

Bordoni, Noemí. (2009). *Nueva mirada sobre la formación de recursos humanos en odontología*. En: Encrucijadas, no. 47. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <<http://repositorioubu.sisbi.uba.ar>>

Calidad en la atención de la salud

Nueva mirada sobre la formación de recursos humanos en odontología

Noemí Bordoni

En las proximidades del Bicentenario, los sistemas de salud, y entre ellos la Odontología, reconocen la necesidad de instalar una nueva perspectiva que posicione al proceso de construcción de salud en diferentes espacios del equipamiento social. Es de particular importancia la interacción entre los actores participantes en el proceso de atención bucodental, en su carácter de protagonistas de un "contrato" en busca de la calidad.

La Odontología se tensiona hoy entre nuevos paradigmas que atienden, por un lado, a la complejidad expresada en el ejercicio interdisciplinar y, por otro, a la nanotecnología, capaz de explorar y explicar los mecanismos íntimos de fenómenos casi obsesivamente focalizados. No puede desnaturalizar su pertenencia a las ciencias de la salud, entendida como la resultante de la interacción entre los genes, el modelo social, el estilo de vida y las percepciones que los sujetos y las sociedades tienen del proceso de salud-enfermedad-atención. Anclarla en el bicentenario implica explorar sus perspectivas en la investigación, la docencia y la extensión.

El bicentenario y la investigación en odontología

No es posible pensar en la universidad sin considerar el compromiso con el conocimiento. Compromiso, que -como afirma Lemaitre [1]- va más allá de la idea de "hacer investigación". Implica la conservación y la acumulación de saberes sobre una base cultural común, el compromiso con la teoría y su contrastación con la realidad, con el conocimiento instrumental y su permanente actualización y con los mecanismos de articulación que es capaz de establecer con la sociedad y el estado. Estos son espacios socialmente asignados que inciden en los modos mediante los que se categorizan las propias instituciones y sus investigadores, se privilegian campos de investigación, se otorgan subsidios y se prestigian publicaciones. [2] Sobre estas cuestiones existe diferencia de intereses y, por lo tanto, conflictos latentes que exigen de las universidades un dinamismo capaz de generar, en el contexto mismo de la aplicación, consensos teóricos complejos y estimular nuevos procesos para transferir sus resultados a otras instancias. El impacto que los productos de las investigaciones puedan generar en contextos diversificados dará cuenta de su calidad y para alcanzarla, deberá asumir una mayor responsabilidad social y cívica que permita la gestión en tales términos.

Hoy, la alta tecnología se expresa en el desarrollo de la biología molecular y la nanotecnología, las que contribuyen en la comprensión de los procesos biológicos y en ventajas clínicas para el diagnóstico y los tratamientos. Entre los desarrollos posibles se encuentran: el uso de la bioingeniería y la nanorobótica para el mantenimiento de la salud, la simulación del proceso de biomineralización para crear esmalte dental mediante el uso de unidades altamente organizadas de la microarquitectura nanorod, el desarrollo de nanocomposites, el control de las especies bacterianas patógenas sobre las superficies supra y subgingivales mediante dentirobots, evitando los procesos

patológicos, el cultivo de tejidos. [3]

La investigación ha provisto conocimientos críticos para diseñar terapias para los individuos, desde programas preventivos hasta diagnóstico de enfermedades, desde tratamientos específicos hasta evaluación de resultados. Sin embargo, existe aún un hueco entre el conocimiento generado por la investigación y la aplicación social del conocimiento, lo que lleva implícita la necesidad de aplicar rigurosas metodologías cuantitativas y cualitativas para el abordaje integral de los problemas. La presencia de ese hiato entre producción y uso del conocimiento interroga a los actores y a los institutos de investigación respecto de los conceptos de calidad y los criterios de evaluación que emplean. Los interrogan buscando respuestas que justifiquen la dificultad para aprender nuevas lecciones vinculadas con una “horizontalidad tecnológica”, que admite posibilidades de interacción entre actores con intereses y saberes diferentes y con mitos profundos.

La evidencia científica ha constituido uno de los aportes de la última década que favoreció la rigurosidad para la toma de decisiones clínicas generando una “odontología basada en la evidencia para una práctica efectiva”. [4] Pero se ha demostrado que la evidencia científica es una condición necesaria pero no suficiente. [5] Se ha pasado desde escuchar sólo al diagnóstico a considerar el análisis integral de la situación. De allí surgen importantes investigaciones que, ancladas en metodologías cualitativas, investigan los modos de vida, los estilos de vida y la calidad de vida y su impacto sobre la salud. [6] En la década de los 80 se produjo el despegue definitivo de la investigación en torno a la calidad de vida. [7-8] Sin embargo, aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo y las formas de analizarlo. Felce y Perry, en 1995, la reconocieron como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. [9]

A partir de los estudios de Ventegodt y cols. [10-12] se han investigado aproximadamente cien conceptos centrales vinculados con la calidad de vida, se han priorizado algunos y relacionados entre sí en un camino lógico, se han desarrollado indicadores específicos y se han construido nuevos paradigmas referidos a la prevención y a los tratamientos. El uso de técnicas cualitativas ha extendido fuertemente los ámbitos de investigación y a partir de ello se verifica un renovado diálogo no sólo entre la salud y las ciencias sociales, sino también con las humanidades. La triangulación se instrumenta a través de análisis complementarios u operaciones convergentes tendientes a mejorar la precisión de los juicios y aumentar la confiabilidad de los resultados obtenidos al analizar un mismo fenómeno desde diferentes perspectivas o con diversas técnicas. En el campo de la Odontología este deslizamiento conlleva la exigencia de desarrollar investigaciones que consideren variables interdisciplinarias que permitan capturar el sentido de esta nueva perspectiva haciendo imprescindible por un lado, el análisis de los elementos de la sociedad del conocimiento y por el otro, la elaboración de propuestas que permitan su aplicación democrática e incluyente.

El bicentenario y la formación de recursos humanos en odontología

En 1930, S. Freud afirmó: “La educación se conduce como si se enviara a una expedición polar a gente vestida con ropa de verano y equipada con mapas de los lagos italianos”. El apartado educativo del NAFTA en América del Norte en 1993, la declaración de la Sorbona en 1998, la declaración de Bologna durante 1999 y el tratado de las macrouniversidades en América Latina en el año 2002 han impulsado cambios en la educación superior. Asimismo, las culturas propias de las diferentes instituciones actúan

como variables intervinientes en el momento de priorizar los problemas, seleccionar las poblaciones, asignar recursos e interpretar los resultados. [13]

Es paradójal. Si se transitan algunos de los proyectos y experiencias universitarias desarrollados durante la década del 80, en el marco de la Unión de Universidades de América Latina, pueden encontrarse muchos de los enunciados actuales [14]. Estos procesos transcurrieron asociados con la señera actividad de la Fundación W.K.Kellogg en el campo de la educación, la salud y el desarrollo local, acompañando a las universidades, especialmente a las facultades de Medicina, Agronomía y Odontología. [15]

La revolución tecnológica instaló otras tensiones cambiando las relaciones entre los actores universitarios: una de ellas, determinada por el cambio en las configuraciones sociales y económicas en las representaciones del tiempo y del espacio y en las formas de vinculación social; otra, generando el pasaje desde la tecnología de procesamiento y archivo de la información a la tecnología de conexión [16-17] y una nueva espacialidad, el espacio virtual. Davini afirma que estos cambios tensionan a la docencia, que deberá desarrollarse en el contexto mismo donde se procesa la investigación y que, simultáneamente, deberá hacer realidad la educación permanente, expresión abreviada con la que se designa la generalización del acceso a la enseñanza avanzada y de calidad, ofrecida de maneras diversas, renovable a lo largo de la vida entera y vinculada con el desempeño laboral. [18]

El bicentenario confronta la formación del personal de salud con varios desafíos[19-22]:

- (a) los enfoques educativos en el contexto de la sociedad de la información,
- (b) la construcción de flujos de intercambio entre las instituciones, las organizaciones y los grupos,
- (c) la reflexión y la problematización instalada como el motor para comprender lo que debe aprenderse y para traducir el aprendizaje en prácticas reflexivas,
- (d) la necesidad de formación con orientación en Atención Primaria de Salud desde nuevas perspectivas y
- (e) la definición técnica de ejes curriculares racionales.

La formación de profesionales de la Odontología se enfrenta en el bicentenario con la necesidad de reorientar las prácticas tradicionales “del pensar y el hacer en salud”. Parece imprescindible superar algunos mitos de las instituciones de educación superior y repensarlas en sintonía con la situación de salud y con los resultados esperados, vinculadas con otros actores institucionales y revisando críticamente las propias prácticas, que son, en última instancia, la verdadera validación de las concepciones que subyacen en cada una de ellas.

El Bicentenario y la calidad de la atención en salud

La problemática de calidad en la atención odontológica requiere entender el proceso del desarrollo del sector salud que contribuyó a regular la formación de recursos humanos en ese campo, que a su vez reproduce el modelo prestador. Starr en el año 2004 [23] afirmó que, en los Estados Unidos, entre 1960 y 1980, pueden identificarse tres movimientos definidos que determinaron la hegemonía del modelo medicalizado en el mundo: una subordinación de la estructura a la hegemonía de los intereses profesionales, un enfrentamiento sobre todo del cuerpo profesional contra todos los intentos tendientes a la

instalación de un seguro nacional de salud y un acuerdo entre la industria farmacéutica y la corporación médica a través de beneficios recíprocos. Es probable que el mismo fenómeno haya ocurrido en la práctica odontológica, tanto por la presión corporativa como por su vinculación con la industria, definiendo un modelo prestador que otorga atributos de calidad a la complejidad tecnológica y determinando un fuerte dominio de las técnicas en el proceso formador.

Al analizar la evolución en la concepción de calidad, Nogueira [24] identificó cuatro estadios reconocidos tanto en las empresas privadas como en la administración pública: el estadio 1, donde la calidad es propuesta a partir de la excelencia de los actores; el 2, caracterizado por la instalación del control departamental de calidad; el estadio 3, donde se posiciona el concepto de garantía de calidad y el estadio 4, que instala el proceso de gestión de calidad total. Berwick et al [25-26], Deming [27], Juran[28] y Donabedian [29-31] hicieron aportes sustantivos para encarar la calidad de la atención en salud desde la perspectiva normativa.

Pero la satisfacción de los actores internos y externos y la relación que entre ellos se establece durante el proceso de atención otorgan a la calidad las características de un objetivo móvil. En tal carácter se juega la capacidad para producir en los actores un cambio cualitativo, donde se modifican las características fundamentales de la relación del individuo con su medio, perfeccionando los restantes campos de la práctica. La calidad atiende tanto la evidencia científica como la intersubjetividad presente en el proceso de atención: esto implica repensar el modo de pensar. [20; 32-35]

Estudios realizados sobre comunidades excluidas con diferente riesgo social e inclusive dentro de un mismo nivel de riesgo social han mostrado heterogeneidad en la percepción de salud, en la naturaleza e intensidad de los problemas y en los tratamientos aplicados. Squassi y cols. y Bordoni y cols. desarrollaron investigaciones evaluativas en los servicios odontológicos donde se aplican criterios de riesgo y un modelo con fuerte componente de promoción y prevención, empleando diferentes metodologías cuali-cuantitativas, [36-37] confirmando hallazgos realizados en países desarrollados. Estos hallazgos, reiteradamente manifestados durante las últimas décadas direccionan las investigaciones sobre sistemas y servicios de salud, en los que la atención y la investigación cumplen un ciclo iterativo. La traducción de estas investigaciones al proceso de atención permitió identificar grupos de alto riesgo, determinar la carga de enfermedad respecto de determinada enfermedad o deficiencia e informar acerca de los esfuerzos para aplicar las medidas preventivas y los tratamientos. Los resultados han determinado la publicación de documentos técnicos, como el desarrollado por el Ministerio de Salud en Brasil para la evaluación de la mejoría de la calidad en la estrategia de salud de la familia. [38]

En las proximidades del bicentenario, los sistemas de salud, y entre ellos la Odontología, están reconociendo la necesidad de instalar una nueva mirada que posicione al proceso de construcción de salud en los diferentes espacios del equipamiento social, más allá del hospital monovalente moderno e inclusive de los servicios instalados en centros de salud protagónicos. El 2010 encontrará al componente odontológico de los sistemas de salud frente al desafío de desarrollar recomendaciones clínicas o programáticas alternativas, basadas no sólo en la evidencia científica sino ligadas al contexto de aplicación. La calidad va más allá de la traducción del conocimiento a la acción y debe analizarse desde las diversas dimensiones políticas que pivotan la atención. Desde hace varios años, los servicios odontológicos determinaron que las relaciones de trabajo vigentes se asemejen a las existentes en cualquier institución productiva. Ese enfoque ha determinado una

relativa desprofesionalización de las carreras de la salud, traducida en una disminución del poder que previamente detentaban o se percibía como propio y un cambio en las características identitarias del profesional.

En conclusión, es de particular importancia la interacción entre los actores participantes en el proceso de atención bucodental en su carácter de protagonistas de un “contrato” en busca de la calidad. Esa vinculación es requisito y consecuencia de la calidad.

El hecho de no haberse prestado atención a los posibles efectos de los desórdenes bucales sobre la salud general, se debe básicamente a la separación histórica entre la Medicina y la Odontología. Sin embargo, el estado bucal puede causar un impacto negativo en el bienestar general de las personas. La importancia de conocer este impacto radica en la necesidad de interpretar mejor los aspectos sociales y emocionales de la salud, estar más concientes de las necesidades de la población y ofrecer servicios adecuados y direccionados a esas necesidades. Es, en resumen, evaluar la calidad de la atención. [39-40]. Esta problemática fue abordada, entre otros, por Reisine y col. [41], Gift y Atchinson [42], Wilson y Cleary [43], Kressir [44], Sheiham y col. [45], Sheiham [46], Locker [47-49], Locker y cols [50-52] y Slade y Spencer. [53]

La reflexión pendiente

Por fin, ¿cuáles son los debates que deberán plantearse en la Odontología del bicentenario? Parece importante interrogarse acerca de los criterios de calidad que deben regir en los espacios de práctica: investigación, docencia y transferencia, así como de los que deben guiar la vinculación entre la universidad, el estado y la sociedad para asumir las responsabilidades sociales y cívicas en los diferentes escenarios, tendientes a construir una política sustentable que favorezcan la traducción del conocimiento a la acción. Las grandes decisiones académicas en los niveles de grado y de posgrado y su relación con otras formas educativas vinculadas con el mercado laboral, la racionalidad en la asignación de los recursos y las lógicas de evaluación que se pongan en práctica darán cuenta de ese compromiso.

REFERENCIAS

- [1]. Lemaitre MJ. Certificación de títulos y grados en la educación superior chilena .Caracas. IESALC; 2005
- [2]. Bordoni N, Pagliai L. Evaluación de los sistemas de investigación en salud: análisis crítico de los indicadores vigentes. Rev. Maestría en Salud Pública. 2003; 1 (1) <http://www.revista.maestría.en.salud.pública> (Visitado 2/4/2009)
- [3]. Kumar SR, Vijaylakshmi R. Nanotechnology in dentistry. Indian J Dent Res 2006, 17:62-69 <http://www.ijdr.in/article.asp?isnn=0970-9290> (Visitado 12/4/2009)
- [4]. Clarkson J, Harrison JE, Ismael AI, Needleman I, Worthington H. Evidence based Dentistry for Effective Practice. Londres. Martin Dunitz, 2003.
- [5]. Lomas J, Culyer T, McCutcheon C, McAuley L, Law S: Conceptualizing and Combining Evidence for Health System Guidance. Final report para el Canadian Health Services research Foundation. Ottawa, Canada. CIHR, 2005.
- [6]. Inglehart MR, Bagramian RA. Oral Health-Related Quality of life. An Introduction. En Inglehart MR, Bagramiam RA. Oral Health-Related Quality of life Chicago. Quintaessence Pub. Co. 2003.
- [7]. Cohen LK, Jago JD: Toward formulation of socio-dental indicators. International Journal of Health Services. 1976; 6:681-698.
- [8]. Campbell A. Subjetive measures of well-being. Am Psychol 1976; 31: 117-24
- [9]. Felce D, Perry J. Quality of life: It's Definition and Measurement . Research in

development Disabilities. 1995; 16: 51-74

[10]. Ventegodt S, Merrick J. Lifestyle, Quality of Life, and Health. *The ScientificWorld Journal* 2003 a ; 3: 811-825

[11]. Ventegodt S, Merrick J, Andersen NJ. Measurement of quality of life VI: Quality-adjusted life years (QALY) is an unfortunate use of quality of life concept. *Scientific WorldJournal* 2003;3:1015-9.

[12]. Ventegodt S; Morad M; Merrick J: Clinical Holistic Medicine: Prevention through Healthy Lifestyle and Quality of Life. *Oral Health & Preventive Dentistry* 2004; 2(Supp 1) : 239-246

[13]. Mc Nay I. From Collegial Academy to Corporate Enterprise: the Changing Cultures in Universities. En Schuller, T (Ed) *The Changing University*. SRHE Open University Press. 1995

[14]. UDUAL: Unión de Universidades de América Latina. V Conferencia . 1982

[15]. Bordoni N. Vinculación entre la universidad y la sociedad. En Pugliese JC *Universidad, Sociedad y Producción*. Buenos Aires. Ministerio de Educación 2005

[16]. Castells M: La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Madrid. Alianza, 1998

[17]. Tedesco JC: Conferencia Inaugural del II Congreso de educación Social. Madrid, 1998.

[18]. Davini MC . Educación permanente en salud . WDC. OPS-OMS.Serie Paltex , No.38. 1995

[19]. OPS-OMS La formación en Medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud. (Serie: Renovación de la Atención primaria de Salud) Washington.DC, OPS, 2008

[20]. Squassi A, Bordoni N. La salud bucal del niño en los escenarios sanitarios futuros. Revisitando el primer nivel de atención (Documento de posición).*Bol Asoc Arg Odont Niños* 2006; 36(1-2): 21-27

[21]. Institute of Medicine. Community Oriented Primary Care. *New Directions for Health Services Delivery*. Washington DC, 1983.

[22]. Commonwealth Fund. Patient-Centered Primary Care Initiative <http://www.commonwealthfund.org>

[23]. Starr P. Precipice of Paul Starr's . *The Social Transformation of American Medicine*. *J Health Policy Law*. 2004; 29:575-620

[24]. Nogueira RP. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro. Qualitumark Editora. 2000

[25]. Berwick DM. Health services research and quality care. Assignment for the 1990s. *Med Care* 1989; 27:763-71

[26]. Berwick DM The clinical process and the quality process. *Qual Manag Health Care* 1992; 1:1-8

[27]. Deming WE *Qualidade. A Revolução na Administração*. Rio de Janeiro Marques Saravia 1990

[28]. Juran JM *A quality desde o projeto. Novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços*. San Pablo, Pionero. 1992

[29]. Donabedian A: *Explorations Quality Assessment and Monitoring*, Vol III, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1985.

[30]. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Path Med*. 1990; 114: 1115-8

[31]. Donabedian A: *Striving for quality in health care*. Ann Arbor. Health Administration Press 1991.

[32]. Rosemblat RA, Androlla CHA, Curtin T, Hart LG. Shortstages of medical personnel at community health center. Implications for planned expansion. *J Am Med Assoc* 2006; 285: 1042-9

[33]. Locker D: Issues in measuring change in self-perceived oral health status. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1998; 26: 41-47.

- [34]. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organization (on line). 2005; 83 (Visitado:2007-05-16)
- [35]. Glouberman, S: Towards A Dynamic Concept of Health. CPRN Report 1996. (http://www.cprn.org/docs/health/tnp_e.pdf)
- [36]. Squassi A, Mercer H, Bordoni N Evaluación de Calidad en Servicios de Salud Bucal empleando el Método de la Semiótica de los Enunciados. Rev de Salud Pública de la UBA (on line) 2005;3(5) revista.maestria.rec.uba.ar,
- [37]. Bordoni N, Cadile M, Sotelo R, Squassi A. Teacher's perception of oral health . Design and validation o an evaluation system. Acta Odont Latinoamericana. 2006; 19 (2): 67-74
- [38]. Ministerio de salud del Brasil. Departamento de Atención Primaria. Evaluación para la mejoría de la calidad dela Estrategia Salud de la familia. Ministerio de Salud. Subsecretaria de Atención a la salud. Departamento de AtenciónPrimaria.Brasilia. 2005 (ISBN 85-334-1034-4)
- [39]. Locker D: Concepts of oral health, disease and the quality of life. En: Measuring oral health and quality of life (Edited by: Slade GD). Chapel Hill: University of North Carolina: Dental Ecolog 11-24. 2004
- [40]. Nikias M Oral disease and the quality of life. Am J Public Health 1985; 75:11-12.
- [41]. Reisine ST, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. Comm Dent Oral Epidemiol 1989; 17:7-10.
- [42]. Gift HC, Atchinson KA, Oral health, Health and Health related Quality of life. Med Care 1995; 33: NS57-NS77.
- [43]. Wilson IB, Cleary PD: Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes.J Am Med Ass 1995; 273:59-65.
- [44]. Kressin NR. Associations among different assessments of oral health outcomes. J Dent Educ 1996;60:501-7.
- [45]. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AWG: Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. Comm Dent Oral Epidemiol 2001; 28:195-203.
- [46]. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organization (on line). 2005; 83 (visitado el 16/5/2007)
- [47]. Locker D: Measuring oral health: A conceptual framework. Community Dental Health 1988, 5:3-18.
- [48]. Locker D: Social and psychological consequences of oral disorders. In: Turning strategy into action (Edited by: Kay EJ). Manchester: Eden Bianchipress 1995.
- [49]. Locker D: Concepts of oral health, disease and the quality of life. En: Measuring oral health and quality of life (Edited by: Slade GD). Chapel Hill: University of North Carolina: Dental Ecolog 11-24. 2004
- [50]. Locker D, Slade GD: Oral health and quality of life among older adults :the Oral Health Impact Profile. J Can Dent Ass 1993; 59:830-844.
- [51]. Locker D, Miller Y: Evaluation of subjective oral health status indicators.J Public Health Dent 1994; 54:167-174
- [52]. Locker D, Jokovic A, Tompson B. Health-related quality of life of children aged 11 to 14 years with orofacial conditions. The Cleft Palate-craniofacial J .2005; 42: 260-6
- [53]. Slade GD, Spencer AJ: Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. Community Dent Health 1994; 11:3-11.