

La estomatología desde una mirada compleja

Alfredo Gómez Castellanos^{1} y Luiza Pizeta¹*

*¹Docentes de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
de la Universidad Nacional Autónoma de México.*

E-mail: alfcaste@usp.br

Resumen

Desde una mirada del método de la complejidad, se propone la articulación del proceso salud-enfermedad, como objeto de estudio y su respuesta a través de la práctica profesional integral en el campo estomatológico para así lograr el desarrollo científico-técnico-social-ético de la profesión. Desde esta visión podría surgir el desarrollo del conocimiento integral estomatológico como un campo de las ciencias de la salud, que incida en la comprensión profunda, teórico-práctica, de los problemas estomatológicos. De la interrelación del proceso salud-enfermedad (articulación de lo biológico y lo social) y de las categorías de la práctica profesional (formación del talento humano, producción de servicios y de conocimientos), entendidos como un proceso complejo en permanente construcción, se establecería, a través de la metódica multi/interdisciplinaria, un sistema de enseñanza integral. De esta lógica se podrá lograr un conocimiento articulado y complejo, que permita cambios en las formas de comprender, reflexionar y desarrollar una práctica profesional acorde con la realidad latinoamericana.

Palabras clave: Estomatología, proceso salud-enfermedad, complejidad.

* Autor para correspondencia: FES Zaragoza, UNAM. Av. Guelata o N° 66, Col. Ejercito de Oriente del Iztapalapa, México D.F., C.P. 09230.

Stomatology Seen from a Complex Viewpoint

Abstract

Seen from the complexity method viewpoint, a health-illness articulation process and its response through integral professional practice in the stomatology field are proposed as an object for study, in order to achieve the scientific, technical, social and ethical development of the profession. From this viewpoint, the development of integral stomatological knowledge could arise as a health science field, affecting a deep, theoretical and practical understanding of stomatological problems. From the interrelationship of the health-illness process (articulation of the biological and social) and professional practice categories (human talent training along with knowledge and services production) understood as a complex process in permanent development, an integral teaching system could be established through a multi/interdisciplinary method. With this reasoning, articulated and complex knowledge could be achieved that will permit changes in the ways of understanding, reflecting and applying professional practice according to the Latin American reality.

Key words: Estomatology, oral health-illness, complexity.

Introducción

La tendencia actual y futura, en América Latina en el campo estomatológico, radica en incorporar no solamente las Ciencias Biológicas, sino también a las Ciencias Sociales, para interpretar los problemas del proceso salud-enfermedad en su componente estomatológico y sus relaciones con la práctica profesional integral. En este contexto se ha "... generalizado el reconocimiento de que el proceso salud-enfermedad guarda una vinculación estrecha con la sociedad en la cual se presenta; que el mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica y tiene que involucrar algunos cambios sociales"¹.

En consecuencia, existe una necesidad urgente para establecer las bases de la profesión estomatológica en el ámbito latinoamericano que se sustente en el avance del conoci-

miento científico (bio-social) y su desarrollo a través de las tecnologías actuales.

En este sentido, nos encontramos entre los cambios del paradigma actual de la ciencia clásica basada en el cartesianismo, para un nuevo paradigma denominado cultural, crítico, ecológico o sistémico, fundamentado en los siguientes criterios ²:

- El cambio de la parte para el todo, en el cual la dinámica del todo permite entender las propiedades de las partes y su interrelación con el todo, similar al principio metodológico de hologramaticidad de Morin.
- El cambio de estructura para un proceso, donde se manifiestan las interacciones de las estructuras.
- El cambio de la ciencia objetiva para la ciencia epistémica, una vez que comprende que el proceso del conocimiento debe ser incluido en la descripción de los fenómenos en estudio.

- El cambio de la construcción del conocimiento en red, como una metáfora, a través de la cual percibe la realidad como una tela de relaciones, en la que nuestras descripciones conforman la interconexión de los fenómenos observados.
- El cambio de descripciones verdaderas para descripciones aproximadas, en las que la ciencia no proporciona una comprensión completa y definitiva de la realidad.

Para la profesión estomatología del siglo XXI se plantea la articulación del conocimiento biológico y social, a través del concepto teórico o paradigma, como es la complejidad del proceso salud-enfermedad, la salud o bien sólo la enfermedad; que permita una mayor comprensión del desarrollo del conocimiento en Ciencias de la Salud.

Para esto es preciso el manejo de los métodos cuali-cuantitativo en el campo clínico, experimental y social y sus técnicas respectivas en el campo de la producción de conocimientos. Analizar estratégicamente y formular la implementación de una metódica multi e interdisciplinaria que permita enunciar alternativas en la formación del talento humano, sea a través del paradigma flexneriano, ecológico o latinoamericano. Por último, desarrollar las variables que permitan una producción de servicios, por medio de categorías políticas, económicas y culturales-críticas en el componente denominado producción de servicios. Estas categorías, en su interacción, permitirían la formulación de una práctica profesional integral, entendida como la respuesta que reconozca la articulación científica-técnica-social-ética a los diferentes perfiles del proceso salud-enfermedad del individuo, la familia y la sociedad

En este trabajo se busca comprender la relación currículo-práctica profesional y proceso salud-enfermedad a partir de los diferentes pa-

radigmas de racionalidad existentes hasta el momento actual y las posibles alternativas de una pedagogía crítica que permitiría establecer los parámetros de la estomatología latinoamericana. Esto consentiría transformar los modelos instrumentales-funcionalistas y los modelos fenomenológicos, caracterizados por fomentar valores para la productividad y la modernización neocapitalista, respectivamente; hacia un paradigma crítico-emancipador y complejo, que integra conceptos epistemológicos dialécticos de una determinada realidad social, en conformidad con una inmersión crítica en la historia de nuestros pueblos, de acuerdo a su respectivo desarrollo cultural, económico, político y social.

La complejidad de la Estomatología

Para comenzar en una propuesta latinoamericana, es necesario comprender que la respuesta al objeto de estudio, proceso salud-enfermedad, debe ser realizada a través de una práctica profesional integral en estomatología. Esta debe ser considerada como la respuesta científica, técnica, social y ética a las necesidades sociales de la población. Esta propuesta debe estar conformada por tres elementos articulados entre sí: *la formación del talento humano, la producción de servicios y la producción de conocimientos*. Esta articulación del objeto de estudio y la praxis permite un desarrollo de la prevención integral hacia los valores positivos de la salud, en relación con la naturaleza, la técnica y el conocimiento, que acceda al logro de una cultura de la salud del hombre y de la mujer, integralmente considerados.

En este sentido, es preciso iniciar con una breve síntesis de los componentes de la práctica profesional en las tres categorías citadas que permitan relacionarlas con el objeto de estudio proceso salud-enfermedad y al mismo tiempo ubicar el tipo de teoría funcional, fenomenológica o crítica, en que se encuentran situadas.

Así, la práctica profesional, en su categoría de *formación del talento humano*, se inicia alrededor de 1840, con la creación de la primera Escuela de Odontología en Baltimore-USA. Así surge el primer currículo formal en estomatología, con un plan de estudios, que contemplaba el estudio de enfermedades prevalentes (caries dental y parodontopatías), considerándolas como su objeto de estudio. En consecuencia, la capacidad profesional era medida por la habilidad para extraer dientes y para el diseño de placas totales que permitiesen rehabilitar al individuo. Este tipo de *currículo empirista-funcional* es la base de muchos planes de estudio en el transcurso del siglo XIX.

En 1910, Flexner, tomando como modelo el diseño curricular desarrollado en el Hospital Johns Hopkins, "...intenta asentar firmemente el conocimiento que emplea el médico en su práctica cotidiana en ciencias básicas, sustentadas en el estudio exploratorio y experimental del organismo humano o animal"². En este sentido, el estudio de la medicina, y por ende el de la estomatología, "... debía consistir en una sucesión ordenada de escalones, cada uno de los cuales se apoyaba en los anteriores, y que antecedían a las disciplinas destinadas al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades: las diversas clínicas y terapéuticas"³.

Este modelo, basado en las Ciencias Naturales, de tipo positivista, genera una desintegración del conocimiento biológico-clínico, ya que fue concebido para formar un profesional que supiera todo de todo, con énfasis en la cantidad de conocimiento, en un crecimiento exponencial; es decir desmesurado, que para asimilarse, necesita simplemente más horas de estudio, de allí el número excesivo de horas en el currículo del siglo XX.

De acuerdo a esta lógica funcional, se desarrolla una planeación de tipo normativa, y se pierde en el camino de la formación del talento humano, la visión integral del y de la paciente,

sin un replanteo del tipo de profesional que se debe formar, y cuáles son los conocimientos pertinentes que debe poseer. En este plan de estudio, propuesto por Flexner, la división entre ciencias básicas en los primeros años y disciplinas clínicas en los últimos años de las carreras, en el área de la salud, sobrelleva a una separación que dificulta ver la íntima relación existente entre ambas, crea un obstáculo interpuesto entre él y /la estudiante y su quehacer profesional.

La consecuencia es que, en vez de profesionales con un conocimiento basado en la ciencia experimental, se "...promueve una conciencia profesional eminentemente práctica que descuida los aspectos teóricos y científicos de la propia disciplina"³.

Bajo este enfoque, los factores psicológicos y sociales, se quedan en un lugar relegado, en materias aisladas, hacia el final de la carrera, y por lo tanto, no son percibidos como básicos al conocimiento médico y/o estomatológico (Cuadro 1).

Este currículo se encuentra vigente en algunas instituciones educativas de varios países en América Latina. La enfermedad era, y todavía es, analizada a través de conocimientos etiopatogénicos, diagnóstico, terapéutica y profiláctica en el hombre y la mujer. La respuesta a este objeto, se realiza a través de un quehacer profesional de tipo curativo, mutilador, rehabilitador e hiper-especializado, que no comprende totalmente al hombre y a la mujer, ya que no explica la complejidad de los fenómenos en estudio, y aún menos intenta modificar, en forma favorable, su relación con la naturaleza.

Fue necesario un gran avance en el conocimiento, a partir de la segunda guerra mundial, para que se evidenciara las limitaciones de este paradigma y surgiera otro denominado *ecológico*. En la década de los 60's, en la Universidad de Kentucky, se considera a la salud como el objeto de estudio. Instituido bajo las premisas de ins-

Cuadro 1. Práctica profesional: formación de talento humano

Enfoques	Características
Flexneriano	<ul style="list-style-type: none"> - Disciplinaria: Teorías biológicas básicas y presupuestas. - Objeto de estudio: La enfermedad. - Quehacer: Individual, curativo, costoso, elitista. - Pedagogía: Individual - Diseño curricular: Disciplinas desintegradas. - Planeación: Normativa.
Ecológico	<ul style="list-style-type: none"> - Disciplinaria: Áreas Ciencias biológicas y Ciencias sociales. - Objeto de estudio: La salud - Quehacer: Preventivo, individual, costoso, elitista - Pedagogía: Individual-Grupal - Diseño curricular: Áreas desintegradas. - Planeación: Pedagógica-Normativa.
Latinoamericano	<ul style="list-style-type: none"> - Multi / Interdisciplinaria - Objeto de estudio: Proceso salud-enfermedad - Práctica profesional: Formación del talento humano, Producción de servicios, Producción de conocimientos para la prevención integral/profunda. - Diseño curricular: Sistema de enseñanza modular (Integración del conocimiento). - Pedagogía: Grupal / teoría-Práctica. - Planeación: Estratégica.

truir y formar a un profesional biológicamente orientado, clínicamente capacitado y socialmente sensible; para ello se estructura la disciplina estomatológica en una semi-integración de las áreas biológica, clínica y social, a través de dos ejes rectores: patología y clínica, basado en una teoría neo-funcionalista.

Los problemas estomatológicos, de acuerdo a este paradigma, se encuentran definidos por la intervención de una *tríada estructural: huésped-agente-medio ambiente*, la cual interviene favorable o desfavorablemente para la aparición de los fenómenos de salud.

En el quehacer profesional se incorpora el concepto de prevención, sobre todo de tipo individual, sin considerar aún la historicidad social de los problemas estomatológicos, manteniendo todavía algunas de las características

del enfoque anterior, respecto al quehacer profesional - elitista y costoso - y al tipo de planeación utilizada, la cual a pesar de incorporar aspectos pedagógicos de tipo conductista, continúa siendo de tipo normativa.

En este enfoque, se coloca en un mismo plano, natural -ahistórico, a todos los elementos de la naturaleza, incluyendo a la sociedad, y en este sentido logra falsear la realidad, pues reduce la vida humana a su dimensión animal y convierte lo social, lo cultural y lo ideológico, en un elemento más del medio ambiente. De estos planteamientos, se deduce que los factores ambientales y los factores del agente sólo establecen conexiones externas con el factor humano (huésped), "... entonces se puede actuar sobre ellos con medidas de tipo ecológico sin necesidad de modificar la organización

social, puesto que la misma no los condiciona esencialmente. En consecuencia, queda librada de toda responsabilidad ecológica la estructura social y todo ajuste de los desequilibrios del ecosistema, debe realizarse con la idea de devolver funcionalidad a los segmentos alterados de ese todo armónico, integrado y equilibrado que es el sistema de la historia natural”⁴, (Cuadro 1).

Sobre la base del desarrollo del conocimiento de la sociedad y sus relaciones con la salud-enfermedad, desde la década de los 80’, a través de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina (OFEDO - UDUAL), el paradigma se ha transformado hacia la comprensión de los fenómenos en su integralidad, denominándose al objeto de estudio como proceso salud-enfermedad⁵. En este paradigma, caracterizado por *una teoría crítica - emancipadora - histórico social*, se considera como elemento clave la articulación del conocimiento biológico y social; siendo este último condicionante en el apareamiento de perfiles epidemiológicos favorables o desfavorables para el individuo, grupo o sociedad. En este sentido, la etiopatogenia, marcos clínicos y terapéuticos, cambian profundamente según el momento histórico, el espacio geopolítico, la formación económico-social, las diferentes culturas, etnias y géneros, las clases sociales y sus formas de reproducción social, es decir desde su complejidad.

En este enfoque, es indispensable utilizar la categoría proceso, porque expresa el carácter dinámico de los hechos vinculados con la salud-enfermedad en todas sus dimensiones. En consecuencia, el proceso salud-enfermedad, es “... la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos la aparición de riesgos o potencialidades características, los cuales a su vez se manifiestan

en la forma de perfiles o patrones de enfermedad o de salud”⁶.

En este orden de ideas, para la comprensión del proceso salud-enfermedad, debe considerarse la complejidad de los procesos y formas de determinación social, tanto en su espacio como en su movimiento. En su dimensión espacial se establecen tres dimensiones de análisis - espacio temporal: general, particular y singular⁷. Estas dimensiones, son las que permiten construir la unidad del mundo real y dentro de ella la unidad social-biológica. Se trata de reflexionar sobre la complejidad recursiva, dialógica y hologramática del fenómeno en estudio.

Así, la dimensión general considera los procesos de desarrollo de la capacidad productiva y de relaciones sociales que operan en el contexto de una sociedad determinada. Esta dimensión comprende las tendencias sociales y formas de organización colectiva; lo que a su vez permite conocer los límites y posibilidades de reproducción de la salud-enfermedad en la sociedad.

La dimensión particular, comprende a los procesos de reproducción social, es decir, aquellos que se establecen con relación a la manera que cada grupo social realiza su producción y consumo; permite por lo tanto, conocer la calidad, los patrones y modos de vida determinados por los procesos generales. Esta es una dimensión intermedia de enlace entre los hechos y cambios generales y las consecuencias singulares-individuales de salud-enfermedad y se establecen como procesos protectores o destructivos en oposiciones permanentes, antagónicas y complementarias.

La dimensión singular, reflexiona sobre los procesos individuales que, en última instancia, origina y sostiene la salud y/o la enfermedad, constituyéndose en un nivel concreto-empírico, que se puede utilizar para comparar las inferencias y predicciones que

se establecen sobre la base de las dos dimensiones anteriores. En otras palabras, “en la historia de lo individual se recrean y repiten las propiedades esenciales de la historia del todo, aunque dentro de las posibilidades concretas de las condiciones individuales. Entonces, existe una historia específica de la parte, pero que es también producida por la historia del todo...”⁸; como un principio hologramático, y recursivo. Los procesos biológicos generativos individuales del proceso salud-enfermedad son una parte del todo de la vida social, y por lo tanto, se da entre estas dimensiones, una relación esencial interna y una contradicción entre los procesos fisiológicos y fisiopatológicos, que conlleva a valores positivos o negativos del perfil del proceso salud-enfermedad.

La planeación educativa a ser desarrollada bajo este enfoque, es de tipo estratégica situacional y la pedagogía es grupal- crítica, basada en la pregunta de alumnos, alumnas y docentes y por lo tanto reflexiva y no en la pedagogía de la respuesta, también denominada por Paulo Freire como bancaria; tiende a ser crítica, solidaria, democrática, complementaria y debe ser contextualizada a través una estrecha vinculación entre teoría – práctica⁹.

La producción de servicios, como un segundo componente de la práctica profesional, en su complejidad, deberá ser comprendida, de acuerdo a Breilh y Granda, según tres categorías, articuladas entre sí: *la económica, la política y la cultural*¹⁰ (Gráfico 1).

En la primera categoría denominada *económica*, se encuentra tres tipos de producción de servicios: a) la artesanal; b) la empresarial y/o industrial; c) la social.

Una producción de servicios de tipo *artesanal* es aquella donde el profesional desarrolla en forma individual, sin participación de personal auxiliar, todo el proceso de servicio de atención brindada al ser humano, desde su in-

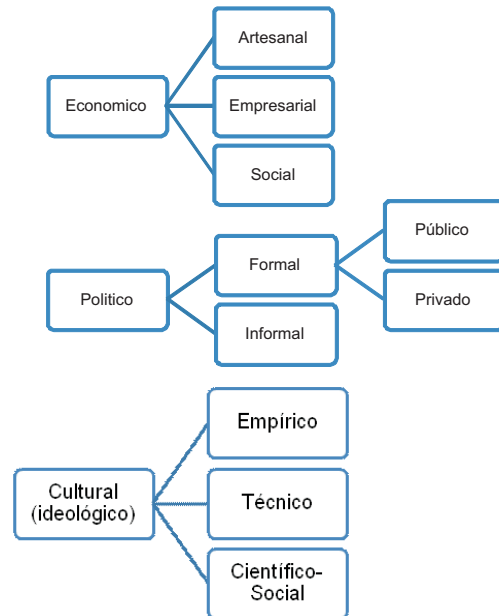


Gráfico 1. Práctica profesional: Producción de servicios.

greso al consultorio, los actos odontológicos a desarrollar, hasta el pago final. Así, la plusvalía se logra por el esfuerzo del tiempo dispensado y por el alto costo de la atención para el usuario, esta categoría describe a grandes rasgos la práctica bio-estomatológica tradicional.

La producción de servicios *empresarial o industrial* se establece bajo la participación de un grupo de profesionales con una división social y técnica del trabajo, generalmente conformada por especialistas y personal auxiliar, que aportan sus conocimientos técnico científicos en el transcurso de resolución de los actos odontológicos, caracterizado por una administración y gastos comunes. En este sentido, la plusvalía se obtiene por la contratación de la mano de obra profesional a bajo costo, así como por un aumento de la productividad o bien por los altos costos de la alta tecnología utilizada. Se encuentra presente en los grandes centros urbanos y cosmopolitas.

En una producción de *servicio social*, se encuentran los servicios públicos, sea en el ámbito gubernamental o no gubernamental, donde

los profesionales son asalariados, sin poder obtener lucro por los actos odontológicos desempeñados, aún cuando son desarrollados en forma individual, muy similar a la práctica artesanal de los consultorios privados.

En la categoría *política* se distinguen dos formas de producción de servicios: la formal y la informal. La producción formal es regulada por los diferentes sistemas del Estado, a través de la credencialización, legalización y regulación de los cursos profesionalizantes realizados por las Instituciones de Educación Superior. Esta se subdivide en dos tipos de servicios: el estatal o público y el privado. La producción informal es desarrollada por los llamados grupos empíricos o informales o bien curanderos, a los que el Estado desconoce legalmente, no permitiendo su intervención en ningún tipo de servicio, sea en el ámbito estatal o privado.

La categoría *cultural*, de la producción de servicios, comprende tres elementos básicos: El conocimiento empírico, el técnico y el científico-social, aplicados a través del método clínico. El conocimiento empírico se sustenta en los hechos cotidianos, en la experiencia y no contiene elementos teóricos que sustenten su práctica; el conocimiento técnico tiene un inicio de racionalidad científica sustentada en la tecnología tradicional o moderna; y el conocimiento científico-social es comprendido como un proceso que se respalda en un conjunto de conocimientos teórico-conceptuales, es decir, recursiva de la parte para el todo y del todo a las partes, considerada como proceso, epistémica, conocimiento en red, de descripciones aproximadas, con un alto grado de veracidad científica y elementos tecnológicos confiables.

Estos tipos de conocimientos, de la categoría cultural, tienen una alta relación con los diferentes tipos de producción de servicios y la formación del talento humano. Por ejemplo,

una producción de servicios artesanal tiene estrecha relación con un conocimiento empírico, ya que en su formación de tipo flexneriana, el conocimiento se torna desintegrado, por especialidades, con un fuerte componente biologicista. Esta situación impera en la actualidad, en gran parte de la producción de servicios de los sistemas de salud, público o privado, en América Latina ¹¹.

Por último, en esta práctica profesional, se encuentra la *producción de conocimientos*, la cual se establece bajo dos grandes tendencias en ciencias de la salud: la investigación cuantitativa y la cualitativa. La primera está basada en leyes funcionales y probabilísticas y en los métodos biológico-clínico y epidemiológico tradicionales, y la segunda basada en leyes probabilísticas, funcionales y dialécticas, y fundamentada en los métodos fenomenológicos, etnográficos, de la teoría fundamentada y de la teoría crítica, desarrollada en los campos biológico-clínico-epidemiológico. En esta visión debe establecerse la articulación de lo social y de lo biológico y físico, sobre todo por medio de método epidemiológico crítico, donde el conocimiento tiene valores sociales, culturales, económicos y políticos. Esto puede permitir la construcción del conocimiento integrado en ciencias de la salud, generando una transformación y recreación del proceso salud-enfermedad (Gráfico 2).

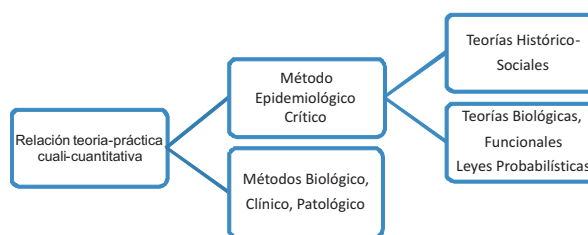


Gráfico 2. Práctica profesional: Producción de conocimientos.

Ibáñez ¹², señala que la producción de conocimientos, en su desarrollo histórico, atraviesa por tres etapas: *a) protocapitalismo, b) capitalismo de producción y acumulación y c) capitalismo de consumo*. La primera etapa, del protocapitalismo, tiene características de ser a-metódica, indisciplinaria y empírica; la segunda, del capitalismo de producción y acumulación (primera revolución industrial), se transforma para la disciplinabilidad y el método científico, basada en la investigación experimental y en las ciencias naturales; y la tercera, del capitalismo de consumo (segunda revolución industrial) la producción de conocimientos pasa a ser interdisciplinaria e intermetódica, o sea, que ultrapasa las fronteras establecidas en la fragmentación del conocimiento de la segunda etapa.

Sobre esta óptica, las funciones del saber, avanzan de acuerdo con el desarrollo general del sistema socio-económico-político-cultural de cada una de las etapas citadas. Y en la actualidad por la alta prevalencia de cambios favorables y desfavorables, se prevé nuevas formas de abordaje en la producción del conocimiento científico, con un fuerte énfasis en la metódica interdisciplinaria y en la articulación de la investigación cuanti-cualitativa, con las características formuladas por Capra y Morin.

A modo de conclusiones

La multidimensionalidad del objeto de estudio-trabajo y el tipo de práctica profesional en relación con la dimensión de la teoría organizacional ³, inciden en el tipo de planeación de las instituciones de educación superior, así como también del sector salud, en su desarrollo institucional. Las nociones de organización serían de tipo normativo, sistémico o crítico-cultural, ya que cada uno de ellos tiene diferentes formas de resolver los fenómenos que en ella se presenten. Así, la teoría normativa-clásica se desenvuelve mejor con el objeto enfermedad y un “que ha-

cer” económico artesanal-individual; el objeto salud se relaciona con un “que hacer” preventivista-individual y se encuentra ubicado en una teoría sistémica-empresarial; y la formulación del objeto salud-enfermedad se articula con una práctica profesional integral de tipo crítico-cultural, que reconoce la relación entre los procesos sociales y en consecuencia la interdependencia, emancipación y transformación del sujeto-objeto y su medio político-cultural.

En nuestro caso, para el logro de una Estomatología compleja para el siglo XXI, esta debe estar inserta en un modelo alternativo de organización académica crítica-cultural, la cual se define por un Sistema de Enseñanza Integral (SEI), cuyo principio fundamental es la articulación del conocimiento caracterizado por la vinculación de la teoría (Proceso Salud Enfermedad del Sistema Estomatognático) y su articulación con los componentes de la práctica profesional en cada una de las categorías anteriormente citadas, y que responden a la articulación que actualmente se conoce como las funciones clásicas de la Universidad (docencia-servicio-investigación), ahora formuladas en un proceso pedagógico crítico a través de un enfoque multi interdisciplinario.

El SEI, como una organización académica flexible, democrática y crítica permite introducir cambios desde su propuesta inicial, y posibilita el desarrollo de la Estomatología en la formación del talento humano bajo los planteamientos del modelo latinoamericano, considerando en ella los principios de producción de servicios y de conocimientos, es decir, a través de una práctica profesional integral.

En este contexto, la Estomatología, debe establecer al proceso salud-enfermedad, en su componente estomatológico, como su objeto de estudio. Este objeto de estudio se conceptualiza como una expresión particular del proceso general de la vida social, con un carácter histórico y dialéctico. Dicho proceso es al mismo tiempo,

un concepto biológico y social, unitario e integral, que incluye formas de movimiento e interacción a través de niveles de conocimiento teórico y aplicado, y dimensiones individuales y colectivas, es decir, como un principio dialógico. Constituyendo lo social, en ambos niveles, el condicionante en el apareamiento de perfiles epidemiológicos y constituye el eje principal para su comprensión, explicación y aplicación de soluciones en la práctica profesional integral.

Esta perspectiva, en la actualidad, permite construir una ruptura teórica respecto al objeto de estudio salud, correspondiente al paradigma ecológico, y asimismo una ruptura metodológica con respecto al quehacer profesional (como una actividad que relaciona la integración de la docencia-servicio-investigación) por una práctica profesional integral, con sus diferentes categorías y variables.

En esta interacción del objeto de estudio, proceso salud-enfermedad y la práctica profesional estomatológica integral se generaría el conocimiento integral, según la Organización Panamericana de la Salud ¹³, entendido como la articulación de lo biológico y lo social, en un proceso de construcción permanente, a ser desarrollado por docentes, alumnos, y alumnas en su cotidianeidad. Lo que permitiría la creación del constructo teórico-práctico de cada módulo del SEI, en las áreas del conocimiento biológico-social.

Esta propuesta indica que el eje directriz en estomatología, debe ser la formación del talento humano, de acuerdo al modelo latinoamericano y en su articulación con la producción de servicios y conocimientos, es necesario desarrollar sistemáticamente un análisis de las categorías económicas, políticas, culturales y/o ideológicas, que condicionan a esta producción de servicios en salud, proporcionado a la sociedad latinoamericana en la actualidad (Cuadro 2). Sobre el cual podríamos indicar que está enfocado hacia la enfermedad y no hacia el desarrollo de

la prevención integral. Para todo ello es necesario partir de la inclusión de los elementos científicos, tecnológicos y sociales del proceso salud-enfermedad.

Esto sería factible a partir de la introducción de las siguientes categorías: en lo cultural, un desarrollo de servicios estomatológicos de carácter científico; en lo político, de carácter formal público y/o privado; y en lo económico, de carácter social y/o empresarial - social.

Respecto a la producción de conocimientos, se realizaría, articulando lo social y lo biológico, a través del método epidemiológico crítico, donde el conocimiento tendría un valor social y económico, lo cual permitiría el inicio de la construcción del conocimiento integral en estomatología. En este sentido, es preciso generar una transformación y re-creación del proceso salud-enfermedad, fundamentado en leyes histórico-sociales, funcionales y probabilísticas (Gráfico 2).

El conocimiento integral, en el campo estomatológico, se establecería bajo los parámetros de la planeación estratégica situacional, de acuerdo a Matus ¹⁴, lo que permitiría orientar el proceso salud-enfermedad hacia objetivos sociales deseados, acordes a la realidad y tendencias de la sociedad latinoamericana. En este contexto, las categorías principales estarían establecidas con respecto a la situación socio-económica-cultural y a sus condicionantes políticos, utilizando variables de género, etnia y clase social; considerando en este proceso la participación de todos los actores sociales, a través de los siguientes ejes direccionales:

- El estudio de los elementos políticos, económicos, sociales, culturales y/o ideológicos del proceso salud-enfermedad, en su componente estomatológico, por medio de un estudio socio-eco-epidemiológico en el área de influencia de la institución.

- Articular la naturaleza biológica y social del proceso salud-enfermedad de acuerdo a ejes de referencia del currículo y plan de estudios.
- La comprensión y reflexión sobre la definición del proceso salud-enfermedad y su historicidad, con respecto a la práctica profesional integral.

En resumen, la organización social de la profesión estomatológica, considerando los aspectos de las relaciones organizacionales y los vectores normativos de una teoría organizacional crítica, permitirán comprender la interrelación del objeto de estudio - proceso salud-enfermedad, en su componente estomatológico y la práctica profesional integral. Se considera que las categorías, variables e indicadores deben ser aprendidos por alumnos y alumnas, docentes y directivos para la integración y complementariedad de la problemática del proceso social, en los diferentes ejes de referencia de un sistema de enseñanza integrado, a través de una metódica multi/ interdisciplinaria.

Con los desafíos y alternativas a ser encontrados, en los conceptos anteriormente citados, es factible enumerar los siguientes retos en la relación de la práctica profesional y proceso salud-enfermedad, revisados por medio del método de la complejidad ¹⁵:

- Superar las visiones reduccionistas de tipo biologicista;

- Romper con la atomización de saberes que tienden a la hiper-especialización;
- Superar el impedimento de la autogestión para la cultura de la salud;
- Resolver la permanente disyunción entre el plano teórico-epistemológico y el plano empírico;
- Pasar del polo de la enfermedad para el polo de la salud.

La probabilidad de un horizonte de esta naturaleza no es utópica, por el contrario, concebir el presente más allá de los límites de su historicidad, implicaría reconocer que el proceso salud-enfermedad es histórico y que las respuestas del presente sobre este proceso se viabilizan a través de una práctica profesional integral que puede anteceder o no al futuro, pero que permiten trabajar dentro de las incertidumbres que se presenten. La viabilidad de cualquier alternativa está dada por la construcción de propuestas hechas por los distintos actores sociales y por los resultados que consigan consolidar. Elementos de participación de los actores sociales cruciales en la planeación estratégica. Así, el futuro en Estomatología, a ser planeado, no pertenece a una opción, por más poderosa que aparezca en el presente; el futuro a final de cuentas, es de quien lo conquista y modela para sí, para los otros y para todos.

Referencias

1. Laurell, A.C. Sobre la concepción biológica y social del Proceso Salud-Enfermedad, en: Rodríguez, M.I. (Coord.) *Lo Biológico y lo Social. Su articulación en la formación del Personal de Salud*. Washington D.C: OPS/OMS, 1994, pp. 1-10.
2. Capra F. *O ponto de mutação*. 25a ed. São Paulo: Cultrix; 2004.
3. Lorenzano C. La Estructura Teórica de la Medicina y las Ciencias Sociales, en: Rodríguez M.I. (Coord.) Op.cit., p. 36.
4. Breilh J. *Epidemiología, Economía, Medicina y Política*. 3ª ed, Mexico DF, Fontamara. 1986. p. 112.
5. Gómez Castellanos A. *Los recursos humanos odontológicos necesarios para América Latina*. México:UDUAL Memorias. 1980, pp. 545-553.
6. Breilh J. y Granda, E. *Investigación de la Salud en la Sociedad*. Guía Pedagógica sobre un nuevo Enfoque del Método. Quito, Ecuador, CEAS 1980, pp. 50-76.
7. Breilh J. Las Ciencias de la Salud Pública en la Construcción de una prevención profunda: Determinantes y Proyecciones, en: Rodríguez M.I. (Coord.) Op.cit., p. 79.
8. Breilh J. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005.
9. Freire P. *Hacia una pedagogía de la pregunta: Conversaciones con Antonio Fernández*. Buenos Aires: La aurora; 1986.
10. Breilh J., y Granda E. Situación y tendencias de los recursos humanos odontológicos en el Ecuador. *Salud Problema*, 1989, 16:9-25. 8.
11. Gómez Castellanos, A. Educación Permanente y Práctica Odontológica. En: *Memorias del Taller Seminario de Evaluación Curricular*. Michoacan: AMFEO, 1992.
12. Ibañez J. *Del Algoritmo al Sujeto. Perspectivas de la Investigación Social*. España, Siglo XXI, 1985, p. 56.
13. Harmon M, Mayer T. *Teoría de la organización para la administración pública*. México: Fondo de Cultura Económica; 2001.
14. OPS/OMS. *Conocimiento básico en la formación profesional*. Washington, D.C: OPS/OMS: 1987.
15. Matus C. *Política, Planificación y Gobierno*. Washington, DC: OPS/OMS, 1987.
16. Morin E. *Introducción al Pensamiento Complejo*. Barcelona:Gedisa 1994, p. 87.