumentara el número de los que se dedicaban a su tratamiento. Se conservó el hecho de que fueran unos pocos los que se preocuparan por el estudio de otros problemas que en la cavidad oral pudieran presentarse.

Por fin llegó el año de 1840 en que se fundaron las primeras Facultades de Odontología y en ellas se incorporó, en el plan de estudios, materias básicas con el objeto de equiparar la práctica de la Odontología a la de la Medicina; pero su fin primordial era la enseñanza de la restaurativa.

Con el correr de los años el plan de estudio fue tomando cuerpo y puesto que la restaurativa copaba la casi totalidad de la instrucción, empezó su florecimiento no ya como arte solamente sino como arte-ciencia. El resultado lo tenemos a la vista: La Odontología restaurativa ha llegado a un grado de florecimiento que bien podría calificarse de feliz.

No fue ése el único fruto de las Facultades. Ellas también abrieron la puerta a la investigación y con ello fueron esclarecidos problemas y se hicieron descubrimientos que lentamente han creado lo que ya hoy constituye con perfiles claros y definidos el patrimonio de la Odontología en lo que a ciencia se refiere.

Pero qué pasó?. Que esos nuevos principios no pudieron ser incorporados en el plan de estudios porque como ya lo vimos el tiempo estaba distribuido

* Ex-Decano Facultad de Odontología
Universidad de Antioquia, Medellín.
Decano Facultad de Odontología
C.E.S., Medellín

y entonces para buscarles aplicación, hubo que darles fuerza a las especialidades. Tal fue desde un principio el vigor de éstas, que recordemos que el Dr. Angle concibió su especialidad como profesión aparte de la odontología. Quien quisiera hacerse partícipe de los nuevos conocimientos, tendría forzosamente que avanzar estudios de especialización. Y como esto sólo podrían hacerlo unos pocos, permanecemos en el principio histórico ya enunciado de que sólo esos pocos deben preocuparse de los problemas del aparato de la masticación, mientras el Odontólogo general, debe ser restaurador.

Ya se han logrado pues, grandísimos avances. Y ahora qué? Habrán las Facultades de dedicarse a contemplar la labor realizada o lanzarse en busca de nuevas conquistas?. Si para los próximos años se esperan grandes avances de la investigación, tendrá que seguir cerrada la entrada de esos nuevos conocimientos al plan de estudios?.

No puede ser. Los celos entre las especialidades acerca de sus respectivos campos, son algo anticuado y ridículo.

Y cómo darles cabida a esos nuevos conocimientos?. Distribuyendo mejor el tiempo y reestructurando el plan de estudios.

En 1921, como consecuencia del estudio hecho por la fundación Carnegie sobre educación médica y publicado en 1910, se inició un estudio sobre el estado de la educación dental en los EE.UU., el cual se publicó en 1926. Se insistía en él, en un programa de 2 - 3 años de formación de pregrado y un año o más de especialización.

En 1930 la Asociación Americana de Facultades de Odontología también con financiación de la Fundación Carnegie, realizó otro estudio del curriculum bajo la dirección del Dr. Lloyd E. Blauch, informe que se conoció con el nombre de "Libro rojo".

En 1940 se hizo el tercer estudio el cual fue efectuado por la comisión de educación de la Asociación Dental Americana, informe que se publicó en 1947.

En 1948 bajo la dirección del American Council of Education se inició otro estudio que con el nombre de The Survey of Dentistry fue publicado en 1961.

En 1958 ante el Comité de Educación de la Asociación Dental Americana se presentaron los planes de estudio de una serie de Facultades, entre los cuales vale mencionar: a) California, b) Harvard y c) Texas.

Es interesante detenerse brevemente en los planes de estas tres facultades.

a) El curriculum de California es un curriculum implantado hacia 1933 y su objetivo claro era el de preparar un ortodoncista en una de sus modalidades o un odontólogo general en la otra. Para ello, los estudiantes ingresaban a un primer año igual al de las demás facultades y al finalizar éste, del grupo total se seleccionaban 10 estudiantes que ingresaban al curriculum con énfasis en ortodoncia. Los demás seguían en el plan tradicional.

Para los primeros, los de ortodoncia, la instrucción en prótesis se limitaba a ciertos rudimentos en prótesis y sin experiencia clínica en tal área. Lo demás era igual para ambas áreas. El éxito fue total.

Es pues el modelo clásico de un curriculum que tiene flexibilidad y brinda diferentes oportunidades.

b) Harvard: Tiene como objetivo preparar investigadores y profesores para lo cual desde la admisión fija altas exigencias para los aspirantes. Luego el estudiante ingresa a un curriculum en el cual los 2 primeros años son conjuntos con los estudiantes de Medicina. El 3º. y 4º año, los dedican fundamentalmente a los cursos preclínicos y clínicos.

c) Texas: Dentro de un programa integrado, resaltan los esfuerzos continuos por hacer que el estudiante desarrolle por sí mismo su sentido de responsabilidad como agente activo en el proceso del aprendizaje para lo cual el profesor es sólo un guía y un asesor:

De un análisis de los currícula presentado en 1958 se ve que si bien hay corriente innovadora e investigativa, ella, ni es la tendencia preponderante, ni sus resultados son bien mirados por la profesión.

Dentro del afán por buscar alguna mejoría en el plan de estudios, apareció la fórmula de abandonar el sistema en el cual los 2 primeros años de la carrera se dedicaban al estudio de las materias básicas para destinar los 2 últimos para las clínicas, denominado plan horizontal y sustituirlo por el denominado vertical en el cual las materias básicas se extienden de primero a último semestre. Luego se modificó por el diagonal,

en el cual los primeros semestres tenían un número de atención de pacientes y el resto, materias básicas para luego terminar en el último semestre con un amplio margen de clínicas y un mínimo de básicas. Dentro de esta filosofía y estableciendo los cursos de correlación apareció la Facultad de Odontología de la Universidad de Kentucky en 1962.

La Fundación Kellogg y la Oficina Sanitaria Panamericana, organizaron para Latinoamérica 3 seminarios sobre educación dental, el primero de los cuales tuvo lugar en Bogotá en 1962. Sus conclusiones fueron ampliamente difundidas en el Continente.

La Universidad de Antioquia propuso (Jiménez 1964), la preparación de personal auxiliar tipo operatorista como medio para agilizar el plan de estudios permitiendo con ello que el estudiante remitiera la operatoria a este personal pudiendo así ahorrar tiempo que destinaría a la intensificación en otras áreas de la profesión.

Diseñó un curriculum en el cual se daba vigencia al principio de la delegación y para tal efecto se prepararon 10 operatoristas.

Pensando en un segundo paso en 1966 en carta dirigida a un grupo de educadores (William Man, Phillip Blackerby, Alvin Morris, Mario Chaves, Oscar J. Restrepo y Darío Restrepo), se sugirió (Jiménez 67) la realización de una investigación en educación dental la cual consistiría en el diseño de un currículo dirigido por parte de una comisión.

- a) "Una comisión de expertos en educación ha de elaborar un plan de estudios, cuyo objetivo sea el de preparar un odontólogo General capacitado para desempeñar las funciones que actualmente cumplen los especialistas".
- b) "Se seleccionará una Facultad que esté en condiciones de desarrollar tal programa. Se hará el estudio de costos, teniendo en cuenta que cualquiera que sea la Facultad elegida, necesitará buen número de profesores visitantes durante la investigación. Asimismo, habrá que suministrar buena cantidad de becas para que el profesorado tenga oportunidad de obtener buena preparación".
- c) "Entre los admitidos a esa Facultad para el primer año, hacer la selección de los 5 - 10 mejores estudiantes y con ellos ejecutar el programa. La dura-

ción de la investigación podría ser de 5 a 6 años, para asegurar que ella abarque de 2 a 3 promociones de odontólogos".

"Al término de esta investigación, la Odontología podría tener elementos de juicio para analizar las diferencias entre el tipo de profesional que ahora prepara y el que podría preparar".

La idea se discutió epistolarmente pero hubo de ser descartada.

En EE.UU. 1972 se pensó que el curriculum de Odontología no daba suficiente formación clínica y que la calidad del Odontólogo se podría mejorar agregando un año de estudios en lo que se denominó Residencia en Odontología General el cual entre sus programas deberá incluir una práctica intra-hospitalaria.

Posteriormente se aprobó otro programa con el nombre de Educación Avanzada en Odontología General (Odontología restauradora, Periodoncia, cirugía, odontología infantil y ortodoncia). La rotación por un hospital es opcional.

Pero estos programas son medidas que en nada modifican los problemas palpables de la educación. Son más una renuencia a afrontar la verdadera situación y a tomar decisiones, para en cambio seguir produciendo el mismo tipo de Odontólogo.

En 1977 se fundó el Instituto de Ciencias de la Salud y su Facultad de Odontología consciente de que su condición de institución nueva le impone la obligación de presentar diferentes alternativas en lugar de apelar a la manida costumbre de copiar los planes viejos de antiguas facultades, decide desechar los viejos resabios y buscar un plan nuevo.

Su principio básico es: a) aceptar sin reparos los hechos que ha producido la investigación: ej. control de caries, personal auxiliar; b) Instaurar la integración, c) preparar para "dar solución a los problemas de la salud oral actual y en las nuevas formas de morbilidad que aparezcan en el futuro y d) que dé una preparación clínica que avance dentro del terreno que actualmente dominan las especialidades.

Para ello se utilizó personal auxiliar tipo operatorista, se reubicaron las materias dentro del plan de estudios (operatoria pasó a VIII y IX semestres), se instauró la

clínica integrada desde el V semestre y se dio plena vigencia a la enseñanza hospitalaria.

Para la preparación del profesorado se utilizó la modalidad de curriculum dirigido al cual ingresa el estudiante seleccionado al llegar al VII semestre y se le forma como un profesor integral.

En 1979, la Facultad de Odontología de la Universidad de Pensilvania planeó un experimento en educación dental "buscando preparar un profesional generalista que extienda su habilidad clínica hasta realizar los procedimientos que corrientemente se remiten a los especialistas y reservando a ellos sólo casos verdaderamente difíciles".

COMENTARIO

Como decíamos en la **manchette** de este artículo, es cierto que no ha habido terreno en el cual la educación dental, no haya planteado soluciones viables.

La Odontología puede definir hoy y lo podría haber decidido desde hace muchos años, entre un curriculum: Integral, un curriculum flexible o un curriculum dirigido segura de que entre cualquiera de ellos que elija hará buena escogencia. Pero lo que no puede hacer es seguir pensando en el tradicional ya que este ha dado suficientes muestras de obsolescencia.

También es necesario que los educadores y las asociaciones internacionales se convenzan de que las fallas del curriculum tradicional no están en las deficiencias, en la docencia o en los docentes (curriculum

oculto). No. Cambiando éste, nunca se obtendrán soluciones ya que la falla está en el curriculum, en el curriculum patente y dicha falla es estructural. Primero cambiemos de filosofía y luego de metodología.

Además, pensemos en cuáles van a ser las necesidades de los usuarios en el futuro y discriminemos: qué, de ello, es para los profesionales y qué, para el personal auxiliar. Y tengamos presente que las grandes barreras que las especialidades le habían tendido a la Odontología General ya han desaparecido.

Hemos de darnos cuenta también que por no avanzar se han creado o dejado crear problemas que hay que entrar a solucionar: el número de admitidos a las Facultades y también el número de egresados. Hay que reducir los ingresos.

Y en cuanto a los programas de salud pública dental hay que pensar en su adecuada planeación.

La Odontología de Salud Pública organiza programas técnicamente; pero ha fallado en su ejecución. Resultó más tímida que los educadores y más tradicionalista que las Asociaciones profesionales e ignoró el personal auxiliar tipo operatorista el cual reiteradamente les fue propuesto y sugerido en combinación con programas de prepagos (Jiménez 1968) con lo cual ha elevado exorbitantemente los costos de los servicios. Será esto científico? Y después será dable el preguntarse por qué no se llega a las mesas de decisiones de los Ministerios de Salud?

Los educadores debemos pensar que lo que se necesita es la reivindicación de la Odontología General.

BIBLIOGRAFIA

1. Cohen D. Walter, Cornier Patricia, Cohen Joanna. The Pennsylvania experiment. University of Pennsylvania Press. Philadelphia.
2. Council on Dental Education, American Dental Association, Fourteenth Congress on Dental Education and Licensure. J. Am. Dental Ass. July 1958. 128.
3. Hollinshead Byron. The Survey of Dentistry. 1961.
4. Jiménez, A. Papel del Personal Auxiliar en la Odontología del Futuro. Temas Odont. Vol. VIII No. 77, página 415, 1964.
5. Jiménez A. Carta a Educadores, Revista de Alafo. Vol. II No. 1 pag. 100 - 1967.
6. Jiménez, A. Forma adecuada de adaptar al medio colombiano la práctica de la operatorista Dental. Temas Odont. Vol. X No. 93. pag. 129. Sept. 1968.
7. VanOstemberz. Advanced General Dentistry Education Programs: Issues and Forces that will shape the future. J Dent. Ed. 47: 364, 1983.