



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
"ZARAGOZA"



24
13

Carrera de Cirujano Dentista

LA INTEGRACION DOCENCIA-SERVICIO EN LA CARRERA DE
CIRUJANO DENTISTA EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
ANTONIO CHOLLEY NAKAHODO RIVERA

México, D. F.

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Pág.

INTRODUCCION	1
------------------------	---

PRIMERA PARTE

MARCO TEORICO	6
JUSTIFICACION	23
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
OBJETIVOS	26
HIPOTESIS	28
METODOLOGIA	29
- Universo de trabajo	32
- Identificación de variables	32
- Indicadores y parámetros	33
RECURSOS	38
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	39
GUIA DE ENTREVISTA	40
BIBLIOGRAFIA	44

SEGUNDA PARTE

RESULTADOS	46
DISCUSION	51

	Pág.
- ENEP/ZARAGOZA	60
- ENEP/IZTACALA	67
- FACULTAD DE ODONTOLOGIA	72
CONCLUSIONES	81
PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES	83
BIBLIOGRAFIA	86

INTRODUCCION

Los programas de Docencia-Servicio, donde se conjuntan los intereses, objetivos y recursos de las instituciones de servicio o de salud y de educación superior, se han llevado a cabo hasta ahora con diferentes modalidades en ámbitos diferentes.

El presente trabajo surge con la inquietud de conocer los avances, resultados y limitaciones presentados en la elaboración, implementación e integración de las experiencias de estos programas en instituciones educativas del área metropolitana, (carrera de Cirujano Dentista en la U.N.A.M.).

El trabajo se plantea en dos etapas. En la primera se plantean el propósito y los objetivos del proyecto.

A manera de marco teórico se exponen los antecedentes de la orientación comunitaria de la atención a la salud y se toman como base los aspectos que se manejan de la rama médica por considerar que de una u otra forma, de ésta, derivan las peculiaridades para las otras diferentes ramas de las ciencias de la salud, la odontología entre ellas.

Se trata someramente lo que consideramos como génesis de los programas de Docencia-Servicio y sus principales pe-

cularidades, para luego plantear, dentro de metodología, -- los indicadores que se utilizaron para el análisis de los -- programas, así como los instrumentos a través de los cuales se obtuvo la información, los cuales se estructuraron en base a los indicadores que se plantean.

En la segunda etapa exponemos los resultados, discusión para en base a éstos dar las conclusiones y algunas recomendaciones y/o sugerencias. Al final de cada etapa se encuentra la bibliografía que se utilizó.

Los programas de Docencia-Servicio presentan muchos aspectos, muchos enfoques, muchos puntos de vista por lo que, debido a limitaciones tanto humanas como materiales que se presentaron, en el presente trabajo abordaremos un aspecto particular de toda esa realidad completa.

Al querer conocer ese aspecto particular se puede correr el riesgo de perder de vista el contexto generalizador, cayendo así en una visión reducida del problema que deja afuera elementos estructurales de importancia.

El aspecto particular a conocer debe ser considerado dentro de un marco histórico y general que permita ver el desarrollo o desenvolvimiento que ha tenido, así como los factores que en esas diferentes etapas han contribuido para los cambios, ya sea de avance o de retroceso, que han condicionado su proceso de evolución y por ende el estado actual.

Esta consideración histórica nos abre el panorama del -

dinamismo que ha tenido tanto el aspecto general como el particular, proporcionando cierta luz que permita vislumbrar en lo nebuloso del futuro, ciertas tendencias que guíen el quehacer hacia cambios importantes, de fondo.

Queremos también dejar sentado que, por motivos de metodología y para facilitar el manejo de la información, abordaremos la problemática desde el punto de vista de las instituciones de educación. Es decir, las relaciones que se establecen en la Integración Docencia-Servicio entre las instituciones de educación y las instituciones prestadoras de servicio, y las instituciones de educación con la comunidad, dejando claro que en el proceso antes mencionado la responsabilidad será siempre compartida por los tres sectores involucrados.

México, un país con grandes problemas, grandes retos, grandes contrastes entre riqueza y pobreza; entre grandes hospitales con una alta tecnología y seres que no tienen acceso a ningún sistema de salud. Un país que necesita gente preparada, dispuesta a trabajar con y por el país.

Una nación que necesita profesionistas útiles a la sociedad. Profesionistas dispuestos a trabajar en el presente con una visión a futuro. Profesionistas vinculados con la problemática social, capaces de definir problemas, analizarlos y dispuestos a la búsqueda de soluciones.

Es en esta perspectiva que consideramos a la Integra-

ción Docencia-Servicio como una alternativa viable y factible que tiene aspectos importantes que ofrecer para dar respuesta a la problemática planteada en la formación de recursos humanos para la salud.

Una alternativa, que sentimos, vale la pena ensayarla, probarla y evaluarla en todas y cada una de sus partes; evaluación que tiene que ser real y objetiva con un sentido crítico y una visión general de la problemática nacional, para que en base a esto el proceso se retroalimente.

PRIMERA PARTE

MARCO TEORICO

En este trabajo se considerarán los programas de Docencia-Servicio, en su elaboración, implementación y evaluación y control, como el aspecto particular de toda una realidad - que comprende el proceso salud-enfermedad.

El desarrollo del capitalismo conlleva la formación histórica de una relación de dominación-dependencia en la cual existen sociedades en estado desigual de desarrollo en relación a la metrópoli y su periferia.

Para las formaciones sociales latinoamericanas como parte del proceso histórico mundial de la expansión capitalista son incorporadas como áreas "periféricas"; así la influencia de los procesos que se llevan a cabo en la metrópoli influyen en su vida, adoptando rasgos matizados de dependencia.

La categoría dependencia expresa la relación entre los países periféricos y los centrales dentro del sistema capitalista internacional; esto se concibe como una totalidad es--

+ Esta descripción general del marco teórico está basada principalmente en los siguientes documentos:

- Vilasa Eugenio. LA EVOLUCION HISTORICA DE LA PRACTICA MEDICA; Belo horizonte Brasil, 1980.
- DOCENCIA INVESTIGACION Y SERVICIO EN LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SANTO DOMINGO. República Dominicana, Octubre 1978.
- Breilh Jaime. INVESTIGACION DE LA SALUD EN LA SOCIEDAD. - Quito Ecuador, 1980.
- Rojas Soriano, Raúl. CAPITALISMO Y ENFERMEDAD. Folio Ediciones México, 1982. pp. 15-25.

structural: las conexiones que los países dependientes establecen con el centro hegemónico implica una relación de dominación-subordinación.

Este estado de dependencia no es un estadio de "atraso" respecto a las sociedades desarrolladas, que pueda ser superado linealmente, mediante la imitación del proceso seguido por esas sociedades, sino una condición estructural, necesaria para explicar el desarrollo de los países avanzados, bajo esta idea son los procesos, valores y conceptos de la clase dominante los que tienden a reproducirse a través de la estructura y organización de la sociedad.

Las instituciones que este sistema social crea, estimula y mantiene son las encargadas de dar difusión de todo el cuerpo de conocimientos que maneja, además de ver ellas las que le imprimen las peculiaridades a la práctica de los aspectos teóricos que desarrolla.

El capitalismo por un lado y la dependencia por el otro, le otorgan características estructurales propias a cada uno de los fenómenos presentados en nuestro sistema social.

Las concepciones que sobre el proceso salud-enfermedad, entre otros, dentro de una sociedad con condiciones socioeconómicas y culturales dadas, han sido presentadas de diferentes formas en etapas de desarrollo del sistema. Estas dejan ver la concepción que sobre el universo en general y sobre la sociedad en particular se tiene.

Por ejemplo: en el proceso salud-enfermedad existe un enfoque que considera un sólo factor como la causa de la enfermedad. Esta teoría que deja de lado todas las condiciones personales, ambientales, sociales emerge en la atmósfera de formación de la medicina científica, donde el biologismo que presupone el reconocimiento exclusivo y creciente de la naturaleza biológica de las enfermedades es uno de sus principales postulados. Esta visión unicausal pretende dejar de un lado u omitir o esconder los trastornos sociales producidos por la explotación capitalista que ocasionaba ambientes propicios para el desarrollo de la enfermedad.

Esta muestra nos da una idea de la forma en que los conocimientos se manejan en beneficio de los intereses de un sector de la sociedad, posibilitando esto una práctica que se da en forma congruente con la teoría. Esto es, si la teoría concibe a la enfermedad producto de una causa biológica, la práctica terapéutica hacia ese problema será, atacando el factor biológico exclusivamente.

En el sistema de producción capitalista, el sector salud tendrá como objetivos básicos:

- a) Dar salud a la clase dominante en los niveles más óptimos posibles.
- b) Mantenimiento de la vida de los trabajadores para garantizar capacidades de producción, de la obra de mano necesaria para el aumento de la productividad.

c) Mediación de dominación mediante la alineación de -- sus agentes y el otorgamiento de las contradicciones a través de acciones ilusorias y reales curativas.

Para dar salida a estos objetivos los profesionales del sector ven a la actividad profesional científica como una mediación para obtener bienes, sinónimo de poder en la sociedad capitalista. En consecuencia se desarrolla una práctica individualista, de explicación causal biológica, curativa.

La formación de este tipo de profesional está estructuralmente comprendida en la llamada medicina científica o -- flexneriana, que más adelante trataremos.

Hacia la década de 1960's, la teoría unicausal deja paso a la multicausal de la enfermedad, porque ya no daba respuesta a las crecientes necesidades. Se busca descubrir factores causales en la producción del problema, fáciles de atacar con medidas poco costosas y que permitieran implementar medidas masivas de control.

Bajo este otro enfoque de multicausalidad, el proceso salud-enfermedad cobra una nueva proyección, tal vez más completa que el anterior, pero aún no toca las causas estructurales como factores desencadenantes de los problemas. Aquí se toman en cuenta los factores sociales, económicos, culturales, físicos, químicos, etc; y se deja sentir el nivel de comprensión de la enfermedad como algo social en cuanto se --

se consideran variables que hacen mención de aspectos sociales, pero no permiten una comprensión profunda del verdadero significado de lo social.

Esta nueva forma de ver al proceso desarrolla su práctica profesional propia.

Por otro lado, el desarrollo histórico ha ido definiendo los modelos de atención, desde las acciones sanitarias -- hasta las comunitarias.

Aunque las modalidades y la relevancia de la atención -- ha obedecido, en parte, a las prioridades de acciones y de -- los intereses de las élites de poder en la sociedad, también hay que reconocer que el sistema en su dinámica va manifes-- tando contradicciones que son provocadas por la toma de conciencia de la dependencia y por las actividades que se reali-- zan para incidir en ésta, por parte de la población de los -- centros periféricos, estimulando coyunturas por las que se -- intentará transitar para lograr las reivindicaciones de sus -- legítimas demandas.

Así, para entender la moda de la "medicina comunitaria" es necesario hablar de la "medicina científica" y como a par-- tir de la crisis de ésta se desarrolla aquella; y por ahí -- trataremos de encontrar los orígenes de los programas de do-- cencia-servicio que son los que nos ocupará en este trabajo.

En el desarrollo de la medicina comunitaria se recono-- cen tres etapas, que constituyen los antecedentes de la lla--

mada medicina científica:

- La policía médica
- La medicina urbana
- Sanitarismo

- La policía médica surgida en Alemania en el siglo - - XVIII, se caracterizó por la normalización de la práctica y del saber médico. Por el surgimiento de una burocracia médica con autoridad en una determinada región y por la acción - estatal en los campos de prevención y control de enfermeda-- des transmisibles, habitación, nutrición, higiene y educa- - ción sanitaria.

- La medicina urbana. A diferencia de la policía médica aquí no participaba el estado y sus objetivos principales eran: controlar la circulación de los principales factores - patogénicos tanto en el aire como en el agua. Este tipo de medicina está ligada a la idea de que las ciudades son la -- causa de las enfermedades debido al desorden que las caracte riza.

- Sanitarismo. Se estableció en Inglaterra en el si-- glo XIX y tenía como objetivo el control de la salud de las clases más pobres con la finalidad de la reproducción de la fuerza de trabajo y del control sanitario y social, dando én fasis en los factores etiológicos ambientales.

Estas tres variantes se dieron en el desarrollo de un -

incipiente capitalismo, imprimiéndole ciertas peculiaridades, haciendo resaltar:

- La asistencia médica a los pobres,
- Un control de la fuerza de trabajo, y
- Una investigación general de salud pública que protegía a las clases sociales más ricas de los peligros generales;

Por otro lado permitía la coexistencia de tres sistemas de atención:

- a) Una medicina asistencial dedicada a los pobres,
- b) Una medicina administrativa encargada de problemas generales, y
- c) Una medicina privada que beneficiaba a los que tenían para pagarla.

Aunque los inicios y características básicas de este tipo de medicina se desarrolló en los países europeos (Alemania, Francia e Inglaterra), tuvo su conformación definitiva en los Estados Unidos.

Aquí la industrialización llevada a fines del siglo XIX y principios del XX enfrentó en su desarrollo cambios en la conformación de los grupos urbanos y sociales, que trajeron aparejados cambios en los patrones de vida que exigían transformaciones en los servicios que se les ofrecían, tanto en cuestiones educativas como sanitarias incluyendo en éstos --

las condiciones generales de trabajo.

De la preocupación del sanitarismo de los factores ambientales y de atención colectiva, se pasó a la consideración del cuerpo humano como fuerza de trabajo y de atención individualizada.

Esta transición provocó, junto con el desarrollo capitalista, que esta medicina ejerciera una función de control social, de reproducción de fuerza de trabajo, a la vez que una mercancía en sí misma.

En 1883 con la creación de la facultad de medicina de la Universidad Johns Hopkins y después en 1910 con las recomendaciones del informe Flexner, se institucionaliza la enseñanza y la práctica de la medicina.

Los elementos de la formación médica Flexneriana son:

— EL MECANISISMO: donde se hace una analogía del cuerpo humano con la máquina, se toma el cuerpo como una máquina -- que puede ser dividida en partes para su mejor comprensión.

— EL BIOLOGISMO: presume el reconocimiento exclusivo y creciente de la naturaleza biológica de la enfermedad, de sus causas y consecuencias.

— INDIVIDUALISMO: el individuo es el objeto de la medicina y lo aísla de su contexto social.

— ESPECIALIZACIÓN: la parcialización abstracta del objeto global, profundizando en el conocimiento específico de --

una de sus partes pretendiendo la visión totalizadora.

— EXCLUSION DE PRACTICAS ALTERNATIVAS: por una supuesta mayor eficacia de la medicina científica, se dejó a un lado las formas de la medicina popular (mágica o religiosa) y aún otras, como la homeopática.

— TECNIFICACION DEL ACTO MEDICO: el desarrollo de la tecnología médica promueve la idea de que cualquier problema de salud puede ser resuelto, y será de mayor calidad la atención mientras más tecnología se ocupe.

— ENFASIS EN LA MEDICINA CURATIVA: es el sector médico más susceptible de incorporar tecnología, dejando a un lado los niveles de promoción y protección de la salud.

— CONCENTRACION DE RECURSOS: generalmente manifestada en la concentración que se hace en los hospitales de las áreas urbanas, en lo que corresponde a tecnología y a atención médica.

Con estos elementos la medicina científica ha seguido operando pero poco a poco se han presentado las contradicciones y los problemas crecientes por la ineficiencia e ineficacia y la desigualdad. Ineficacia e ineficiencia para aumentar los niveles de salud de la población y bajar las tasas de morbi-mortalidad.

La desigualdad expresa diferencias de clases sociales en lo que se refiere a las necesidades de salud, el riesgo

de enfermar, morir o incapacitar y la oportunidad de acceso a los servicios. Con esta situación surgen las nuevas demandas en la sociedad capitalista. Tal y como fué declarado en la conferencia de Alma Atta (URSS), donde se instó por un -- nuevo enfoque de salud y un nuevo enfoque de servicio, a fin de que todos los ciudadanos del mundo puedan disfrutar de -- una vida social y económicamente productiva. Este nuevo enfoque influyó en la reaparición de la medicina comunitaria -- que se presenta bajo los principios de "cuidados primarios, -- atención primaria, medicina simplificada, programas de extensión de cobertura, medicina rural y utilización del equipo -- de salud".

Para este último principio se pretenden cambios en la -- formación de los recursos humanos que permitan superar las -- distorsiones y lo inadecuado del proceso educacional, para -- lo cual se propone la relación docente-asistencial, que es -- un esfuerzo creciente de articulación entre las institucio-- nes de educación y de los servicios de salud.

La medicina comunitaria sale a escena para conformar un sistema dual en el que coexiste con la medicina científica -- siendo su objeto los grupos excluidos del proceso de aten-- ción de esta última. No se pretende que ocupe el lugar de, -- como si se tratara de un paso evolucionado en términos de -- una concepción más avanzada del proceso salud-enfermedad, si no más bien una válvula de escape para las presiones produc-- to de las contradicciones que se dan dentro del mismo siste-

ma social. La medicina comunitaria es la de los marginados-urbanos y rurales, exigiéndose una mayor participación del Estado a través de sus instituciones de servicio de salud.

Los proyectos primeros de medicina comunitaria que fueron llevados a cabo en algunos países africanos se difundieron a otros países subdesarrollados de la misma Africa, Asia y América Latina, por medio del financiamiento de instituciones y fundaciones filantrópicas norteamericanas.

La consolidación definitiva de la medicina comunitaria a escala internacional ocurre en la "Conferencia Internacional Sobre Cuidados Primarios en Salud" de Alma Atta 1978 - URSS auspiciada por la O.M.S. y la UNICEF a través de la O.P.S. principalmente para América.

En E.U. en 1970 aparecen una serie de recomendaciones que integran alternativas para la medicina científica.

- Integración docente-asistencial
- Expansión y aceleración de la formación de personal auxiliar y técnico
- Integración de materias básicas y profesionalistas
- Incremento de las inscripciones como prioridad para estudiantes provenientes de bajos niveles de ingreso.
- Estructuración de un Programa Sanitario Nacional.

En los años 60's aparecen algunos intentos de cambio

orientados a la integración docente asistencial, por ejemplo: en la Universidad de San Carlos, Guatemala.

La relación docente asistencial tiene antecedentes lejanos a Alma Atta como son el "plan decenal de las Américas" instrumento para evaluar la salud desde 1962.

Cristalizándose otras experiencias en los años 70's se permitió que nuevas escuelas como la de Panamá, Perú y México adoptarán este modelo. Aparecen también en esta época el "Programa Innovaciones en la Enseñanza y Servicios Odontológicos de la OPS OMS".

Como es notorio, las instituciones educativas han llevado a cabo las mayores aproximaciones a este modelo, mientras que los intentos por el sector del servicio han sido casi nulos.

Existen otras experiencias que luego comentaremos donde se han manejado aproximaciones más exitosas (Cuba y Nicaragua).

Revisando los documentos de algunas experiencias sobre la integración docencia-servicio (también llamada docente asistencial), en el área latinoamericana, encontramos conceptualizaciones que en lo general coinciden y en lo específico se complementan, por ejemplo: "aprovechando toda la experiencia generada en la relación Universidad servicio, se define un modelo asistencial que permita formar recursos en

salud en una práctica más real y aprovechando este caudal-
numérico para aumentar la cobertura a un menor costo". (1)

"El proceso de enseñanza-aprendizaje, considerado como un conjunto complejo de relaciones sociales entre docentes, alumnos y comunidad, es susceptible de modificaciones con el propósito de entablar la integración necesaria entre las instituciones formadoras, la comunidad y los servicios". (2)

La República Dominicana toma el concepto docente-asistencial como la "unión de esfuerzos en un proceso de creciente articulación entre instituciones de educación y servicios de salud para contribuir a la mejoría de las condiciones de vida de la colectividad mediante la prestación de servicios adecuados a las necesidades reales de la población, a la producción de conocimientos y a la formación de los recursos humanos necesarios en un determinado contexto de práctica de servicios de salud y de enseñanza". (3)

De estas diferentes formas, entre otras, de concebir la integración docente asistencial, se detectan como elementos básicos: las instituciones educativas, las institu-

- (1) Procesos I.D.S. Facultad de Odontología/ Luz Taller - de docencia servicio. República Dominicana 2-9 de Octubre 1983.
- (2) Dr. Yepetz Patricio. UDUAL, II conferencia ANFEO - UDUAL Tema III La integración docencia-servicio. Caracas Venezuela, Oct. 1982. p. 15.
- (3) Modelo de Integración Docente-Asistencial. Universidad Católica Madre y Maestra. Rep. Dominicana, 1979. - p.p.1.

ciones prestadoras de servicios de salud y el contexto social.

En cada uno de estos componentes, se identificarán -- elementos y procesos que en la propia dinámica de interacción que ellos crean y donde se encuentran inmersas, producen un resultado con determinadas características.

Ahora bien, el conjuntar los elementos y procesos de cada componente, identificando los puntos de convergencia común, propician nuevas dinámicas, de donde se obtienen -- nuevos resultados con diferentes cualidades o rasgos.

Dentro de las conceptualizaciones aparecen elementos que intentan darle una orientación más amplia, como es la de integrar la investigación al binomio docencia-servicio.

También es importante señalar las modalidades que este proceso de integración han tenido en su aplicación. El ejercicio ha sido dado como una comprobación de la eficiencia de determinados conocimientos en un lugar específico; en otros se han valorizado esta práctica como elemento -- esencial para la transformación de la realidad, permitiendo la contrastación de los aspectos teóricos recibidos en la escuela con una realidad objetiva.

Para dar pie a las consideraciones sobre el personal que aplica el multicitado binomio se señala que en Cuba, -- en 1961, los hospitales universitarios pasaron al ministerio de salud pública. Los nuevos docentes eran al mismo --

tiempo, miembros de las cátedras universitarias y médicos - de los servicios hospitalarios. (4)

Dentro de otras formas de participación del personal - de los servicios, está la incorporación de los alumnos a -- los centros hospitalarios donde aquel personaje comparte -- las dos funciones, dando más énfasis a la asistencial. Y - existen otros casos, donde es a la inversa, tiene más impor tancia la docencia que el servicio.

"En el presente momento se convierte en una de las ba ses esenciales en la formación de recursos humanos para la salud" (5).

La idea bajo la cual se logre concebir la docencia-ser vicio, influyen en las características que adoptan tanto el personal, como los campos clínicos donde se ejercen.

En algunas experiencias, se han retomado los antiguos- hospitales universitarios, donde se han modificado sus fun ciones tradicionales.

En otras, los estudiantes tienen participación, equili brada en todos los niveles de atención en una región, en -- clínicas generales y tienen relación con el hospital de la-

(4) Rodríguez Jesús. Criterios y mecanismos para la integración Docente-asistencial. Sem. Didáctica aplicada a las Ciencias de la salud. CEUTES, UNAM, MEXICO 1983. - p.p.31.

(5) Elementos de discusión para el análisis de la integración docente-asistencial. Maestría en medicina social- UAM-X. p.p. 5.

comunidad y con hospitales especializados. (6)

"La comunidad y los centros periféricos de atención -- son un recurso más para el aprendizaje, de el término docen te asistencial. El profesor igual trata de incorporar los servicios al armamentarium para el aprendizaje". (7)

Parece ser norma general pretender el uso de la infraestructura física del sector salud prestador de servicios, -- para llevar a cabo los programas y complementar las áreas -- necesarias con instalaciones de las propias instituciones -- educativas.

Existe otro enfoque, que considera que el problema no es entregar la enseñanza al personal asistencial, sino hacer que el personal docente participe en la asistencia. Ba jo estos enfoques sería menester interrogar cual es el pa-- pel que el alumno tiene como personal, dentro de este proce so.

Si bien se ve, podría considerarse que se cuenta con -- los elementos estructurales y de recursos bajo el cual se -- producen los programas, proyectos o procesos, puede ser la determinante de los conflictos que se presentan.

(6) Ferreira José. Misión del Hospital a la luz de las nuevas tendencias de la educación médica. Vol. 10, No. 2-1976 p.p. 10.

(7) Beltrán, Roberto. Integración Docencia-Servicio. la. -- reunión del comité de libros de texto de odontología. -- Houston, Texas. Nov. 78 p.p. 1.

Entre las orientaciones de mayor relevancia se distinguen:

- A) "Comunidad-servicio-universidad. Estas tres instancias se coordinan, permitiendo que la primera tenga una participación democrática para expresar sus necesidades -- sentidas e intervenir en la toma de decisiones, con respecto a los planes y programas de salud; la segunda tiene la capacidad de promover la participación de la población, configurar su política de servicio en consideración a aquélla. La universidad se incorpora a través del proceso de trabajo en apoyo a las tareas comunes de servicio y apoyo a la investigación.
- B) Universidad-comunidad. Puede presentarse una vincula-- ción para atender parcialmente los propósitos de la primera y las necesidades de la segunda.
- C) Servicio-Universidad. Aquí se satisfacen en buena medida los compromisos de trabajo del sector salud, ampliando la cobertura; y por parte de la universidad el cum--plimiento de requisitos académicos.
- D) Universidad. El trabajo de esta área se realiza en forma aislada sin proyectos ni mecanismos de vinculación - en la comunidad ni con instituciones responsables del - sector salud". (8)

(8) Betancourt, Armando. Integración Docencia-servicio, - experiencias de las escuelas y facultades de odontología mexicanas. II Conf. de AMFEO UDUAL. Publicado en la revista UNIVERSIDADES, Méx. Jul-Sept. 82 UDUAL. No. 20. p.p. 114-115.

JUSTIFICACION

Una de las filosofías de trabajo dentro de la ENEP-ZARAGOZA ha sido la vinculación teórico-práctica, y son los programas de Docencia-Servicio donde se cristaliza y toma forma esa premisa.

A poco más de ocho años de haberse implementado los programas de Docencia-Servicio como una estrategia en el proceso de enseñanza-aprendizaje, se presenta la necesidad de analizarlos en todos sus elementos, desde la concepción misma - del binomio docencia-servicio hasta los resultados logrados - en sus diferentes modalidades de la clínica integral, las -- prácticas de la odontología social y los modelos de servicio odontológico (IMSO).

Actualmente en México son pocos los trabajos en los que se describen y analizan el estado que guardan, los avances y los obstáculos que se han tenido en la implementación e integración de la docencia-servicio en el área odontológica en - las distintas instituciones de enseñanza superior que existen en el área metropolitana.

Esta ausencia de una evaluación sistematizada de los mismos al igual que el desconocimiento exacto de los productos - de éstos, provoca que no se les conceda la real importancia - que tienen.

Así, este trabajo tiene la firme intención de contribuir a establecer parámetros de evaluación para estudios -- posteriores y programas actualmente en ejecución, dando alternativas viables y factibles para lograr una adecuada integración de la docencia-servicio. (en adelante D-S)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo pretende conocer cómo se da la Integración Docencia-Servicio en la carrera de Cirujano Dentista entre la Universidad Nacional Autónoma de México, el Sector Salud y la comunidad en el área metropolitana, intentando detectar los elementos que toman en cuenta tanto las instituciones educativas como las de servicio y el contexto -- donde se aplican, para su elaboración, aplicación e integración y los resultados que hasta ahora han alcanzado y cómo han influido esos componentes para su desarrollo.

Para realizar la revisión se estima pertinente estructurarla bajo los siguientes considerandos:

- La conceptualización clara y precisa del término D-S.
- Los objetivos planteados por los programas.
- El contexto donde se aplican.
- Los recursos que se utilizan, tanto en calidad como en -- cantidad.
- Los papeles que desempeñan cada uno de los participantes.
- La organización y comunicación interinstitucional.

OBJETIVOS

- 1.0 Establecer un diagnóstico situacional de la forma en como se da la integración D-S en la carrera de Cirujano Dentista entre la U.N.A.M., el sector salud y la comunidad.
- 1.1 Conocer la conceptualización del término D-S.
- 1.2 Conocer los programas propuestos o que estén en ejercicio.
- 1.3 Determinar la ubicación del programa en el plan de estudios de la institución educativa.
- 1.4 Determinar la ubicación del programa dentro de los programas de atención en el sector salud.
- 1.5 Determinar la participación de la comunidad.
- 2.0 Identificar los factores o elementos que intervienen en la integración D-S.
- 2.1 Determinar como se da la coordinación interinstitucional.
- 2.2 Determinar como se da la comunicación interinstitucional.
- 2.3 Determinar la participación de la comunidad.

- 3.0 Identificar los factores que favorecen y/o limitan el proceso de integración D-S.
 - 3.1 En términos de coordinación interinstitucional.
 - 3.2 En términos de comunicación interinstitucional.
 - 3.3 En términos de participación activa de la comunidad.

- 4.0 Proponer alternativas viables y factibles que den salida a los problemas detectados en la integración D-S.

H I P O T E S I S

Los programas de Docencia-Servicio que se llevan a cabo actualmente en la carrera de Cirujano Dentista en la U.N.A.M. no permiten una adecuada integración interinstitucional.

METODOLOGIA

Para dar salida a los objetivos planteados será necesario realizar entrevistas y aplicar cuestionarios para allegarnos la información disponible sobre los programas de D-S que actualmente se llevan a cabo en la carrera de Cirujano - Dentista en la U.N.A.M. (E.N.E.P. Zaragoza; E.N.E.P. Iztacala; Facultad de Odontología). A la vez que se solicitarán documentos en los que se sustenten los programas, así como otro tipo de materiales que se han elaborado para los mismos.

Las técnicas de investigación serán dirigidas hacia conocer como se articulan las instituciones de educación superior, el sector salud y la comunidad para llevar a cabo los programas de docencia-servicio. Sería importante conocer la justificación, los objetivos, las políticas y perspectivas que estos movimientos plantean y cómo son cristalizados en los programas. Al igual conocer cuál es la conceptualización que sobre la docencia-servicio, o algún término afín se maneja.

Los instrumentos propuestos, una vez que se hayan pilotado y calibrado, serán aplicados a los responsables de los programas de D-S en las instituciones propuestas de acuerdo al cronograma de actividades.

Una vez que tengamos la información de los elementos que se tomaron en cuenta para la elaboración de los programas, pasaremos a conocer la justificación, políticas, objetivos de los programas, sus estrategias y sobre todo cómo se realiza la integración en términos de coordinación y comunicación interinstitucional y con la comunidad.

De los aspectos anteriormente señalados nos interesa saber cual es la participación de las instituciones y de la comunidad en la elaboración de los programas; cuál es su participación en términos de los recursos físicos, materiales y de personal para su ejecución; en que rubros se establece la coordinación de estos sectores. Por otro lado, conocer sistemas de información y control que se manejan en los programas, así como el grado de avance de los programas; los problemas a los cuales se han tenido que enfrentar y como los han solucionado. A partir de este cúmulo de información que se piensa obtener, hacer el análisis bajo los siguientes criterios:

- Si la conceptualización de Docencia-servicio imprime diferentes características al programa.
- Si el claro nivel de participación de las instituciones y de la comunidad producen que los programas alcancen los objetivos que se plantean.
- Si los sistemas de información, control y evaluación servirán para el mejoramiento de los programas de D-S.

- Si los programas están inmersos en las políticas de un -
sistema de salud ya sea a nivel local, regional o nacio--
nal.

Universo de Trabajo

Programas de Docencia-Servicio en la carrera de Cirujano Dentista en la U.N.A.M. (Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, ENEP-I; Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, ENEP-Z; Facultad de Odontología, F.O.).

Identificación de Variables

Variable independiente: Programas de Docencia-Servicio.

Variable dependiente: Integración entre instituciones de Educación Superior, de Salud o Servicio (sector salud) y la comunidad.

En la integración docencia-servicio entre instituciones educativas, de servicio y la comunidad identificamos tres elementos importantes:

- 1.- Coordinación Interinstitucional
- 2.- Comunicación Interinstitucional
- 3.- Participación activa de la comunidad.

Indicadores y Parámetros
Coordinación y Comunicación Interinstitucional

I.- Convenios

- 1.- Formal y por escrito.
- 2.- Publicado, vigente.
- 3.- Objetivos donde se muestre la participación de los dos sectores.
- 4.- Capítulo, Título, fracción donde se delimiten funciones y responsabilidades de cada sector en su interacción.
- 5.- Capítulo, Título, fracción donde se delimiten recursos que proporcionará cada sector en su interacción.
- 6.- Capítulo, título, fracción donde se prevean los medios de comunicación interinstitucional.
- 7.- Elementos de control y evaluación del programa con la participación de los sectores involucrados.

II.- Reglamento interno de la institución educativa.

- 8.- Capítulo, título, fracción donde se señalen las relaciones interinstitucionales.
- 9.- Programación de reuniones periódicas entre autoridades de ambas instituciones para analizar, ratificar, modificar los convenios.

Técnica para la obtención de la información.

La información sobre esta variable será captada mediante dos mecanismos que son:

- Entrevista a autoridades, mediante un interrogatorio estructurado (guía de entrevista). Preguntas 1,8,10,11,12,13,14 y 15.
- Fuentes indirectas. Revisión y captación de información existente en las instituciones en sus archivos -- (análisis de contenido) intentando detectar únicamente los elementos que anteriormente se señalaron.

Criterio de análisis

Se considerará que existe coordinación y comunicación interinstitucional cuando detectemos, mediante los procedimientos señalados, mínimamente 7 de los 9 rubros que se especifican.

Participación activa de la comunidad

I - comunidad

- 1.- Actividad de líderes o representantes de la comunidad - en el diagnóstico de sus necesidades de salud.
- 2.- Actividad de líderes o representantes de la comunidad - en la proposición e implementación de acciones para la resolución de sus necesidades de salud.
- 3.- Actividad de líderes o representantes de la comunidad - en la evaluación de los programas de D-S.

II - Instituciones de Educación

- 4.- Capítulo, título, fracción donde se prevea la participación de la institución educativa y la comunidad.
- 5.- Objetivos a corto, mediano y largo plazo en el programa de D-S para atención a la comunidad.
- 6.- Capítulo, título, fracción donde se delimiten funciones y responsabilidades de estos dos sectores en su interacción.
- 7.- Capítulo, título, fracción donde se establezcan recursos que proporcionarán en su interacción estos dos sectores.
- 8.- Programación de reuniones periódicas con la comunidad -

para analizar, ratificar, modificar los programas.

- 9.- Elementos de control y evaluación con la participación de estos dos sectores.

Técnica para la obtención de la información.

La información sobre esta variable será captada mediante dos mecanismos que son:

- Entrevista a autoridades, mediante un interrogatorio estructurado (guía de entrevista) preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15.
- Fuentes indirectas.- Revisión y captación de información existente en las instituciones educativas en sus archivos (análisis de contenido) detectando única y exclusivamente los elementos que se señalan.

Criterio de análisis

Se considerará que existe participación activa de la comunidad cuando detectemos, mediante los procedimientos señalados, mínimamente 7 de los 9 rubros que se especifican.

A continuación mencionamos los recursos que consideramos como mínimos necesarios para la realización del trabajo; exponemos nuestro cronograma de actividades y presentamos la guía de entrevista que se utilizó para la recolección de

una parte de la información. Al principio de esta última - se encuentra la carta de presentación que sirvió como introducción a dichas entrevistas.

RECURSOS.

A) Recursos humanos:

-C.D. Angel Francisco Alvarez Herrera.
Asesor

-Antonio Ch. Nakahodo Rivera.
Pasante

B) Recursos físicos:

- 1000 hojas blancas tamaño carta de 36 Kgs.	\$ 4,500.00+
- 6 lápices Mirado Número 2.....	\$ 180.00
- 1 caja de clips núm. 3 Baco c/100	\$ 120.00
- 50 folders tamaño carta.....	\$ 1,000.00
- 4 gomas de borrar núm. 3	\$ 120.00
- Tinta china negra profesional. 1 Fco.....	\$ 500.00
- 1 paquete papel calca c/100	\$ 2,000.00
- 4 libretas para notas de taquigrafía.....	\$ 800.00
- 2 paquetes de corrector para máquina c/20.....	\$ 400.00
- 1000 fichas de trabajo 5 por 8 cm.....	\$ 700.00

C) Recursos financieros:

- Proporcionados por los involucrados en el trabajo.

(+) Precios vigentes en Octubre de 1985.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TIEMPO		SEPT. 85	OCT.	NOV	DIC. 85	ENERO 86	FEB.	MAR.	ABR.	MAYO.	JUN	JUL. 86.
Elaboración y calibración de los instrumentos. Aprobación del proyecto.												
Aplicación de los instrumentos					ENEP Z.	ENEP I.	FAC. DE ODON.					
Análisis e interpretación de la información												
Obtención de resultados y publicación												

México, D. F., Enero de 1986

La presente guía de entrevista tiene la finalidad de -
recabar información acerca de los programas de Docencia Ser-
vicio que se llevan a cabo actualmente en la carrera de Ci-
rujano Dentista en la U.N.A.M.

La información obtenida será utilizada únicamente para
el trabajo de tesis recepcional de nivel licenciatura que -
realizó.

Mucho agradeceré que además de contestar la presente -
guía de entrevista se me facilite el acceso a documentos, -
convenios, planes, etc. que sustenten los programas de Do--
cencia-Servicio en su institución.

Reiterándole mi agradecimiento por la atención que se-
sirva prestar a la presente quedo de usted.

A t e n t a m e n t e

Antonio Cholley Nakahodo Rivera

GUIA DE ENTREVISTA

- 1.- ¿Cuál es la conceptualización que sobre Docencia-Servicio o un término afín manejan en su institución?
- 2.- ¿Para la ejecución de acciones de Docencia-Servicio --parten de un diagnóstico Socioepidemiológico de la comunidad donde se aplicará el programa?
No, por qué
Si.
- 3.- ¿La comunidad participa para elaborar este Diagnóstico Socioepidemiológico?
Si, en qué forma?
No, por qué?
- 4.- ¿Se realiza un Diagnóstico específico de salud bucal -- para la comunidad de su área de influencia y qué elementos toman en cuenta?
Indices -CPOD
 -ceo
 -IHOS
 -Periodontal
 -Maloclusiones
 -Neoplasias
 -Prótesis
- 5.- ¿En base a estos datos que se obtienen, se cristalizan en algún programa específico?
- 6.- ¿Está organizada la comunidad para participar en su -- programa de Docencia-Servicio (D-S) y cómo logran esta participación.
- 7.- ¿Dentro de su programa de D-S existen claramente establecidos funciones y responsabilidades, recursos, actividades que tendrá que desarrollar la comunidad?
Si
No, por qué?

9.- Pasando a otros aspectos. Dentro de sus actividades - clínicas. ¿Qué tipo de atención ofrecen?

- integral
- especialidad
- general
- demanda de población

¿tipo de población?

- espontánea
- controlada

¿tipo de campos clínicos?

- Hospital
- clínica
- otros

¿Abordaje de la población?

- individual
- familiar
- comunitario

10.- ¿Llevan a cabo actividades de campo los alumnos de licenciatura?

- educación para la salud
- prevención específica
- levantamiento de índices

En otro orden de ideas, los programas de D-S suponen - la participación conjunta de las instituciones de servicio y las de educación superior.

11.- Dentro de su programa de D-S existe algún apartado don de se señale la necesidad de tener relaciones con instituciones de servicio?

¿1.- ¿Esta institución (la carrera de Cirujano Dentista) -- tiene relaciones formales con instituciones de servicio?.

No, por qué?

Si, como se da - convenio .objetivos
 .funciones
 .recursos
 .control

- reglamento
- propuesta
- políticas regionales, nacionales o internacionales.

13.- ¿Existen reuniones periódicas entre autoridades de ambas instituciones para analizar, modificar, ratificarlos convenios.

14.- ¿Dentro de su programa de D-S existen claramente establecidos las funciones, responsabilidades, recursos, - actividades que tendrán que desarrollar ambas instituciones para la implementación del mismo?.

15.- ¿Cuáles son los principales problemas a los que se han enfrentado en la implementación de su programa de D-S?

16.- ¿Cuáles han sido las soluciones?

17.- Perspectivas de los programas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Taborga, Huáscar. Cómo hacer una tesis. Ed. Grijalbo. México 1982
- 2.- Festinger, León; Kats, Daniel. Los métodos de investigación en las ciencias sociales. Ed. Paidós. Buenos Aires 1978.
- 3.- Rojas Soriano, Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales. UNAM 1982
- 4.- Rojas Soriano, Raúl. Capitalismo y enfermedad. Folio ediciones, México 1982.
- 5.- Breilh, Jaime; Granada, Edmundo. Investigación de la salud en la sociedad. Quito Ecuador 1980.
- 6.- Vilasa, Eugenio. La evolución histórica de la práctica médica. Belo Horizonte Brasil, 1980.
- 7.- Dubos, René. El espejismo de la salud. Fondo de cultura económica. México 1975.
- 8.- Illich, Ivan. NEMESIS MEDICA. Ed. Joaquín Mortiz. México.
- 9.- Docencia investigación y servicio en la Universidad Autónoma de Santo Domingo. República Dominicana, Octubre 1978.
- 10.- Proceso I.D.S. Facultad de Odontología/ L.U.Z. Taller de docencia-servicio. República Dominicana 2-9 de octubre 1983.
- 11.- Yopez, Patricio. La integración docencia-servicio. Tema III UDUAL, II conferencia AMFEO UDUAL. Caracas Venezuela, Octubre 1982.
- 12.- Modelo de integración Docente asistencial. Universidad Católica Madre y Maestra. Rep. Dominicana 1979.
- 13.- Rodríguez, Jesús. Criterios y mecanismos para la integración Docente asistencial. Sem. Didáctica aplicada a las ciencias de la salud. CEUTES, UNAM México 1983.

- 14.- Elementos de discusión para el análisis de la integración docente asistencial. Maestría en medicina social UAM-X.
- 15.- Ferreira, José. Misión del hospital a la luz de las -- nuevas tendencias de la educación médica. Educación - médica y salud vol. 10 Núm. 2 1976.
- 16.- Beltrán, Roberto. Integración Docencia-Servicio. 1a. reunión del comité de libros de texto de odontología.- Houston Texas Nov. 78.
- 17.- Betancourt, Armando. Integración Servicio- Docencia, - Experiencias de las escuelas y facultades de odontología mexicanas. II conferencia de AMFEO UDUAL Octo. -- 1982 Publicado en Universidades UDUAL Núm. 89 Jul-Sep- 1982 pp. 110-119.
- 18.- Rodríguez, Rivera Luis. Criterios y mecanismos para - la integración docente-asistencial. La Habana Cuba. -- Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana -- 1977.
- 19.- Sánchez Pérez, Leonor. Programa de modelos de servi-- cios innovadores. Educación Odontológica No. 11 Vol. 2 pp. 22-24 Sep-Oct. 1983.
- 20.- Panza, Margarita. Enseñanza Modular. Educación Odon- tológica. vol. 1 no. 7 ENE- feb 1981 pp. 29-36.
- 21.- Torres, Rosa María. Distintos enfoques metodológicos- de la enseñanza modular. Rev. Educación odontológica.- Vol. 3 No. 3 Abril 84.
- 22.- Betancourt Linares, A. Mecanismo de integración docen- te-asistencial para comunidades marginadas en México. - Rev. Educación odontológica. Vol. 1 No. 9 Mar-Abril -- 1981 pp. 116-118.
- 23.- ¿Es la docencia-servicio una realidad? - Acta de la -- XVII reunión nacional de la AMFEO. Publicado en Educa- ción Odontológica vol. 1 No. 9.

SEGUNDA PARTE

RESULTADOS

De acuerdo a lo establecido en el protocolo de investigación la guía de entrevista propuesta se aplicó en forma - piloto dentro de ENEP-ZARAGOZA. Una vez calibrada dicha -- guía de entrevista se procedió a efectuar las entrevistas a las autoridades responsables de los programas en los tres - planteles donde se imparte la carrera de Cirujano Dentista- en la U.N.A.M. de acuerdo al cronograma de actividades.

En cada visita, además de las entrevistas, se solicita ron documentos (planes de estudio, filosofías de la institu ción, objetivos de la institución, planes, conveniso, etc.) los cuales se analizaron bajo los criterios establecidos en el protocolo de investigación.

Los resultados se presentan en los siguientes cuadros.

COORDINACION Y COMUNICACION INTERINSTITUCIONAL

I- Convenios

INDICADORES.	ENEP/Z		ENEP/I		F.O.	
	si	no	si	no	si	no
1 Formal y por escrito		X		X		X
2 Publicado, vigente		X		X		X
3 Objetivos donde se muestre la participación de los dos sectores	X			X		X
4 Capítulo, Título, fracción donde se delimiten funciones y responsabilidades de cada sector.		X		X		X
5 Capítulo, título, fracción donde se delimiten recursos que proporcionará cada sector		X		X		X
6 Capítulo, título, fracción donde se prevean los medios de comunicación interinstitucional.		X		X		X
7 Elementos de control y evaluación del programa con la participación de los dos sectores		X		X		X

II- Reglamento interno de la institución educativa.

INDICADORES	ENEP-7		ENEP-I		F.O.	
	si	no	si	no	si	no
8- Capítulo, título, - fracción donde se - señalen las relacio- nes interinstitucio- nales.	X		X			X
9- Programación de reu- niones periódicas - entre autoridades - de ambas institucio- nes para analizar, - ratificar, modifi- car convenios.		X		X		X

PARTICIPACION ACTIVA DE LA COMUNIDAD.

I- Comunidad

INDICADORES	ENEP/Z		ENEP/I		F.O.	
	si	no	si	no	si	no
1- Actividad de líderes o representantes de la comunidad en el diagnóstico de sus necesidades de salud.		X		X		X
2- Actividad de líderes o representantes de la comunidad en la proposición e implementación de acciones para la resolución de sus necesidades de salud.	X			X		X
3- Actividad de líderes o representantes de la comunidad en la evaluación de los programas de D-S-		X		X		X

II- Instituciones de educación.

INDICADORES	ENEP/Z		ENEP/I		F.O.	
	si	no	si	no	si	no
4- Capítulo, Título, fracción donde se prevea la participación de la institución educativa y la comunidad.	X		X			X
5- Objetivos a corto, mediano y largo plazo en el programa de D-S para atención a la comunidad.		X		X		X
6- Capítulo, Título, fracción donde se delimiten funciones y responsabilidades de estos dos sectores en su interacción.		X		X		X
7- Capítulo, título, fracción donde se establezcan recursos que en su interacción proporcionarán los 2 sectores.		X		X		X
8- Programación de reuniones periódicas con la comunidad para analizar, ratificar, modificar los programas de D-S		X		X		X
9- Elementos de control y evaluación con la participación de estos dos sectores.		X		X		X

DISCUSION

La integración Docencia-Servicio constituye hoy uno de los aspectos de mayor controversia en la elaboración de currículum para la formación de recursos humanos para la salud.

Como consecuencia han surgido diversidad de conceptualizaciones de integración D-S que van desde una perspectiva técnica que considera a la práctica, como un ejercicio que permite la obtención de eficiencia en un conocimiento determinado, hasta otras, que valoran la práctica como elemento esencial para transformar la realidad.

La integración D-S es un proceso que tiene como objeto fundamental coordinar las acciones y mantener una comunicación constante entre las instituciones prestadoras de servicios y formadoras de recursos, conjuntamente con la participación activa de la comunidad, con la finalidad de formar profesionistas acordes a las necesidades reales de salud del país.

La anterior conceptualización integra tres momentos importantes que son: Coordinación, Comunicación y participación activa de la comunidad.

- La coordinación.- Se refiere a la relación estableci

da a diferentes niveles entre las instituciones formadoras de recursos, prestadoras de servicio y la comunidad misma, este momento es relevante porque la integración D-S debe ser precedida por la coordinación, en las que se respete las características propias de cada una de las instituciones; esta relación permitiría el establecimiento de normas y acciones que contemplen metas comunes, así como el establecimiento de medidas que conlleven al logro de los objetivos.

— La comunicación.— Como segundo aspecto importante dentro del proceso, se refiere al intercambio de información que debe darse entre centros educativos, de servicio y la población dicha comunicación debe basarse en el interés, disposición y respeto mutuo lo que fortalecería la relación establecida y redundaría en el alcance de las metas fijadas. Cada uno de los participantes plantearía sus propias necesidades, recursos y posibles alternativas de solución, en base a esto se unificarían criterios que permitirían orientar las acciones para facilitar la solución a la problemática planteada. Esta comunicación puede darse a través de reuniones periódicas de trabajo para conocer los avances del proceso.

— Participación activa de la comunidad.— Este momento se refiere a la relación establecida entre los individuos que integran la comunidad, centros educativos y sanitario-

asistenciales a fin de que existan acciones orientadas a la satisfacción de necesidades donde a raíz de éstas identifiquen las partes su contribución y se puedan establecer los servicios requeridos; lo anterior significaría trabajar con la comunidad y no en ella.

En la II conferencia de la OFEDO-UDUAL, en 1982 el Dr. A. Betancourt nos describe las principales tendencias que han tenido las escuelas y facultades de odontología al implementar programas de D-S. Y éstas son:

1.- "Comunidad-servicio-universidad. Es una fórmula ideal de trabajo en la que se trabaja bajo la coordinación de la tríada comunidad-servicio-universidad, en donde, la primera tiene la capacidad de participación democrática para expresar sus necesidades sentidas e intervenir en la toma de decisiones, para la determinación y apoyo a los planes y programas de salud y la evaluación de los mismos; la segunda tiene la capacidad de promover la participación de la población y configurar sus políticas de servicio en consideración a aquella y la tercera (la universidad) se incorpora a través de todo el proceso de trabajo en apoyo a las tareas comunes de servicio y complementa con sus recursos para la investigación, la realización de estudios específicos.

2,- Comunidad-Universidad- es una fórmula de trabajo que ocurre bajo la vinculación directa Universidad-comuni-

dad que puede ser parcialmente útil para atender a los propósitos de la primera y a las necesidades de la segunda, pero que ofrece serias limitaciones por cuanto se refiere a - sus posibilidades de cobertura, de continuidad, y de universalidad en las formas de abordaje de los problemas, lo que finalmente puede concluir en la producción de un modelo de trabajo utópico de pocas o nulas posibilidades de reproducción.

3.- Servicio-Universidad- bajo esta fórmula se ha contribuido principalmente, a satisfacer en buena medida compromisos de trabajo del sector salud, principalmente en sus programas de servicio para obtener la ampliación de cobertura y por parte de las universidades para conseguir el cumplimiento de ciertos requisitos académicos, a la vez que para conocer el modo operativo de las instituciones de salud.

La principal desviación en que puede incurrir este modelo es el de caer en el cumplimiento de trabajo con aplicación de soluciones realmente burocráticas, con escasas aportaciones a la solución de problemas, con una pobre fundamentación científica en su conocimiento en la forma en que se produce y distribuye la enfermedad y las formas para su enfrentamiento efectivo.

4.- Universidad.- Es la fórmula de trabajo menos deseable en el que el trabajo de la universidad se produce en --

forma totalmente aislada, sin proyectos ni mecanismos de vinculación con la colectividad ni con las instituciones del -- sector salud.

5.- Curriculum.- El curriculum, que contempla el desarrollo de prácticas de acuerdo a niveles de atención, el manejo de prácticas alternativas, la integración de los contenidos clínicos, biológicos y sociales y todo aquello que -- oriente y favorezca el cumplimiento de funciones de servicio e investigación, acordes con las realidades sociales en que se inscriben deben de encontrarse con un medio propicio para establecer las relaciones político-administrativas con los -- servicios y la colectividad. De esta manera el curriculum -- puede funcionar como coadyuvador o limitante ante cualquier intento de cambio". (1)

Ahora bien, la gran mayoría de las escuelas y facultades del país que imparten la carrera de odontología dicen tener programas de Docencia-Servicio, de tal suerte, que de -- acuerdo a las tendencias de mayor relevancia que describimos anteriormente podríamos decir:

1.- "En la fórmula de trabajo ideal (comunidad-servicio -- universidad) no existe ninguna experiencia de trabajo en la cual participen las escuelas y facultades del país.

(1) Betancourt, Armando. Integración docencia-servicio, Experiencias de las escuelas y facultades de odontología -- mexicanas. II conferencia de AMFEO UDUAL Oct. 1982 p.p. 114-117.

2.- Dentro del segundo esquema universidad-comunidad - existen una serie de programas como es el caso de la experiencia de las universidades Autónoma Metropolitana, Autónoma de Nuevo León, Autónoma de Zacatecas, Autónoma de Sinaloa, Nacional Autónoma de México (ENEP-ZARAGOZA).

En las cuales se ha logrado el establecimiento de relaciones de cooperación que han permitido la apertura de servicios expansivos, la realización de investigaciones de tipo socioepidemiológico, con ayudas concretas en bienes o servicios por parte de grupos sociales específicos para hacer posibles dichos programas.

3.- Dentro del tercer esquema Servicio-Universidad no existen experiencias de trabajo integrado en lo que a pregrado se refiere, esto en parte debido a la escasa infraestructura que presenta el sector salud en materia odontológica por lo que no puede dar cabida al enorme caudal humano que se prepara en las universidades.

4.- Dentro del cuarto esquema Universidad existen escuelas y facultades de odontología del país que han optado por la implementación de clínicas de atención odontológica descentralizadas del campo universitario con una considerable asignación de recursos físicos y docentes que no han logrado articular su trabajo de acuerdo a programas de servicio y han mantenido la tendencia de orientar la prestación de servicio basada exclusivamente en la demanda, en el re--

querimiento de objetivos puramente académicos, en el desconocimiento de la morbilidad bucal y de sus factores condicionantes y en la escasa o nula participación de la comunidad en las distintas etapas del proceso.

5.- En lo que se refiere al quinto esquema curriculumse ha manifestado la tendencia positiva, de escuelas y facultades que a través de organizar su estructura curricular de manera modular, con definición más o menos precisa de las funciones de servicio e investigación han conseguido desarrollar modelos de servicio que conjugan la mayor parte de los elementos necesarios para una práctica alternativa capaz de ofrecer una mejor respuesta social" (IDEM 1).

Con los antecedentes que tenemos podemos hacer otra clasificación en tres categorías:

1.- "Aquellas escuelas o facultades que han instrumentado un modelo de servicio con relación a la simplificación de equipos y técnicas.

-Escuela de Odontología de la Universidad Autónoma de B.C.

-Escuela de Odontología del Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud del I.P.N.

-Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Coahuila.

-Carrera de Odontología de la ENEP-ZARAGOZA.

- Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Guadalajara.
- Carrera de Estomatología de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Escuela de Odontología de la Universidad Autónoma de Puebla.
- Escuela de Odontología de la Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Escuela de Odontología de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.
- Escuela de Odontología de la UNITEC
- Escuela de Odontología de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

2.- Aquellas escuelas o facultades que han instrumentado un modelo de servicio innovador con relación en la implementación de estudios patológicos, socioeconómicos y/o epidemiológicos para brindar una mejor atención a la comunidad.

- Carrera de Odontología de la ENEP-Zaragoza.
- Carrera de Estomatología de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

- Escuela de Odontología de la Universidad Autónoma de -
Puebla.
- Escuela de Odontología de la Universidad Autónoma de -
Sinaloa.
- Escuela de Odontología de la Universidad Autónoma de -
Zacatecas.

3.- Aquellas escuelas o facultades que han instrumentado un nuevo modelo de servicio sin modificar su curriculum.

- Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de -
Coahuila
- Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de -
Guadalajara
- Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de -
Nuevo León.
- Escuela de Odontología de la Universidad Autónoma de -
Puebla
- Escuela de Odontología de la UNITEC
- Escuela de Odontología de la Universidad Autónoma de -
Zacatecas". (2)

(2) Sánchez Pérez Leonor. Programa de modelos de servicios-innovadores. Rev. Educación Odontológica, vol. 2 Núm. 11 sep-oct. 83 pp. 22-25

De acuerdo a los resultados obtenidos y al realizar el análisis bajo los criterios previamente establecidos, podemos ver que existen fuertes discrepancias entre lo que se marca en el curriculum de cada institución educativa y lo que verdaderamente sucede, esto, en mayor o menor grado, en cada uno de los tres planteles donde se imparte la carrera de Cirujano Dentista en la U.N.A.M. lo cual confirma lo antes expuesto en el sentido que toman las instituciones educativas al instrumentar sus programas de D-S y por otra parte se demuestra la validez de nuestra hipótesis.

A continuación realizaremos, por separado, algunas consideraciones sobre los resultados encontrados, para en la parte final de este apartado exponer un pequeño resumen de los puntos que consideramos más importantes.

ENEP-Z y ENEP-I surgidas como producto del programa de descentralización de estudios profesionales iniciado en 1973 por la U.N.A.M. con los mismos propósitos, objetivos y metas desde su inicio tomaron caminos diferentes.

ENEP-ZARAGOZA inicia el 19 de Enero de 1976. En Agosto de 1977 los planes de estudio de varias carreras, entre ellas Odontología, se modifican y se dice:

- ¿"Cómo ampliar la cobertura sin formar más personal sin sobrecargar las actuales facultades y escuelas?
- ¿De qué manera llegar al medio rural con un profesio-

nal universitario que no está preparado ni dispuesto-
para abandonar la ciudad?

-¿Cómo incorporar a la comunidad a las tareas de salud
cuando sus necesidades vitales no han sido satisfe-
chas?.

Para éstas y otras preguntas se pretende buscar una --
respuesta a través de la Integración Docencia-Servicio en --
la que se desarrollan los postulados de la enseñanza activa
que permita al alumno ser gestor de su propio conocimiento-
a través de un sistema de enseñanza modular que en su imple
mentación busque las contradicciones fundamentales de teo--
ría-práctica-teoría que implican en su integración la ruptu
ra tecnológica científica de un país dependiente como el --
nuestro." (3)

Políticas de ENEP-Z

La integración del binomio D-S ocupa un lugar importan-
te en la institución al igual que la proyección de éste a la
comunidad, con estos dos aspectos se derivan las políticas -
institucionales contempladas en los siguientes puntos:

1.- Integración del binomio D-S.

(3) Vega Martínez Luis. Unidad I Salud y Sociedad. Paquete bibliográfico odontología social. Módulo Introductorio ENEP-ZARAGOZA U.N.A.M. 1980 pp. 4-5.

- 2.- Habilidad hacia el trabajo interdisciplinario - por parte de todo el personal (profesores y alumnos).
- 3.- Proyección hacia la población carentes de servicios de salud.
- 4.- Coordinación con otras instituciones de salud.
- 5.- Asesoramiento al educando de esta institución en su incorporación a su práctica profesional pública y/o privada.
- 6.- Captación de las experiencias logradas de la integración D-S, para la evaluación permanente, oportuna y sistematizada de los nuevos programas de estudio.
- 7.- Apoyo de las experiencias a otras instituciones educativas y de servicio.

Objetivos de ENEP-Z

Para las clínicas odontológicas integrales se han establecido los objetivos de investigación y servicio emanados de las políticas institucionales para alcanzar el máximo aprovechamiento educacional y técnico que un servicio clínico de esta índole debe tener; a continuación se mencionarán los objetivos en sus tres niveles:

1.- Objetivos de investigación

- identificar necesidades de salud en la comunidad a través de un diagnóstico de salud.
- Investigar nuevos modelos de servicio de instituciones directamente responsables de prestación de servicios de salud para una adecuada coordinación alcanzándose una mayor cobertura.

2.- Objetivos de Docencia.

- fomentar en el alumno una actitud crítica y creadora en la solución de problemas que se presenten.
- concientizar en el alumno la proyección a la comunidad para conocer el nivel de salud de la población.

3.- Objetivos de servicio

- conservar y manejar las características del servicio clínico con el propósito de que éste cumpla con los objetivos institucionales.
- obligatoriedad para el trabajo práctico interdisciplinario e interprofesional.
- Conocimiento del proceso administrativo aplicado como ejemplo normativo para las futuras acciones, del personal docente. (4)

(4) Barona Cárdenas J. Unidad de principios básicos en la administración clínica Departamento de Odontología integral. ENEP-ZARAGOZA U.N.A.M. 1979 p.p. 19-21.

Al observar las políticas y objetivos que se marcan en ENEP-ZARAGOZA podemos darnos cuenta de la gran importancia que tiene la integración Docencia-Servicio como una estrategia para abordar la relación teoría-práctica dentro de un proceso de enseñanza aprendizaje tomando como eje integrador a la investigación. Ahora bien, al compararlos con los resultados obtenidos en la breve investigación realizada podemos darnos cuenta la falta de coincidencia entre lo que se dice en teoría y lo que verdaderamente pasa en la práctica.

En la Integración D-S se identifican tres momentos importantes que son:

Coordinación interinstitucional

Comunicación interinstitucional

Participación activa de la comunidad.

En ENEP-Z de acuerdo a los indicadores y parámetros que marcamos NO podemos decir que exista estas tres instancias en forma adecuada; instancias indispensables para la existencia de una verdadera integración D-S.

En cuanto a coordinación y comunicación interinstitucional, es decir con el sector salud, existen algunos convenios que se dan en forma aislada, que no reúnen los requisitos que marcamos en el protocolo de investigación; Condicio

nes que consideramos como mínimas necesarias para un trabajo interinstitucional verdadero, serio y en equipo.

Muchos de los intentos de coordinación con el sector - salud únicamente se dan en forma verbal y a iniciativa de - los responsables de cada clínica multidisciplinaria e IMSOS sin que se llegue a la firma formal de un convenio; esto ha ce que no se pueda planear a mediano y largo plazo viviendo únicamente en el presente con sus respectivas consecuencias.

Cabe hacer mención que en diferentes momentos históricos de la escuela se han realizado intentos importantes para lograr una verdadera coordinación interinstitucional; -- sin embargo por múltiples problemas presentados tanto inter nos como externos dichos intentos han fracasado, sentando - malos precedentes para posteriores acercamientos.

En cuanto a la participación activa de la comunidad po demos decir que ésta no existe entendida como "la acción -- consciente, organizada, democrática y por medio de la cual - la comunidad reconoce y manifiesta sus necesidades y tiene - una intervención efectiva para alcanzar objetivos y metas - que tengan como finalidad la transformación social y lograr mejores condiciones de vida". (5)

(5) Escalante, Leyva, Martínez, Montesinos. La participa-- ción de la comunidad en los servicios de salud. Tesis - de maestría en salud pública. E.S.P.M. S.S.A. Oct - - 1983 p.p. 129-135.

Es muy claro que la comunidad, en la gran mayoría de los casos, ha sido tomada como objeto de estudio y como medio para alcanzar objetivos de tipo académico.

Los estudios epidemiológicos que se han realizado no tienen el seguimiento adecuado por lo que pierden gran parte de su valor; los criterios que se utilizan varían de clínica en clínica, de IMSO a IMSO y cada año por lo que si se quisieran conjuntar y formar un estudio general de toda la población del área de influencia de ENEP-Z no se podría hacer, lo que demuestra la falta de una estrategia general y la falta de unificación de criterios.

En cuanto a los estudios de tipo social éstos son prácticamente nulos y los criterios utilizados varían aún más, ocasionando el desconocimiento casi total de aspectos sociales muy importantes si se quiere ver al individuo como un ente social, como un ente integral, como un ente biopsicosocial.

A la comunidad en ningún momento se le tomó en cuenta para la creación de los programas de D-S y no se le toma en cuenta para realizar evaluaciones, lo cual sería muy importante si verdaderamente se quieren corregir errores.

Es muy frecuente encontrar gente que viviendo a escasas 4 ó 5 cuadras de la ubicación de una clínica multidisciplinaria o de un IMSO desconozca en forma parcial o total los servicios que se prestan.

Los escasos intentos que se han realizado para tratar- de acercarse a la comunidad y acercar la comunidad a la escuela han sido faltos de fuerza, se han realizado en forma- aislada, sin una debida planeación y un debido seguimiento, lo que ha creado que no tengan el impacto deseado en la co- munidad propiciando la pérdida de credibilidad, aspecto muy importante en este tipo de programas.

Al realizar las entrevistas es evidente la falta de -- unificación de criterios, aún en aspectos tan generales co- mo la conceptualización del término "Docencia-Servicio"; es clara la falta de una estrategia general, que debería ser-- vir como norma para instrumentar los programas de D-S en to- das y cada una de las clínicas multidisciplinarias e IMSO5-- adaptándolas a las características propias de cada lugar; - es clara la falta de una real y objetiva investigación, as- pecto que cobra aún mayor importancia en ENEP-2 debido a -- que ésta es considerada como eje integrador de todo el pro- ceso D-S.

ENEP-IZTACALA inició sus labores en marzo de 1975 con- los planes de estudio vigentes en las escuelas y facultades de la U.N.A.M., entre ellas la facultad de Odontología, sus principales objetivos son:

- Impartir educación superior a nivel de licenciatura en las carreras de Biólogo, Cirujano Dentista, Médi- co Cirujano, licenciado en Psicología y enfermería-

a nivel técnico, interactuando con instituciones públicas o privadas y con instituciones responsables de la atención a la salud que operan en su zona geográfica.

- Actualizar profesionales y personal académico, formar especialistas, profesores e investigadores que contribuyan a la solución de problemas y necesidades del área de la salud. (6)

Al inicio de labores se formaron comisiones académicas, encargadas de analizar la vigencia de los planes de estudio, análisis que permitió en 1978 realizar cambios metodológicos en el curriculum de la carrera de Cirujano Dentista sobre todo en materias del área biomédica.

En forma sintética, se pueden describir de la siguiente manera los cambios curriculares ocurridos en la carrera de Cirujano Dentista en ENEP-IZTACALA:

- 1.- Formulación de planes modulares, abandonando el tradicional sistema de asignaturas.
- 2.- Integración de contenidos con base en objetivos de tipo general determinados por la naturaleza de la investigación y la práctica profesional.

(6) U.N.A.M. Secretaría General Administrativa. Dirección General de Estudios Administrativos. Manual de Organización. 1982 p.p. 55-62.

- 3.- Especificación de objetivos profesionales explícitos con base en el análisis de las necesidades y condiciones socioeconómicas del país.
- 4.- Diversificación de las situaciones de enseñanza y los procedimientos de evaluación.
- 5.- Vinculación de la enseñanza teórica con la práctica desde los inicios de los estudios. (7)

En ENEP-I podemos observar un fenómeno parecido al descrito en ENEP/2, es decir, en teoría se dice una cosa y en la práctica sucede otra muy distinta.

En ENEP-I se pretende "estructurar la vida académica - universitaria con una visión de servicio a la comunidad que permita acercar a los nuevos profesionales de la salud con una realidad nacional, procurando que sus conocimientos y destrezas sean acordes a las necesidades específicas de la población".

"Desde los mismos planes de estudio hasta las prácticas clínicas de las distintas carreras, se busca el vínculo estudio, servicio y atención de primer nivel". (8)

- (7) U.N.A.M. Dirección General de Publicaciones. Las facultades y escuelas de la UNAM. 1929-1979. Vol. III Tomo I. 1979.
- (8) U.N.A.M. ENEP-IZTACALA Folleto de Organización Académica ENEP. IZTACALA 1982-83. p. 14

Como podemos observar en esta institución la filosofía y las políticas generales cambian, por lo tanto el enfoque, estrategias, programas para abordar la problemática también cambian.

En esta institución se maneja otra conceptualización de lo que es Docencia-Servicio, por lo que también cambia la conceptualización de Integración Docencia-Servicio.

En esta escuela la primera prioridad es la Docencia y la Investigación dejando en un segundo término aspectos de servicio a la comunidad y de coordinación interinstitucional. Aquí cabe preguntarse...

-¿Cuál es la idea o perfil del profesionalista que intentan formar?

-¿Cuáles son los lineamientos o las bases sobre las cuales realizan investigación?

Y lo más importante.

-¿Si la docencia y la investigación que realizan es acorde a las necesidades reales de la población en un momento histórico determinado?

.....Preguntas que no resolveremos puesto que salen de los objetivos del trabajo.

En esta escuela el plan de estudios para la carrera de Cirujano Dentista es "semimodular"; es decir, los cambios metodológicos en el curriculum se dieron únicamente en mate

rias del área biomédica (Biología Humana) quedando las materias del área odontológica en forma tradicional. Esto tiene como consecuencia un gran desconcierto entre los alumnos y aún entre los profesores.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, en la carrera de Cirujano Dentista en ENEP-I no se han dado intentos formales ni existen planes para coordinarse con el sector salud y la comunidad para llevar a cabo programas de D-S.

Dentro de las estrategias marcadas no se le da importancia a estos aspectos renunciando por completo a todos los beneficios que se tendrían al trabajar en forma conjunta y coordinada con instituciones del sector salud y la comunidad.

Es interesante mencionar que además de las ocho clínicas odontológicas con que cuenta la escuela para que los alumnos de la carrera de Cirujano Dentista realicen funciones de D-S la escuela cuenta con un sistema de clínicas, tres en total, que tienen políticas de práctica interdisciplinaria y de servicio social; estas "Clínicas Universitarias de Salud Integral" (CUSI) forman parte del sistema de salud de la región interactuando con el IMSS, SSA, DDF, con el sistema preescolar y escolar de Tlalnepantla, el DIF del estado de México y la SEP. Sin embargo, por causas que no pude comprender del todo, alumnos de la carrera de Cirujano Dentista no realizan acciones de D-S en dichas clínicas.

También es interesante mencionar que, a iniciativa de los responsables de cada clínica odontológica, se dan en forma aislada convenios "interinstitucionales" y se trata de tener relaciones con la comunidad para realizar acciones de D-S. Dichos intentos debido a que se dan en forma verbal y son totalmente informales no han tenido el éxito esperado.

La facultad de Odontología, la institución con la mayor antigüedad en México impartiendo la carrera de Cirujano Dentista ha tenido grandes transformaciones en su currículum a través de su historia en un intento de adaptarse a los rápidos cambios del país, esto ha hecho que el perfil de sus egresados sea un poco más acorde a la realidad nacional; sin embargo, en múltiples ocasiones se le han marcado sus defectos sin que hasta el momento se den cambios de fondo, cambios de trascendencia.

En la Facultad de Odontología (F.O.) se dice:

"Objetivo: formar profesionistas, profesores e investigadores en las diversas ramas de la Odontología a efecto de investigar, prevenir, o atender los problemas de salud buccodental de la población mexicana.

Funciones:

— Impartir la enseñanza profesional teórica y práctica para la formación de cirujanos dentistas.

- Actualizar a sus egresados de nivel profesional a través de cursos de especialización.
- Mantener actualizada, integrada y coordinada la función docente de acuerdo a las necesidades y características del país, los medios de enseñanza más avanzados y los resultados del desarrollo científico y técnico de la Odontología.
- Realizar investigaciones de carácter clínico de los enfermos atendidos en los servicios asistenciales que presta la F.O.
- Realizar estudios sobre las condiciones bucodentales, su relación con el medio ambiente, socioeconómico y cultural que incide en la salud de la población.
- Realizar investigaciones sobre la utilización de materiales dentales más adecuados en el tratamiento y prevención de las enfermedades bucodentales.
- Llevar a cabo estudios sobre las enfermedades más importantes que afectan a la población mexicana, su detección, prevención y curación.
- Realizar campañas a través de los medios masivos de comunicación, eventos y publicaciones que eleven el nivel cultural de la población en la prevención y tratamiento de enfermedades bucodentales, así como la importancia de la salud en este aspecto y su influencia en otro tipo de enfermedades.

Proporcionar servicios médicos bucodentales a través de las clínicas periféricas a efecto de obtener la formación práctica de los alumnos y atender al público en general." (9)

De acuerdo a los resultados obtenidos en base a las entrevistas realizadas y al análisis de algunos documentos podemos confirmar la ausencia de una auténtica integración D-S, aspecto que es bien conocido.

Cabe mencionar que, en algunas de las 12 clínicas periféricas de la facultad, a iniciativa de sus responsables, se tienen relaciones informales con instituciones del sector salud de su área geográfica. Relaciones que permiten coordinarse en algunos aspectos para el mejor tratamiento y prevención de la comunidad.

Un aspecto interesante es el hecho de haberse encontrado con un desconocimiento parcial, y a veces total, de los aspectos que se manejaban en la guía de entrevista. Esto por algunos de los entrevistados, situación que tal vez se deba al tipo de filosofía y políticas que se manejan en la institución.

(9) U.N.A.M. Secretaría general administrativa. Manual de Organización. Dirección general de estudios administrativos. 1982 p.p. 172-179.

En el proceso de Integración Docencia-Servicio las mayores aproximaciones y esfuerzos los han realizado las instituciones educativas permaneciendo las instituciones de -- servicio o de salud en plan receptivo, aceptando en algunas ocasiones y rechazando en otras los intentos de coordina- -- ción interinstitucional para lograr un adecuado trabajo en equipo.

Al hacer un breve análisis de algunos documentos del - sector salud podemos darnos cuenta del interés y la impor- -- tancia que se le da al trabajo interinstitucional y con la comunidad; esto por lo menos a nivel documentos y teórico.

En el documento de trabajo "Hacia un Sistema Nacional de Salud" que presentó el Dr. Guillermo Soberón en 1982 y - publicado por la presidencia de la República se dice:

"Los programas de salud pierden fuerza, tienen limitada permanencia y no producen impacto en el nivel de salud - si no cuentan con la participación activa de la comunidad. - Este rubro de las relaciones de los usuarios con los servicios es de especial trascendencia para los sistemas de aten- -- ción a la salud". (10)

En este mismo documento en la segunda parte marcado co- -- mo el quinto objetivo se tiene: "impulsar el desarrollo de-

(10) Soberón Acevedo, Guillermo. "Hacia un Sistema Nacional de Salud" Presidencia de la República. Coordinación - de los Servicios de Salud. México, 1982. p.p. 151.

los recursos humanos para mejorar la prestación de los servicios de salud.

Estrategias:

- Impulsar la coordinación entre las instituciones aplicativas y las educativas para formar y capacitar recursos humanos para la salud, facilitando el "entrenamiento en servicio".
- Cooperar con las instituciones educativas en el establecimiento de mecanismos para el diseño de los planes de estudio, de los programas institucionales y de la metodología educativa para la formación del personal."

(11)

A partir de este documento se genera una larga lista de decretos y de acuerdos que sirvieron como marco de referencia para que en Febrero de 1984 se diera a conocer la Ley General de Salud, Fundamento legal para la instauración de un Sistema Nacional de Salud.

En todos estos documentos se señala, en forma directa o indirecta, la voluntad que existe por parte de las instituciones de salud para sumar esfuerzos con las instituciones educativas con objeto de formar los recursos necesarios y acordes a las necesidades del país.

(11) Soberón Acevedo, G. "Hacia un Sistema Nacional de Salud". Presidencia de la República. México 1982 p.173.

En un plano práctico existen proyectos y/o programas -- aislados de Integración Docencia-Servicio que se han realizado en diferentes dependencias del Sector Salud y en diferentes Estados de la República Mexicana, cuyos resultados -- no se conocen en forma precisa, estos esfuerzos son evidencia de preocupación en la solución de la problemática ya -- planteada.

Docencia-Servicio cobra una trascendental importancia -- ya que plantea una redefinición de la participación de las -- instituciones formadoras de recursos para la salud, prestadoras de servicio y de la comunidad.

Bajo esta perspectiva podemos ver que la responsabilidad de la integración D-S será siempre compartida entre los elementos que participan en el proceso, como son los centros formadores de recursos, las prestadoras de servicios y la comunidad.

Se hace necesario enfatizar las siguientes ventajas -- que se obtendrían en el proceso:

- En primer lugar que la comunidad se responsabilice de su salud y desarrollo planteando sus programas y/o modelos de salud, marcando el tipo de profesional y servicio que necesita.
- Con el proceso antes mencionado se obtendrá la formación de un profesional con una visión real y a futuro, capacitado para integrarse como miembro activo del equipo de --

salud que le permitan desarrollar acciones por la comuni-
dad requeridas; al estudiante desde sus primeros años de
formación se le despertaría el sentido de responsabili-
dad e interés por el estudio y la investigación, cuya --
planeación, selección y desarrollo quede a cargo, bajo -
la supervisión y orientación adecuada del docente, favo-
reciendo la vinculación entre la teoría y la práctica, -
lo que permitiría al alumno a través de situaciones rea-
les desarrollar habilidades y destrezas tanto físicas co
mo intelectuales.

- La integración D-S pretende alcanzar de igual forma que-
el personal docente logre su superación profesional, - -
científica y tecnológica proyectando una enseñanza satis
factoria y productiva.
- Las instituciones prestadoras de servicio podrían ampliar
su cobertura sin grandes incrementos en sus presupuestos,
aspecto muy importante dadas las actuales condiciones eco
nómicas y el rápido crecimiento poblacional; su personal-
obtendría oportunidad de desarrollo profesional, partici-
paría más activamente con la comunidad y establecería una
comunicación adecuada con el personal docente, alumnos y-
demás miembros del equipo de salud, contribuyendo todo es
to al mejoramiento del servicio elevando la calidad de la
atención estomatológica.

Los resultados de esta investigación pueden resumirse -

de la siguiente manera:

- 1.- Se encontró una falta total de unificación de criterios desde la conceptualización de Integración Docencia-Servicio hasta sus propósitos, ventajas, características y elementos.
- 2.- La Integración Docencia-Servicio se da únicamente a través de coordinación quedando a nivel administrativo y -decisorio, es decir, solicitud y aceptación de campos -de práctica, estudios de campos clínicos, etc.
- 3.- La comunicación preliminar que se establece no siempre es formal, quedando en igual nivel que la coordinación -sin que todo el personal involucrado en el proceso tenga conocimiento del tipo de programa, limitando toda --participación en el mismo.
- 4.- En cuanto a la participación de la comunidad, ésta se -observa permaneciendo receptiva y renuente cuando se intenta trabajar con ella, ya que siempre ha sido tomada -como objeto de estudio.
- 5.- En cuanto al sector salud su actitud la podríamos cali-ficar de receptiva. Han realizado algunos proyectos --y/o programas de Integración Docencia-Servicio que han-sido aislados, no han trascendido y no han fructificado en forma adecuada.

Los hechos anteriores explican la desvinculación de las

instituciones educativas, de servicio y la comunidad, dando como resultado profesionales acríticos incapaces de transformar la realidad y a sí mismos. En los servicios la tecnología existente y el recurso preparado no se aprovecha en su totalidad generando pérdidas económicas y de esfuerzo; - en lo que se refiere a la comunidad no se le hace partícipe de la solución de sus problemas, marginándola y favoreciendo el desinterés por su salud.

CONCLUSIONES

En base al análisis realizado sobre los resultados obtenidos en la investigación podemos decir que:

- 1.- Nuestra hipótesis resultó cierta. Los programas de Docencia-Servicio que se llevan a cabo actualmente en la carrera de Cirujano Dentista en la U.N.A.M. no permiten una adecuada integración Docencia-Servicio.
- 2.- La integración Docencia-Servicio se da únicamente a través de coordinación quedando a nivel administrativo y decisorio, es decir, solicitud y aceptación de campos de práctica, estudios de campos clínicos, etc.
- 3.- No existe entre las instituciones una conceptualización unificada de la integración Docencia-Servicio así como sus propósitos, ventajas, características y elementos involucrados, lo que limita la participación activa de los grupos y su organización interna multi e interinstitucional en la consecución de metas comunes.
- 4.- La deficiente coordinación y comunicación que existe entre Instituciones de Servicio, Formadoras de recursos y la comunidad limitan el logro de los objetivos propios de cada sector.

- 5.- Durante el desarrollo del proceso Integración Docencia Servicio, se ha visto marginada la participación de la comunidad como elemento capaz de interactuar en la resolución de sus problemas de salud.
- 6.- Los objetivos del proceso Enseñanza-Aprendizaje no están en función de las necesidades de la comunidad, repercutiendo en la formación profesional del alumno.
- 7.- Las mayores aproximaciones y esfuerzos para lograr una verdadera Integración Docencia-Servicio los han hecho las instituciones Educativas, adoptando las instituciones de Servicio un papel pasivo.
- 8.- Una verdadera integración Docencia-Servicio involucra en igualdad de circunstancias a los Centros Educativos, de Salud y a la Comunidad.
- 9.- El logro de la Integración Docencia-Servicio, requiere del compromiso, la responsabilidad de todos y cada uno de los integrantes de los sectores involucrados.
- 10.- La Integración Docencia-Servicio tiene aspectos importantes que ofrecer como una alternativa de solución a la problemática presentada en la odontología por lo que vale la pena ensayarla, evaluarla y en base a esto retroalimentar el proceso, teniendo en mente que los beneficios serán siempre para la sociedad en su conjunto.

PROPUESTA Y/O RECOMENDACIONES

Como primer punto queremos hacer algunas consideraciones en cuanto al trabajo en sí.

- Existe en el país escasa información sobre la evolución y conflictos de la Integración Docencia-Servicio en el área Odontológica, lo cual hace necesario impulsar estudios que permitan una mejor comprensión de los mismos.
- Se encontraron diversos enfoques de la Integración- Docencia-Servicio en cuanto a conceptos, objetivos, ventajas y formas de abordar el proceso, lo cual ha ce necesario la unificación de criterios.
- Debido a lo anterior, si se quieren realizar estudios utilizando los indicadores que planteamos, éstos tendrán que ser valorados previamente.
- Queremos insistir, al igual que al principio, en -- que el presente trabajo trata sólo un aspecto parti cular de toda una realidad compleja. Aspecto parti cular que requerirá del constante enriquecimiento y de una cuidadosa y más elaborada interpretación.

En cuanto a la Integración Docencia-Servicio creemos - que las Instituciones de Educación Superior, que han sido - las que han realizado los mayores esfuerzos, deben redoblar éstos y sobre todo EVALUAR en forma real y objetiva sus programas para que en base a esto afinen y realicen los cambios necesarios.

En cuanto a las instituciones del sector salud creemos que si verdaderamente quieren cumplir con su papel, deben - adecuar políticas, estrategias y recursos a las necesidades reales de la población.

Cierto es que, no fácilmente se cambian las actitudes-educativas, profesionales y estatales, puesto que éstas obedecen en esencia a la estructura de sus propios fines vitales. Sin embargo, dadas las necesidades cada vez crecientes tanto de las instituciones de Servicio como de las instituciones Educativas y sobre todo las necesidades de una población mayoritaria que requiere ser atendida llevará, seguramente, a la toma de medidas.

Por último, transcribiremos algunas ideas y conceptos- que sobre la participación de la comunidad en programas de salud se manejan en un estudio realizado por alumnos de - Maestría de la Escuela de Salud Pública de México:

"Para que la participación activa de la comunidad se logre, debe llevar implícitas características propias como son las de ser:

- a.- Activa - cuando la población participa en todas sus etapas y formas.
- b.- Consistente - cuando se ha enterado a fondo de su problemática las traduce en necesidades sentidas y trabajadas para solucionarlas.
- c.- Responsable - cuando se compromete y decide proceder con pleno conocimiento de sus efectos y obligaciones.
- d.- Deliberada - cuando expresa su libre voluntad.
- e.- Organizada - cuando percibe la necesidad de aunar esfuerzos para lograr el objetivo común.
- f.- Sostenida - cuando actúa en forma conjunta y permanente para resolver los diferentes problemas de su comunidad". (idem 5)

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Rodríguez Rivera, Luis. Criterios y mecanismos para la Integración Docente-Asistencial. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Cuba 1977
- 2.- U.A.M. Xochimilco. Proyecto Docente Asistencial en salud familiar. U.A.M. s/f.
- 3.- Salamanca Toruño, Fabio. Relación entre Instituciones formadoras e Instituciones prestadoras de Servicio en Salud. Modelos de Integración Docente-Asistencial en América Latina. en Rev. Universidades-UDUAL. Núm. 95 - año XXIV Enero-Marzo 1984 p.p. 66-73
- 4.- Haslam Pineda y Soto Vasquez. Plan de acción para la Integración Docente-Asistencial. Tema III. Comisión Técnica de Docencia-Servicio. Universidad Central del Este San Pedro Macoris. República Dominicana. OFEDO/UDUAL Octubre 1983
- 5.- Universidad Católica Madre y Maestra. Modelo de Integración Docente-Asistencial. Santiago, República Dominicana. Enero 1979.
- 6.- Soberón, Guillermo y Laguna, José. Papel prospectivo de las Universidades en la Formación de recursos humanos para la salud. Tema I de la IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. La-Habana Cuba Feb-1976 p.p. 73-87.
- 7.- Ocampo Martínez, Joaquín. El papel del docente en el Sistema de Enseñanza Modular de la Medicina. en Revista Perfiles Educativos Núm. 4 CISE. UNAM. Ene-Feb-Mar 84 p.p. 3-13.

- 8.- Santas, A. Programa de Enseñanza de Medicina de la Comunidad. Documento DE/MC 3 Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina. Bogota Colombia Jun-73.
- 9.- UDUAL. La integración de la enseñanza con los servicios Médicos y de Salud Pública. Estudios Nacionales y Regionales para la realización de este propósito. Tema II de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina. Maracaibo Venezuela Nov-1971.
- 10.- Montes Campuzano, Victor. Docencia-Asistencia Odontológica en la República de Colombia. ed. mimeo. Bogotá Colombia s/f.
- 11.- Beltrán, Roberto. Integración Docente-Asistencial. Primera reunión del Comité del Programa de Libros de Texto en Odontología. Houston Texas, Nov-1978.
- 12.- Universidad de Zulia. El proceso de Integración Docencia-Servicio. Facultad de Odontología/ L.U.Z. República Dominicana, Octubre-1983.
- 13.- FOCAP. Informe final de las comisiones conjuntas de Educación y Salud Pública. XIX Congreso FOCAP. Guatemala, Marzo-1983.
- 14.- López Ruiz, Martha. La integración Docencia-Servicio. Reunión de la Comisión Técnica sobre Docencia-Servicio. OFEDO-UDUAL. República Dominicana Oct-1983.
- 15.- UDUAL. Criterios y mecanismos para la Integración Docente-Asistencial Tema III de la X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. República Dominicana. Nov-1977.
- 16.- Yepez, Patricio. La integración Docencia-Servicio Tema III de la II Conferencia de Facultades y Escuelas de Odontología de América Latina. UDUAL. Caracas Venezuela Octubre-1982.

- 17.- Ferreira, José. Misión del Hospital a la luz de las -- Nuevas tendencias de la Educación Médica. en Educación Médica y Salud Vol. 10, Núm. 2 1976 p.p. 10-22.
- 18.- Betancourt, Armando. Integración Servicio-Docencia, Experiencia de las Escuelas y Facultades de Odontología - Mexicanas. II Conferencia OFEDO-UDUAL Oct-82 publicado en revista Universidades-UDUAL Núm. 89 Jul-Sep 1982 p.- p. 110-119.
- 19.- U.A.M. Xochimilco Elementos de discusión para el análisis de la Integración Docente Asistencial. Maestría en Medicina Social UAM-X México s/f.
- 20.- A.N.U.I.E.S. Plan Nacional de Educación Superior. Lineamientos Generales para el periodo 1981-91. S.E.P. - México 1981. p.p. 157-180.
- 21.- Escalante, Leyva, Martínez. La participación de la Comunidad en los Servicios de Salud. Tesis Maestría. -- E.S.P.M. S.S.A. México Oct-1983 p.p. 5-28, 99-123.
- 22.- Venegas Aguirre, Martha. La práctica de la Estomatología en México. Análisis de su Función Social. Tesis -- Maestría. U.A.M. Xochimilco México 1982 p.p. 1-40, - 79-115, 320-345.
- 23.- Vega Martínez, Luis. Análisis del Proceso de innovación Odontológica en el contexto del capitalismo dependiente. Tesis Maestría. U.A.M. Xochimilco. México -- 1982 p.p. 1-30, 190-215.
- 24.- Sánchez y Castillo, Joaquín. El desempleo Profesional, un problema odontológico. en Educación Odontológica -- Núm. 3 Mayo-Junio 1980 p.p. 23-25.
- 25.- Mondragón, Lilia y López Cámara, Víctor. Consideraciones sobre la práctica odontológica en México. en Práctica Odontológica Vol. I Núm. 5 Jul-Agos 1980 p.p. 22-27.

- 26.- Dentro de diez años 100,000 odontólogos Mexicanos. En-
Práctica Odontológica. Vol. I Núm. 4 Mayo-Junio - -
1980 p.p. 50-55.
- 27.- Escarza Mestas, M. La salud bucal del mexicano en ci-
fras. en Práctica Odontológica Vol. V Núm. 1 Feb- -
1984 p.p. 27-28.
- 28.- Araujo Contreras, Tiburcio. Organización de Recursos-
para la salud Estomatológica en las Universidades. en-
Práctica Odontológica vol. V Núm. 9 Oct-1984 pp. 29-34
- 29.- Panzsa, Margarita. Enseñanza Modular. en Práctica - -
Odontológica, Vol. II núm. 1 Enero-Feb 1981 p.p.29-36
- 30.- Betancourt Linares, Armando. Mecanismos de Integra- -
ción-Docente-Asistencial para comunidades marginadas -
en México. en Práctica Odontológica Vol. II núm. 2 --
Mar-Abr 1981. p.p. 116-118.
- 31.- Sánchez Pérez, Leonor. Programa de modelos de Servi--
cio Innovadores. en Educación Odontológica Vol. II --
núm. 11 Sep-Oct 1983. p.p. 22-24.
- 32.- U.N.A.M. Estatuto General de la UNAM. Dirección Gene-
ral de Estudios y Proyectos Legislativos. México s/f-
pp. 9, 15, 18.
- 33.- U.N.A.M. Manual de organización 1982. Secretaría Gene-
ral Administrativa. México 1982 p.p. 242-249, 328-331
344-352.
- 34.- U.N.A.M. Las Facultades y Escuelas de la UNAM 1929-79
Vol. III, Tomo I, México 1979 p.p. 76-81, 145-151, --
162-169.
- 35.- E.N.E.P. ZARAGOZA. Plan de Estudios de la Carrera de-
Cirujano Dentista. División Ciencias de la Salud. - -
ENEP/Z UNAM. México 1978

- 36.- Vega Martínez, Luis. Salud y Sociedad. Paquete bibliográfico, Unidad I Módulo Introdutorio. Odontología - Social. ENEP/Z UNAM. México 1979.
- 37.- Barona Cárdenas, Jorge. Unidad de Principios Básicos en la Administración Clínica. Departamento de Odontología Integral. Sección de Atención Odontológica Primaria. ENEP/Z UNAM. México 1979 p.p. 8-34.
- 38.- E.N.E.P. IZTACALA. Folleto de Organización Académica- ENEP/I UNAM 1984 p.p. 113-159.