

La escolarización de la odontología en Antioquia: bosquejo histórico*

Alberto Arango Botero**

Preámbulo

La Facultad de Odontología celebra este año sus bodas de oro, el día 21 de marzo. Para el efecto ha venido desarrollando algunas actividades previas, que sirvan de marco de aproximación a la conmemoración histórica.

Estimulado por esta celebración se aporta a la edición especial de la Revista de la institución, esta síntesis histórica tomada del trabajo llevado a cabo por el doctor Carlos Payares González, el autor de este resumen.

Sin embargo, es importante señalar, como lo hemos hecho en la obra mencionada, que en realidad la Facultad se origina en la Escuela de Odontología fundada en 1938, por lo cual el año 91 corresponde a los 53 años de vida institucional. Hace cincuenta años, en 1941, la Escuela adquirió la jerarquía de Facultad, lo cual no ha representado un cambio cualitativo de su marco conceptual o de su desarrollo académico. Esas mutaciones se iniciaron, fundamentalmente, a partir de 1950.

De todas maneras valga esta oportunidad para ofrecer este resumen socio-histórico como un positivo aporte al evento que se celebra el próximo mes de marzo.

Federico Martínez C., tiene el mérito de ser tal vez el primer maestro de odontología en el presente siglo. En mayo 29 de 1901 le ofrecía a sus colegas antioqueños "un curso para la enseñanza de algunos procedimientos poco conocidos aquí. Entre éstos figuran en primer término las cajas de platino con encías continuas, coronas de oro y de plata, sistemas Hollingsworth, preparación de materiales, metalurgia, etc. Las lecciones que serán teórico-prácticas, se darán todos los días de las 7 a la 10 p.m., en su casa de habitación situada en el extremo occidental de la calle Bolivia".

Sin embargo, el primer intento formal de escolarización sólo ocurrió en 1918-1919 con la fundación y puesta en funcionamiento del Colegio Dental de Medellín. Participaron en esta empresa los cirujanos-dentistas Abel Uribe Jaramillo, Alejandro Botero Mejía, Federico Martínez

* Este artículo sintetiza los capítulos 6, 7 y 11 del libro *Consideraciones socio-históricas de la odontología en Colombia y Antioquia: Siglo XX* escrito por Carlos Payares González y Alberto Arango Botero y editado el 16 de diciembre de 1990.

** Profesor Ad Honorem. Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia.

C., José Fernández Restrepo, Antonio José Pérez, Ramón Lince Pinillos y Luciano Gómez Quintero; así mismo, los médicos Gil J. Gil, Gabriel Toro Villa, Alfonso Castro y Emilio Jaramillo. El único director del Colegio fue Abel Uribe Jaramillo quien se desempeñó en ese cargo hasta 1927, año en que fue clausurado.

El Colegio Dental obtuvo autorización para expedir títulos de cirujano-dentista con la resolución No. 54 de 1919 suscrita por el entonces ministro de Instrucción Pública, Miguel Abadía Méndez. Inició labores con once profesores y doce alumnos, aparte del personal administrativo indispensable. Su principal fuente de ingresos era un auxilio de \$200 mensuales donados por la Asamblea Departamental. Ni el director, ni los catedráticos devengaron sueldo alguno. El Colegio también recibía ingresos del municipio de Medellín debido a un contrato que establecía una clínica dental para atender gratuitamente a niños pobres.

Tuvo que cerrar sus puertas por la escasez de alumnos y la falta de financiación. Lo primero se explica porque no había una restricción legal que impidiera el autoaprendizaje de la dentistería; lo segundo, porque el Gobierno Nacional objetó los auxilios oficiales a los establecimientos privados y provinciales. Esta última circunstancia fue justificada por Germán Arciniegas en un artículo publicado en la revista *Universidad*, de la cual era su director, y reproducido por el periódico *El Correo de Colombia* en diciembre 12 de 1927. De esta situación también puede desprenderse que existió un intento frustrado de convertir en Escuela anexa a la Universidad de Antioquia al Colegio antes de ser clausurado.

Pasaron cinco años para que fuera creada la Escuela Dental de Medellín (primera fase), adscrita a la Universidad mencionada. Terminaron sus estudios en esta ocasión 16 alumnos, sobresaliendo el nombre de las cuatro primeras cirujano-dentistas en Colombia: Mariana Arango, Rosa María Navarro, Amanda Guendica y Bertha Restrepo. La presencia de éstas en el centro educativo no fue nada sencillo ya que encontraron una notoria resistencia por parte de un grupo de compañeros. En efecto, Rafael Mora M., Joaquín González G., Luis Arias R., Alberto Chavarriaga M., Diego Botero H.,

Jaime Urreta J., Leonardo Arango, Octavio Quintero, Tulio Vélez y Eduardo Tobón enviaron al periódico *La Defensa*, en mayo 6 de 1932, una carta por medio de la cual señalaban "los graves daños e inconvenientes" por el hecho de tener que compartir sus estudios con mujeres. Al mismo tiempo notificaban su interés de "elevar un memorial al Consejo Directivo de la Universidad para conseguir nuestro deseo de que seamos separados de las señoritas estudiantes". Esta resistencia fue superada por la erguida posición asumida por las directivas del centro educativo, en especial, por Alejandro Botero Mejía, quien, según Aquiles Echeverri, había observado como cosa común la presencia de mujeres en las universidades norteamericanas.

El único director de la Escuela en esta primera fase fue Jorge Luis Isaza M., quien había cursado sus estudios en el Colegio Dental de Medellín. Por causas análogas a las del Colegio clausuró sus puertas en 1935.

En el año de 1938 se reabrió la Escuela Dental (segunda fase) bajo la dirección del cirujano-dentista *Isaza Mesa*, pero a los dos meses le sucedió Luis Angel Rico, también egresado del Colegio Dental de Medellín. Rico permaneció en ese cargo hasta comienzos de 1944.

En 1939 estuvo a punto de ser cerrada de nuevo y las razones eran que ocupaba parte del local de la Facultad de Medicina y estaba financiada por el presupuesto de esta dependencia, circunstancias que no agradaban a algunas directivas de la Universidad. Sin embargo, debido a los esfuerzos de Alejandro Botero M., Abel Uribe Jaramillo y los médicos Gil J. Gil y Emilio Robledo, así como de ciertos sectores de la ciudadanía, se evitó tal posibilidad.

El 21 de marzo de 1941, por resolución del Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia, la Escuela Dental, que ya contaba con 60 estudiantes, recibió la investidura de la Facultad, nivelándose con otras dependencias que ya tenían dicha categoría. En el acta No. 623 de febrero de 1941 se señalaba que en lo "referente al impulso que ha de darse a la Escuela de Odontología hasta hacer de ella una Facultad", se nombró una comisión constituida por el decano de Medicina Gil J. Gil y por el director de la Escuela, Luis Angel Rico.

Hasta el año 44 el plan de estudios de la nueva Facultad era de cuatro años. Pero a partir de la decanatura de Alfredo Mesa Tamayo, se aumentó a cinco, provocándose un descontento dentro del estudiantado.

Al correr de los años, entre julio y agosto de 1950, el pénsum recibió una serie de modificaciones debido a la asesoría prestada por el decano de la Escuela Dental de Pensilvania, Lester W. Burket, quien vino financiado por la Fundación W. K. Kellogg y el Departamento de Estado de los Estados Unidos.

Atendiendo las recomendaciones de Burket, en 1951, según la resolución No. 15 firmada por el decano Leonel Estrada, se constituyeron los siguientes departamentos:

Ciencias básicas, Medicina oral, Cirugía oral, Operatoria dental, Prótesis dental, Ortodoncia e infantil, Radiología, Asignaturas complementarias y seminarios.

Burket hizo, además, otras recomendaciones sobre aspectos tales como la cantidad de horas trabajadas por los profesores, el uso intensivo de algunos espacios de la Facultad, la ampliación de la biblioteca, el requisito de la entrevista a los aspirantes a ingresar, etc.

Para la década del cincuenta, la Facultad había establecido como objetivos los siguientes:

- a. Competencia para el ejercicio profesional.
- b. Dominio de las ciencias básicas y procedimientos técnicos.
- c. Cualidades personales de capacidad intelectual y habilidad manual.
- d. Interés y ciertos hábitos necesarios al profesional.

Respecto a la odontología decía que ésta era una ciencia y arte, "ciencia porque tiene objeto y método propios, y arte porque crea belleza". Agregaba que "la profesión dental no es una carrera demasiado lucrativa, pero sin llegar a hacerse rico, el odontólogo puede llegar a asegurarse un porvenir holgado y ocupar un lugar sobresaliente en la comunidad". Sostenía también que la odontología de hoy "es ni más ni menos que la medicina de la boca y al examinar a cualquier paciente el dentista debe tener siempre en cuenta que está tratando con una unidad biológica, que el complejo organismo humano

no es más que un engranaje de muchas piezas, y que antes de iniciar cualquier tratamiento hay que hacer un diagnóstico completo, un pronóstico y un plan de tratamiento que tenga en cuenta no sólo los dientes sino la boca en general y sus relaciones con el resto del organismo".

El plan de estudios que operaba a comienzos de los años cincuenta se basó en el aprobado por el Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia el 14 de octubre de 1951 y que fue elaborado de acuerdo con las recomendaciones del Plan Burket. Más tarde, en el año 1952, se aprobaron pequeñas modificaciones que se referían más que todo a la intensidad de algunas asignaturas. El Seminario de Educación Dental, reunido en Bogotá en diciembre de 1956, recomendó dos grandes cambios: la creación de la Clínica Integral en el último año y la introducción del sistema de enseñanza vertical. Estos cambios se impusieron a principios del año siguiente, es decir, en 1957. A mediados de ese año la Facultad tuvo la visita del doctor William R. Mann, profesor de la Universidad de Michigan y experto en educación dental, enviado por la Fundación Kellogg a petición de las directivas universitarias.

El doctor Mann, según el Prospecto de 1958 rindió un amplio informe que elogiaba nuestra profesión odontológica y al mismo tiempo proponía algunos pequeños cambios al pénsum, no sustantivos, que consistían en recortes y adiciones de materias que se fueron incorporando paulatinamente. También dictó algunas conferencias a los profesores sobre temas de su especialidad. En el año 1957 también se hizo presente el odontólogo Louis Grossmann quien dictó un curso de Endodoncia para profesores y graduados.

Puede observarse durante esta década la preocupación de la Facultad de Odontología por la destecnificación del Plan de Estudios al incorporarse durante los primeros años asignaturas de tipo biomédico, y, así mismo, el interés porque la práctica odontológica adquiriera un alto reconocimiento profesional y social.

Como hecho importante, durante el año de 1959 en la Escuela Fernando González, de Envigado, recibieron sus diplomas de higienistas dentales once estudiantes. Este curso, el primero

efectuado en Colombia, fue auspiciado por la Secretaría Departamental de Salud y la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Tal vez la época de mayor agitación de ideas y de realización de propuestas en la Facultad de Odontología fue la de los años sesenta. Desde finales de la década del cincuenta ya se habían formulado una serie de cuestionamientos a lo que se denominaba la odontología tradicional.

En el contexto internacional tienen especial significación los tres Seminarios Latinoamericanos sobre la Enseñanza de Odontología, auspiciados por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud—OPS/OMS—. Para el caso colombiano, la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología elaboró un documento que contenía doce principios básicos sobre la educación odontológica, los cuales contenían las principales estrategias para adelantar en la década del sesenta. De estos principios se enviaron copias a todas las facultades de odontología del país y a los respectivos rectores universitarios.

La década del sesenta es conocida como la época dorada de la Facultad de Odontología. Para entonces se le consideraba el “faro de la América Latina” y, en efecto, un número considerable de sus profesores fueron protagonistas de propuestas tales como la creación de los departamentos de Odontología Social, la formación de personal auxiliar y la consolidación de las clínicas integrales. No obstante, en el Prospecto de la Facultad de Odontología vigente hasta 1973, prevalece casi textualmente el marco conceptual de la década del cincuenta. todo esto, a pesar de la serie de cambios sugeridos y realizados:

El departamento de odontología preventiva y social

Phillip Blackerby tiene el mérito de haberle propuesto a la práctica odontológica norteamericana y latinoamericana la creación de los departamentos de Odontología Social. En su artículo *¿Por qué no crear un Departamento de Odontología Social?*, se encuentran las bases conceptuales de dichos departamentos, en especial el de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia.

Este Departamento entró en operación desde noviembre de 1961, y fue el resultado de un acuerdo entre la Universidad, el Departamento de Salud de Antioquia, la Oficina Panamericana de Salud y la Fundación Kellogg. Su primer jefe fue Darío Gallego, quien renunció a su cargo al ser nombrado Asesor Regional en Salud Oral de la OPS/OMS.

Entre los objetivos iniciales del Departamento estaban los siguientes:

a. Perfeccionar la formación de los futuros odontólogos en los aspectos sociales y de salud pública.

b. Demostrar cómo las escuelas de odontología pueden satisfacer sus necesidades frente a la comunidad y cómo pueden colaborar eficientemente con los servicios de salud pública.

c. Servir de modelo para la creación de departamentos similares en América Latina.

Los objetivos del Departamento fueron ampliados al finalizar la década del sesenta, y aparecen consignados en el Prospecto 1972-1973. La creación de este Departamento, así como los subsiguientes, no fue tarea sencilla. Sus precursores tuvieron que enfrentarse a fuertes resistencias que llegaron, incluso, a considerarlos como comunistas o socialistas. Esto lo recuerda Restrepo Gallego en un artículo titulado *Odontología y comunidad* y publicado en la revista *Alafó* de julio de 1978. Posiblemente esto explique la prevención de Blackerby a la crítica cuando expresó en su trabajo ya citado, que su propuesta la hacía “no porque tenga alguna razón personal para declararme en favor de la odontología socializada o del término odontología social”.

El Departamento de Odontología Preventiva y Social incursionó en la docencia extra-mural con las llamadas prácticas de campo, a partir de 1962. Desde entonces ha realizado muchas actividades que gozan del reconocimiento de la comunidad científica nacional e internacional, pero que no trascendieron en la conciencia del gremio odontológico. Constituyeron notables esfuerzos aislados que, por muy valiosos que fueran en su momento, han sido olvidados sin ocasionar el más mínimo traumatismo en el desarrollo de los planes de estudios posteriores. A pesar de los grandes esfuerzos por el cumplimiento de los objetivos del modelo preventivista

y social, éste no ha ocasionado los cambios que se propuso para la Facultad y la profesión. Aún es precaria la influencia de la socioepidemiología y de los conocimientos sociales en la identificación y transformación de los elementos que componen, determinan y condicionan el proceso salud-enfermedad.

Para los años setenta se señalaba la necesidad de un contacto o proyección en la comunidad. Vale la pena señalar que por primera vez apareció el concepto de comunidad inserto en un documento oficial de la institución, concepto que fue definido como espacios geográficos denominados como otros municipios. Para entonces la comunidad era el medio donde se ejercerá la profesión. En el desarrollo del Plan de Estudios no se presentaba una relación continua y permanente con la comunidad. Así, por ejemplo, ésta comenzaba superficialmente con los cursos de Salud Pública y Odontología Sanitaria en el quinto y sexto semestre respectivamente, en los que estudiantes y profesores no adquirían compromisos resolutivos con los problemas encontrados. Este tipo de contacto se volvía a realizar a partir del octavo semestre con el curso Prácticas de Odontología de Salud Pública.

A pesar de significar cierto avance, el Departamento de Odontología Preventiva y Social fue creado en yuxtaposición al resto de la Facultad, de modo que sus cursos y programas —en lo que respecta a la sección de Sociales— aparecieron como un apéndice de la institución. Las prácticas bajo la dirección de este Departamento fueron realizadas durante la década del setenta y buena parte de la del ochenta divergentemente de las otras áreas de la Facultad, o sea, que no fueron realizadas bajo la responsabilidad de toda la institución sino de una parte de ella. A lo anterior hay que agregar la esporádica, abierta o sutil oposición que sin un sentido crítico se le ha venido haciendo a estos cursos y programas.

A partir de 1975, debido al cuestionamiento manifiesto del estudiantado por lo que consideraban una deficiencia en la formación social, se intentó fortalecer a la Sección de Sociales vinculando a ella a tres profesionales de las ciencias sociales. Este proceso terminó en 1979 con la cancelación de cursos y el traslado a otras dependencias universitarias de una socióloga y una

trabajadora social, así como con la renuncia de una odontóloga-socióloga. La motivación de las directivas estuvo dada por la falta de suficiente carga académica y la “imposibilidad de normalizarla”.

No obstante; el modelo preventivista y social profesado ha sido una aproximación hacia una concepción más integral de la práctica odontológica. Bajo su enfoque se hizo posible incluir aspectos sociales, económicos y culturales a lo largo del plan de estudios. Además favoreció la formación del personal auxiliar y de los especialistas en salud pública. Bajo su aplicación fue posible hablar de las diferentes dimensiones constitutivas del ser humano. Pero fue tan sólo un intento de abordaje del proceso salud-enfermedad como un proceso dialéctico y colectivo ya que el concepto de proyección social, que aún sigue fuertemente arraigado en los estamentos de la Facultad y en los líderes de la práctica odontológica, se refiere a una acción unidireccional hacia el individuo, la comunidad o la sociedad. Como concepto alternante al de proyección social ha aparecido el de docencia-servicio-investigación entendido como una interacción de diferentes actores sociales. Es una relación orgánica entre la comunidad, la Universidad y otras instituciones para producir transformaciones efectivas en el proceso salud-enfermedad mientras se forma el recurso humano profesional y subprofesional.

Teniendo en cuenta ciertas recomendaciones internacionales, en especial las elaboradas por el Programa de Innovaciones en la Enseñanza y Servicios Odontológicos, por parte de la OPS/OMS y financiado por la Fundación Kellogg, la Facultad decidió desde comienzos del ochenta vincularse a la comunidad de Caldas (Antioquia) puesto que consideró necesario exponer al estudiante ante las diferentes variables de una comunidad, tanto en el terreno de la salud como en el contexto social.

El programa de Caldas fue suscrito por el Servicio Seccional de Salud, la Fundación Kellogg/OPS y la Facultad de Odontología. Es evaluado frecuentemente tanto por el Jefe de Salud Oral —Regional Ancón Sur— como por los profesores de la Sección de Sociales, encontrándose buenos resultados en los tratamientos y ac-

ciones preventivas ejecutados. Indudablemente los sistemas de atención empleados allí han demostrado ser más eficientes y eficaces que los empleados intramuralmente.

Como parte del Programa Multidisciplinario de Integración Docente Asistencial en la Comuna nororiental de Medellín la Facultad desarrolla el subprograma de atención de niños en cuanto a obturaciones, sellantes, topicaciones y promoción para la salud bucal.

Formación del personal auxiliar odontológico

En Colombia se empezó a hablar de la importancia del personal auxiliar en el Primer Seminario Latinoamericano de Educación Dental realizado en 1962. A principios de la década del sesenta, en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia se comenzó a discutir con la Fundación Kellogg un programa de entrenamiento de personal auxiliar. El plan de estudios se caracterizó por tener una fase común y por su posterior separación, ya fuera para cumplir la función de asistente o de higienista. Sin embargo, fue necesario redefinir el programa y se continuó formando una auxiliar bivalente: la higienista-asistente.

Desde 1965 se venían formando las higienistas y las asistentes dentales con fondos de la Fundación Kellogg. Respecto a la operatorista dental, afirman Octavio Gómez, Alpidio Jiménez y Raúl Mejía, en un artículo titulado *El aporte de la Universidad de Antioquia a la odontología latinoamericana* publicado en 1978, que "esta experiencia también fue la primera en su género en Latinoamérica". Los resultados obtenidos fueron altamente satisfactorios, por haberse logrado los objetivos principales, es decir, capacitar en un período corto (no mayor de 18 meses) a personal que pudiera ejecutar con eficiencia ciertas funciones odontológicas. En las experiencias iniciales, el personal capacitado fue orientado principalmente hacia la operatoria dental, por razones discutidas con amplitud en esa oportunidad. Debido a ello, durante la prolongada polémica sostenida en relación con el personal auxiliar en odontología, se difundió impropriamente la denominación de operatoristas dentales. La experiencia adquirida en los primeros años permitió ampliar las funciones delega-

das y diversificar los tipos de personal auxiliar. Los beneficios académicos y sociales que se han alcanzado con estos nuevos tipos de recursos humanos para la salud están plenamente demostrados. En la actualidad, en todo el continente se está produciendo una rápida expansión de la utilización de personal auxiliar en odontología.

La verdad es que durante la década del sesenta y buena parte del setenta el tema del personal auxiliar, en especial el de la enfermera dental, llamada también operatorista, fue uno de los más polémicos en el seno de la práctica odontológica. En representación de la Asociación odontológica de Antioquia -Asoa- y de la Sociedad Odontológica Antioqueña -SOA-, Javier Echavarría R., Leonardo Arango F., Conrado Uribe C. John González V. y Julio Restrepo A., expresaron su posición sobre la operatorista dental en el denominado "Informe sobre el programa Operatorista Dental" (julio 16 de 1970). En éste se afirma que más del 70% de una encuesta votó negativamente por la formación de este tipo de recurso en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. La formación del personal auxiliar en este informe fue calificada por la profesión organizada como una "idea peregrina", "prurito innovador", afán de "esnobismo y actualismo" y de "deslumbrante teatro". Concluían que "hasta ahora los diferentes tipos de personal auxiliar preparados en la Universidad han sido totalmente inoperantes...". La operatorista dental fue considerada, para entonces, como "un castillo levantado en medio de una inmensa laguna", inoportuno, injustificado e insensato.

De otro lado, también es cierto que a pesar de que la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia fue la primera en Latinoamérica que formó diferentes tipos de personal, no le fue posible introducir de una manera coherente esta clase de recursos en los sistemas de atención cobijados por los planes de estudios de pregrado y posgrado. La denominada "amplia delegación de funciones" para que los estudiantes pudieran profundizar en otras áreas del conocimiento no fue otra cosa, en el mejor de sus momentos, que unas cuantas horas de práctica clínica bajo la modalidad de "odontología a cuatro manos", y el uso colateral de un rema-

nente grupo de enfermeras dentales contratadas por la Facultad y encargadas de la atención clínica de algunos pacientes que no encontraban cupo en las clínicas de pregrado, cuyo nivel de complejidad podía ser resuelto por este personal. En algunas ocasiones, y bajo la autorización de los profesores, los estudiantes de los semestres superiores realizaban remisiones a la clínica de las auxiliares.

La formación del personal auxiliar fue suspendida en la Facultad de Odontología a mediados de los años setenta, y, dando prueba del juicio anterior, la institución no necesitó ningún tipo de reajustes frente a tal situación. Esto se reiteró con la total ausencia de una declaración formal con relación a esa suspensión. Incluso contra el deseo de sus impulsores, la mayoría del personal auxiliar formado en la Facultad de Odontología fue absorbido por la práctica privada y escasamente por los servicios del Estado o la Seguridad Social, alejándose de una posibilidad de atención a las clases populares.

Para algunos autores la suspensión de la formación del personal auxiliar se debió al incremento de cupos a nivel de pregrado. En efecto, durante la administración del Presidente Alfonso López Michelsen (1974-1978) se dio un alto incremento en la matrícula estudiantil en las universidades públicas que no correspondía al incremento de los recursos físicos, presupuestales, docentes, con cambios en los modelos pedagógicos predominantes. Esta situación generó en la Facultad un movimiento estudiantil que a partir de 1976 empezó a demandar la ampliación de las instalaciones clínicas y preclínicas. El resultado fue la consecución de 39 nuevos equipos odontológicos instalados intramuralmente y la disminución y hasta supresión de algunas actividades preclínicas.

Es evidente que la circunstancia anterior tuvo algo que ver, aunque no fue el factor determinante pues el Ministerio Nacional de Salud había suprimido los auxilios económicos que recibían los estudiantes para conseguir instrumental y textos. De todas maneras, el Consejo Académico de la Facultad, presidido por Octavio Gómez Restrepo, había señalado en carta abierta dirigida al rector Eliseo Moreno Pareja (enero 13 de 1978), que no aceptaría reformas al Plan

de Estudios que sólo buscaran adecuarlo a la falta de recursos. Parece inconcebible, pues, que una institución que había incorporado la formación de personal auxiliar como una de sus estrategias básicas durante once años, no hubiese tenido capacidad de adaptación a la nueva demanda estudiantil sobre todo si la delegación de funciones significaba una mejora en la eficiencia y efectividad de los sistemas de atención establecidos.

A finales de 1981, la Facultad, bajo la decanatura de Raúl Mejía Villa, tomó la determinación de reiniciar el posgrado y la formación de personal auxiliar. En efecto, para 1982 se recibieron 21 estudiantes que terminaron su formación como operatoristas dentales en diciembre de 1984. En total la Facultad ha graduado 89 operatoristas, 280 auxiliares de higiene oral y 22 técnicos de laboratorio.

En 1990, la Facultad contaba con el servicio de cinco operatoristas de tiempo completo que recibían pacientes remitidos de las diferentes clínicas. Este tipo de personal mantiene amplia independencia en el trabajo clínico y carece de un proceso de evaluación sistemático y de un auténtico trabajo interdisciplinario con el estudiantado y el profesorado.

La odontología integral

El concepto de integral apareció incorporado a una de las clínicas del último semestre a finales de la década del cincuenta. Sin descripción alguna en el prospecto de la Facultad de Odontología de 1958, esta clínica tenía una intensidad de 16 horas semanales. En el prospecto de 1965 la clínica integral fue definida de la siguiente manera: "Se busca dar una visión lo más completa de lo que es un tratamiento integral de acuerdo a los cánones modernos. El alumno tiene la oportunidad de practicar todas las ramas básicas de la odontología integral en un solo paciente, como si estuviera en su propio consultorio. Se hace énfasis especial en el plan de tratamiento integral y en los seminarios de las clínicas". Como puede observarse, la clínica integral es homologada a tratamiento integral y a odontología integral.

Sin embargo, la preocupación por la integración estaba completamente centrada en el nivel

técnico-operativo (en su propio consultorio), y era en ese nivel donde se recomendaba que un equipo de profesores abordara en compañía con los estudiantes los diferentes problemas bucales observados. El comentario anterior sólo busca resaltar que no se daba para el momento una distinción clara entre tratamiento, clínica y odontología integrales, lo que no le resta importancia a los esfuerzos por la integración.

En el Prospecto de la Facultad de Odontología de 1973 se plantea que "la Facultad tiene el propósito de formar para el país un profesional integral". Se afirma que el futuro profesional debe comprender "las necesidades y problemas del país para que pueda ser un líder de la comunidad". Se agrega que "la coordinación de clínicas es el eje de la docencia... De allí sale la información oportuna acerca de la casuística clínica que ha vivido cada alumno en las diferentes etapas de su formación, con lo cual el profesor no puede equivocarse el camino y el método necesario para alcanzar el objetivo general de la formación integral del alumno". La clínica integral era orientada "de acuerdo con los resultados que el alumno haya obtenido hasta la fecha en las clínicas anteriores". Para la década del setenta el Departamento de Coordinación de Clínicas aplicaba un criterio normativo al concepto de integración que parecía estar garantizado por la planificación de las acciones clínicas intramurales.

De otro lado, contrariando la declaración del Prospecto de 1965, en donde se afirmaba que "el alumno tiene la oportunidad de practicar todas las ramas básicas de la odontología integral en un solo paciente", la cuantificación de las unidades de trabajo realizadas por los estudiantes permitió el surgimiento de las clínicas "enfaticadas", previas a la denominada clínica electiva. Bajo el anterior criterio, y sin proponérselo, el modelo matemático del rendimiento estudiantil fue minimizando los aspectos cualitativos de la integración, sin significar con ello que la medición de dicho rendimiento no fuese necesaria. Vale la pena señalar que en más de una ocasión los estudiantes se opusieron a este tipo de seguimiento clínico, lo que a la larga determinó el abandono del modelo.

Indudablemente que la mera evaluación cuantitativa de las actividades clínicas en buena parte de la década del setenta, propició un desequilibrio entre los aspectos cuantitativos y cualitativos del trabajo clínico y estimuló la idea de que el solo cumplimiento de ciertas unidades de trabajo programadas en las clínicas enfatizadas conllevaría al concepto de la integración. Sin embargo, la verdadera razón de esta desviación no fue precisamente el modelo evaluativo sino el hecho de que el profesorado y el estudiantado no profesaban una actitud y un enfoque favorable hacia la integración. Alpidio Jiménez Gómez señalaba de una manera categórica en 1971 que "en el incipiente Plan de Estudios empiezan a anidar tendencias del viejo que frenarán el progreso y que pueden llegar a influir negativamente en el producto final deseado, echando a perder los ingentes esfuerzos realizados y dando aparente razón a quienes obstinadamente se oponen a la transformación de la profesión...

Las experiencias vividas en odontología, las cuales demuestran que actitudes de tal índole se quedan cortas en su alcance y terminan como hasta ahora ha sucedido, en convertir el currículum en una colcha de retazos que no da al profesorado identidad de propósitos ni en los estudiantes estructuración mental adecuada". Quince años después, este mismo autor afirmaba que "la educación dental ha dado la espalda a varios acontecimientos que deberían haber sido importantes en su momento".

En buena parte de su ejecución curricular la Facultad ha sido orientada hacia el subsector de la oferta de servicios privados. El modelo predominante en la asistencia clínica intramural sigue siendo el cubicular artesanal. El resultado ha sido un profesional con escasa capacidad crítica frente a los problemas de sus pacientes, la comunidad y la nación. En su enclaustramiento ha sido condicionado para el aprendizaje y ejecución de una serie de actividades biotecnológicas repetitivas y limitadas a las estructuras del sistema estomatológico.

A finales de la década del ochenta la Facultad realizó un análisis prospectivo cuyo objetivo era identificar su estado con relación a la imagen-objetivo y el escenario normativo que para el año dos mil propone la Organización de Fa-

cultades, Escuelas y Departamentos de Odontología/Unión de Universidades de América Latina —OFEDO/UDUAL— para la América Latina y El Caribe. Cinco grupos de profesores y directivos participaron en las reuniones. En sus conclusiones reconocen una serie de falencias que llevaron a concluir la siguiente distribución porcentual según los diferentes modelos de orientación curricular conocidos: modelo clínico-biologista: 43.2%; modelo clínico-biologista más preventivista: 51.4%; modelo docencia-servicio-investigación: 5.4%.

En abril de 1988 la Facultad de Odontología culminó un estudio que permitía la elaboración de dos proyectos de reforma: la académica y la administrativa. El estudio fue acogido por el Consejo de Facultad el 5 de mayo del mismo año, como consta en el acta 055. En cuanto a la reforma académica se observan planteamientos conceptuales y metodológicos diferentes a los explicitados por la Facultad en las décadas precedentes, lo que representa un significativo avance de la institución. No obstante, el Plan de Estudios propuesto es, en gran medida, una actualización de los planes de estudios inmediatamente anteriores. Finalmente, del 17 de marzo al 14 de abril de 1989 se realizó un Seminario Taller con el objeto de facilitarle al profesorado una participación activa, crítica y creativa en el proceso de las reformas mencionadas y, al mismo tiempo, obtener elementos completos para cumplir con normas administrativas del nivel central universitario.

Durante la presentación de dicho evento, el decano Alejandro Botero Botero expresó, entre otras cosas, que “esta Facultad ha sido reconocida internacionalmente como líder en la gestión de cambios e innovaciones en el pasado, pero hace algún tiempo viene siendo movida por la fuerza repetitiva de la inercia mientras en su entorno nacional y latinoamericano se vienen debatiendo nuevas ideas, nuevos planes que permitirán a otros en el año dos mil en el cual el escenario prospectivo a corto, mediano y largo plazo es bastante diferente y se deberá a las políticas trazadas en esta época; hemos sido líderes en el pasado y hemos tratado de dar respuesta al presente, no podemos ser inferiores al futuro”. Después de las discusiones de los temas, el profesorado aprobó la relatoría final y elaboró una serie de conclusiones y propuestas. Simultáneamente al evento anterior, el Comité de Currículo de la Facultad redactó una serie de fundamentos para un nuevo currículo que establece nuevas posibilidades frente a lo que se ha venido haciendo en los últimos años.

Hoy tenemos, pues, a una Facultad que replantea los diagnósticos, estrategias, tácticas y acciones pertinentes al contexto colombiano y latinoamericano. Se nota por lo tanto, un franco interés en superar los momentos estáticos y contemplativos reconocidos después de la década del sesenta, para volver a ocupar una posición verdaderamente protagónica en la construcción del futuro de una práctica odontológica integral.