



Maestría en Enseñanza Universitaria

Comisión Sectorial de Enseñanza
Área Social y Artística
Consejo de Formación en Educación

TESIS



La formación de grado de los doctores en odontología de la Universidad de la República y el Sistema Nacional Integrado de Salud: un estudio de caso

Alicia Cabezas

Junio, 2012

ISSN: 2393-7378



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



comisión sectorial
de enseñanza



Facultad
de Humanidades
y Ciencias de la Educación



Consejo de
Formación en
Educación

Lic. Alicia Cabezas

La formación de grado de los doctores en odontología de la Universidad de la República y el Sistema Nacional Integrado de Salud: un estudio de caso.

Universidad de la República
Área Social
Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República

Tesis presentada con el objetivo de obtener el título de Magíster en Enseñanza Universitaria en el marco del Programa de Especialización y Maestría en Enseñanza Universitaria del Área Social y de la Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República

Tutor: Mag. Susana Rudolf

Montevideo, 27 de junio de 2012

Foto de portada: www.pexels.com



Maestría en Enseñanza Universitaria

Comisión Sectorial de Enseñanza
Área Social y Artística
Consejo de Formación en Educación



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



comisión sectorial
de enseñanza



Facultad
de Humanidades
y Ciencias de la Educación



Consejo de
Formación en
Educación

Agradecimientos

Deseo expresar mi más profundo reconocimiento a las autoridades de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República, quienes desde el inicio de las gestiones dieron albergue a esta propuesta y apoyaron su realización; así como a todos los docentes, estudiantes, egresados y funcionarios que colaboraron activamente en su concreción, aportando documentos, publicaciones, materiales complementarios y sus enriquecedores puntos de vista acerca del tema en estudio. A todos ellos, mi admiración por su compromiso con la institución y mi agradecimiento por su entusiasta disposición a colaborar con este trabajo.

Asimismo, agradezco la invaluable asistencia proporcionada por el Departamento de Documentación y Biblioteca de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República en la revisión de fuentes y en la corrección de la bibliografía.

Resumen

La Ley 18.211, que consagró la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), plantea a la Universidad de la República (UR) el desafío de revisar sus programas de formación profesional para ajustarlos a los requerimientos de un modelo centrado en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Procurando aportar en esta dirección, se estudia el diseño curricular de la carrera Doctor en Odontología para conocer sus fortalezas y debilidades respecto a la formación de profesionales capacitados para intervenir en un sistema de salud centrado en dicha estrategia. Se realizó una investigación de naturaleza cualitativa, siguiendo el método del estudio de caso. El diseño implicó los siguientes pasos: 1) identificación de las competencias requeridas para intervenir en un sistema de salud centrado en la estrategia de APS, de acuerdo con los consensos alcanzados a nivel de los organismos internacionales (Oficina Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud); 2) análisis de contenido de los documentos curriculares de la carrera (plan de estudios y programas de las unidades curriculares); 3) entrevistas en profundidad a integrantes de los órganos responsables del diseño y la conducción curricular de esta carrera, siguiendo la modalidad del muestreo intencional, y 4) contraste de los datos obtenidos en 2) y 3), con las competencias específicas identificadas en 1). Los resultados del análisis curricular realizado y las opiniones vertidas por los entrevistados parecen confirmar que la formación de grado actualmente ofrecida por la Facultad de Odontología es consistente con los objetivos del SNIS y con las recomendaciones de la OPS/OMS respecto a la adquisición de las competencias técnico – profesionales suficientes para brindar una atención apropiada en el primer nivel de atención, centrada en la estrategia de APS. No obstante, se observan ciertas limitaciones en referencia a la adquisición de algunas competencias socioculturales y de salud pública, así como las requeridas para integrarse a un equipo interdisciplinario de salud. Para finalizar, se analizan algunos de los cambios propuestos en el nuevo plan de estudios 2011 de la carrera y se realizan algunas sugerencias, con la finalidad de aumentar su pertinencia en relación con los requerimientos de un sistema de salud centrado en la estrategia de APS.

Palabras claves

Sistemas integrados de salud, formación odontológica, competencias profesionales



Summary

Law 18,211, which established the creation of the Integrated National Health System (INHS), presents the University of the Republic (UR) the challenge to review training programs in order to suit the requirements of a model focused on Primary Health Care (PHC) strategy. Seeking to contribute in this direction, the paper examines Doctor of Dentistry curriculum in order to identify strengths and weaknesses of present training, regarding competence of graduates to participate in a health system focused on PHC. Of a qualitative nature, research work involved the following steps: 1) identification of core competences of the PHC strategy according to the consensus reached at the World Health Organization (WHO) and Pan-American Health Office, 2) content analysis of curriculum documents (syllabus and programs of the units), 3) in-depth interviews with members of the academic staff, following the method of purposive sampling, and 4) contrast of data obtained in 2) and 3) with specific competences identified in 1). Results seem to confirm that the training currently offered by the Faculty of Dentistry of UR is consistent with the aims of the INHS and PAHO/WHO recommendations, regarding the acquisition of technical skills and professional competence for providing appropriate care at the first level. However, some shortcomings were detected regarding the acquisition of certain social and public health competences, as well as those required to work as a member of an interdisciplinary team. Finally, taking into consideration the changes already introduced in 2011 curriculum, some suggestions are offered in order to increase its relevance regarding the requirements of a health system focused on PHC strategy.

Key words

Health systems focused on PHC strategy, dental training, professional skills.

TABLA DE CUADROS

Cuadro 1. Estrategia de la reforma	19
Cuadro 2. Competencias necesarias para intervenir en APS.....	45
Cuadro 3. Fases del proceso de investigación.....	64
Cuadro 4. Cursos centrales de la carrera Doctor en Odontología.....	69

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	11
---------------------------	----

Cuerpo de la obra

1. El problema de investigación

1.1. La reforma del sistema sanitario uruguayo.....	17
1.2. El posicionamiento de la Universidad de la República	20
1.3. La formación de los profesionales de la salud y la estrategia de APS	22
1.4. La elección del caso	24

2. El marco teórico

2.1. Los sistemas de atención a la salud basados en la estrategia de atención primaria en salud (APS).....	26
2.2. La formación de profesionales de la salud consistente con la estrategia de APS	34
2.3. La estrategia de atención primaria y el cambio de modelo en Odontología.....	50

3. Metodología

3.1. Los fundamentos del diseño.....	58
3.2. El diseño de la investigación	61

4. Resultados

4.1.	El plan de estudios 2001	65
4.2.	Los programas de las unidades curriculares	78
4.3.	La visión de los actores institucionales	93

5. Discusión de los resultados

5.1.	El cambio de modelo en la formación de grado de los odontólogos	112
5.2.	Pertinencia de Plan 2001 según las categorías consideradas.....	115
5.2.1.	Competencias técnico – profesionales.....	115
5.2.2.	Competencias de salud pública.....	117
5.2.3.	Competencias para trabajar en un equipo multiprofesional...	120
5.2.4.	Las competencias interculturales.....	125

6. Conclusiones y sugerencias.....	127
-------------------------------------------	------------

Bibliografía.....	133
--------------------------	------------

Abreviaturas y siglas.....	140
-----------------------------------	------------

Anexos:

A. Cuadro resumido del análisis de los programas de las unidades curriculares, en función de las categorías propuestas.....	141
B. Texto del correo enviado a los promitentes entrevistados.....	161

INTRODUCCIÓN

Breves antecedentes del problema

La Conferencia Internacional convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978 definió la salud como un derecho humano fundamental y consagró la Atención Primaria de la Salud (APS) como su principal estrategia. La Declaración de Alma-Ata, emanada de dicha conferencia, señala que el enfoque de APS supone la intervención conjunta de actores sociales y de profesionales “con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud” con la finalidad de atender las necesidades de la comunidad (OMS, 1978, VII).

En décadas posteriores, la OMS y la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) impulsaron la realización de sucesivos encuentros destinados a reactivar la estrategia de APS, por constatar que los avances logrados en la materia, distaban mucho de los acuerdos alcanzados en Alma-Ata. La República Oriental del Uruguay, en su condición de estado miembro de la OMS/OPS, está plenamente obligada a cumplir con estos compromisos. La ley 18.211, que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), pretende avanzar en esta dirección, pero resulta imperativo verificar qué correspondencia existe entre los lineamientos del nuevo modelo y la formación actual de sus profesionales.

La instalación de sistemas de salud centrados en la estrategia de APS ha requerido, por regla general, una revisión a fondo de los programas de formación que les permita evolucionar desde el modelo biomédico tradicional, centrado en la patología, a otro que privilegie la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Justificación y relevancia de la investigación

A partir de 2008 rige en el país la ley 18.211, que delinea la arquitectura general del SNIS, crea dispositivos para su conducción y modifica los



mecanismos de financiamiento de la atención sanitaria mediante la creación de un Seguro Nacional de Salud. En referencia a la naturaleza de la atención a brindar, esta ley establece que el SNIS: “Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención” (art. 34). Asimismo, prescribe que “las acciones de atención integral (...) serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia” (art. 36).

La Universidad de la República (UR) ha manifestado públicamente su adhesión a esta concepción y su voluntad de contribuir a la reforma del sistema de salud uruguayo (UR/CDC, 2008). En opinión de quien investiga, esta tarea constituye un desafío y una oportunidad histórica para la UR de participar en la construcción de un sistema de salud que procura alcanzar el mayor nivel de salud posible y asegurar el acceso universal de la población a servicios integrales de atención.

Por otra parte, la actual Ley Orgánica de la UR la compromete a “contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública”. Asimismo, el proceso actual de la denominada Segunda Reforma “apunta a forjar una verdadera Universidad para el Desarrollo”, que colabore con el conjunto del Estado y con otros actores colectivos “para generar conocimientos, transmitirlos y ponerlos al servicio de la sociedad y fundamentalmente de sus sectores más postergados” (UR/ Rectorado, 2008, p.16).

Dado el escaso tiempo transcurrido desde la aprobación de esta ley, es razonable presumir que persistan desajustes entre los programas actuales de formación de los profesionales del Área Salud de la UR y las competencias requeridas por el nuevo sistema en proceso de implementación. Procurando contribuir en esta dirección, se propone estudiar la formación actual de los Doctores en Odontología y examinar las competencias específicas que ellos adquieren para desempeñarse en un sistema de salud centrado en la estrategia de APS.

Formulación del problema

A partir de las recomendaciones emanadas de la OMS/OPS y la experiencia de los países que han implementado reformas integrales de sus sistemas de salud, se asume como supuesto que el Área Salud de la UR debería revisar los planes de estudio de sus carreras de grado, a efectos de analizar su pertinencia para formar profesionales capacitados para desempeñarse en el SNIS (Ley 18.211), que privilegia la estrategia de APS y prioriza el primer nivel de atención.

Ante la imposibilidad de estudiar la propuesta formativa de todas las carreras del Área Salud, que superan ampliamente la veintena, se optó por analizar la carrera de Doctor en Odontología como un estudio de caso. Aunque esta opción metodológica limite la posibilidad de generalizar los hallazgos, se privilegió la posibilidad de profundizar en las características de la carrera elegida, reivindicando su potencialidad para contribuir - como caso ilustrativo - a un análisis más amplio del tema (Neiman y Quaranta, 2006).

La pregunta de investigación

La formación que brinda la carrera Doctor en Odontología de la UR (Plan 2001), ¿permite a sus graduados adquirir las competencias necesarias para desempeñarse en un sistema de salud centrado en la estrategia de APS y que prioriza el primer nivel de atención, como el propuesto por la ley 18.211? ¿Sería conveniente revisar algunos aspectos para aumentar su pertinencia al respecto?

Objetivo general

Estudiar la pertinencia de la carrera Doctor en Odontología de la Universidad de la República para brindar una formación de grado consistente con los lineamientos del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley 18.211), estableciendo convergencias y divergencias entre su propuesta educativa y las calificaciones requeridas a los profesionales de la salud para intervenir en sistemas centrados en la estrategia de APS.

Objetivos específicos

Sistematizar en categorías de análisis las recomendaciones emanadas de los organismos internacionales (OMS / OPS) y los aportes de especialistas en el tema, respecto a las competencias específicas requeridas a los profesionales universitarios para intervenir en un sistema de salud caracterizado por la estrategia de APS y que privilegia el primer nivel de atención.

Analizar el texto del Plan de Estudios 2001 y los programas de las unidades curriculares que lo integran, a luz de las categorías de análisis construidas.

Conocer la visión de responsables del diseño y de la conducción curricular de esta carrera respecto a su pertinencia para formar odontólogos capacitados para desempeñarse en el nuevo sistema de salud propuesto.

Identificar fortalezas y debilidades del Plan 2001 para formar odontólogos competentes para desempeñarse en un sistema de salud centrado en la estrategia de APS, que privilegia el primer nivel de atención.

Sugerir potenciales mejoras a introducir en la formación de grado de esta carrera, que contribuyan a aumentar su pertinencia respecto al tema en estudio.

Metodología

Se realizó una investigación de naturaleza cualitativa, que adoptó como método el estudio de caso único y empleó como técnicas el análisis documental y la entrevista en profundidad a informantes calificados. Las fuentes documentales primarias fueron el Plan de Estudios 2001 y la totalidad de programas de las unidades curriculares, los que fueron examinados a la luz de las competencias consideradas como necesarias para desempeñarse en sistemas de salud centrados en la estrategia de APS. Dado que no existe un documento único que enumere y describa dichas competencias, se sistematizó la información proveniente de diferentes fuentes (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, Oficina Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y bibliografía sobre el tema) y se las sintetizó en cuatro

categorías: técnico-profesionales, de salud pública, de trabajo interprofesional e interculturales.

A efectos de complementar el análisis documental, se realizaron entrevistas en profundidad a responsables del cogobierno y de la conducción curricular de la carrera en análisis, para conocer su visión sobre el asunto y precisar aspectos no suficientemente explicitados en el diseño, o que presentaran aparentes inconsistencias.

Orientación al lector acerca de la organización del texto

El primer capítulo describe el problema de investigación. Lo contextualiza en el marco de la reforma del sistema sanitario en curso en el país y en el posicionamiento favorable de la UR, y de su Área Salud, respecto a sus principios orientadores. Se señalan algunas características, inherentes a la formación de los profesionales de la salud en esta institución, que inducen a cuestionarse si el perfil de sus graduados responde a los requerimientos de un sistema centrado en la estrategia de APS. Finalmente, se exponen los motivos que determinaron la elección de la carrera Doctor en Odontología como caso de estudio.

El segundo capítulo expone el marco teórico en que se respaldó la investigación, realizando un recorrido por la bibliografía de apoyo respecto a los sistemas de atención basados en la estrategia de APS, la formación de profesionales de la salud consistente con dicha estrategia y el cambio de modelo operado en las últimas décadas en el campo de la odontología.

El tercer capítulo está consagrado a la definición de los aspectos metodológicos que guiaron la investigación: estudio de caso único, de naturaleza cualitativa, que empleó como técnicas el análisis documental y las entrevistas en profundidad a informantes clave.

En el cuarto capítulo, se describen los resultados del análisis documental del Plan de Estudios 2001 y de los programas correspondientes a las 43 unidades curriculares que integran la carrera, examinados a la luz de las cuatro categorías de análisis previamente construidas. Asimismo, se da

cuenta de la visión aportada por los actores institucionales entrevistados, respecto a los temas en estudio.

El quinto capítulo ofrece la discusión acerca de los resultados obtenidos, mientras que el sexto y final, se dedica a establecer las conclusiones en relación a la pregunta de investigación, reflejar los alcances y limitaciones del estudio, y realizar sugerencias que podrían incrementar la pertinencia de esta carrera para formar profesionales consistentes con los lineamientos de un sistema de salud centrado en la estrategia de APS.



CUERPO DE LA OBRA

1 - El problema de investigación

1.1. La reforma del sistema sanitario uruguayo

Una reciente publicación del Ministerio de Salud Pública (MSP) (González y Olesker, 2010) historia los intentos de reforma del sistema de salud uruguayo durante las últimas décadas del siglo pasado, muchos de los cuales no llegaron a concretarse o se vieron desvirtuados en la práctica. Asimismo, reconoce los aportes más recientes realizados por actores gremiales y científicos como el Sindicato Médico del Uruguay, el PIT-CNT y la Convención Médica Nacional realizada en 2004.

La publicación sostiene que el sistema de salud anterior ya no respondía a las necesidades de la población porque se ha producido “una transformación demográfica, epidemiológica y social” que define un nuevo perfil de necesidades. El aumento de la expectativa de vida, así como la reducción de la fecundidad, determinan una estructura poblacional envejecida, en la cual predominan enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión y la diabetes. Por otra parte, segmentos importantes de la población - donde la natalidad se mantiene relativamente elevada - viven por debajo de la línea de pobreza, tienen graves dificultades para acceder a sus derechos y padecen las mayores tasas de mortalidad infantil. Por lo tanto, existe una nueva estructura de riesgos donde los determinantes sociales juegan un papel preponderante. Tanto los estilos de vida no saludables, como los riesgos vinculados a la exclusión social, requieren “de un abordaje de equipos de salud multidisciplinarios, que hagan énfasis en la educación y la promoción de salud” (p. 46).

La Exposición de Motivos del proyecto de ley, elevado al Parlamento por el Poder Ejecutivo, para la creación del SNIS y el Seguro Nacional de Salud (SNS), expresa textualmente:

“La protección de la salud es un derecho humano fundamental por cuyo efectivo ejercicio el Estado debe responsabilizarse, creando condiciones para que toda la población residente en el país tenga acceso a servicios integrales de salud” (p. 2).

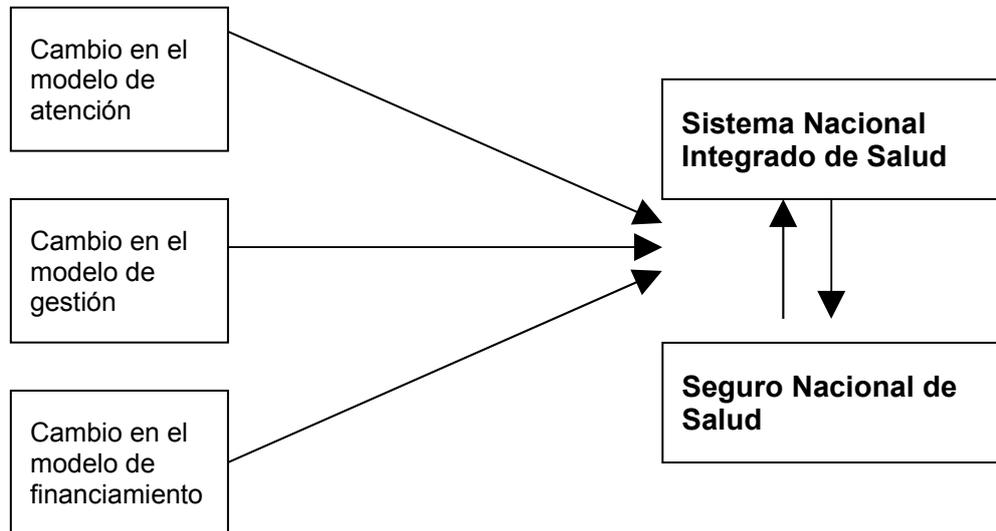
Asimismo, manifiesta que el sistema de salud imperante en Uruguay se ha caracterizado por la presencia de una amplia variedad de prestadores de servicios - diversos en su naturaleza jurídica y en sus formas de financiamiento - subdivididos en dos sectores (público y privado), ninguno de los cuales es homogéneo ni presenta relaciones de complementación con el otro, verificándose grandes desniveles en el gasto por usuario. Destaca que la atención de la salud ha estado “centrada en la enfermedad, con consecuentes altos gastos en tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, además de duplicación, dispersión y subutilización de los recursos disponibles”, lo que constituye “un marco altamente disfuncional al ejercicio pleno del derecho humano a la protección de la salud”. En función de lo anterior, “aconseja la urgente instrumentación de una reforma”, cuyo objetivo fundamental debe ser:

“asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud, orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad según normas, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización en la ejecución, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social, y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación” (p. 3).

Para alcanzar ese objetivo, la reforma del sistema de salud contempla cambios en tres niveles: a) en el modelo de atención a la salud, privilegiando la prevención y la promoción en base a una estrategia de APS, con énfasis en el primer nivel de atención b) en el modelo de gestión, asegurando la coordinación y complementación de servicios públicos y privados en todos los niveles; la profesionalidad, la transparencia y la honestidad en la conducción de las instituciones de asistencia y la participación activa de trabajadores y

usuarios y, c) en el sistema de gasto y financiamiento del sector, que asegure mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad, a través de un fondo único administrado centralmente.

Cuadro 1. Estrategia de la Reforma



Fuente: Fernández Galeano, M. Primer Encuentro de Educación Superior en Ciencias de la Salud, XIII Congreso Odontológico, Montevideo, 3 de octubre de 2006

El artículo 4 de la ley 18.211 reseña los objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud:

A. “Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

B. Implementar un modelo de atención integral, basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.

- C. Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- D. Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
- E. Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.
- F. Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- G. Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- H. Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud” (p. 2).

Para cumplir con estos objetivos, el artículo quinto encomienda al MSP elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el SNIS. Por su parte, el capítulo tercero de la ley crea la Junta Nacional de Salud, en el ámbito del Ministerio de Salud, a efectos de administrar el Seguro Nacional de Salud.

1.2. El posicionamiento de la Universidad de la República

La UR y su Área Salud ya habían manifestado en reiteradas oportunidades su opinión favorable a la transformación del sistema de atención sanitario del país, así como su apoyo explícito a la estrategia de APS. Ejemplo de esto fue la creación del Programa APEX-Cerro, que comenzó a funcionar en 1992. Su Ordenanza lo define como:

“un programa educacional y de extensión universitaria, de proyección social y comunitaria de la Universidad de la República que procura la concurrencia conjunta integrada o, al menos, coordinada de los servicios universitarios al espacio comunitario asociando indisolublemente la docencia con la prestación del servicio de atención primaria de la salud, cooperando estrechamente con las instituciones oficiales responsables de dicha atención sobre bases de integración docente-asistencial y promoviendo la participación

protagónica de la comunidad y sus organizaciones no gubernamentales en sus diversas formas de expresión” (UR/CDC, 1993).

En la misma línea, el Plan Estratégico de Desarrollo de la UR 2000 – 2004 planteó la necesidad de establecer y consolidar “programas permanentes que integren y articulen las funciones de enseñanza, investigación y extensión con proyección a la comunidad, desde una perspectiva interdisciplinaria”, con el propósito de obtener un “incremento significativo de los vínculos de la Universidad con la sociedad para el logro de la utilización del conocimiento para el desarrollo humano” (UR, 2001, p. 21).

La UR participó activamente en el Consejo Consultivo convocado por el Poder Ejecutivo en 2006 para discutir las estrategias de implementación del nuevo sistema de salud, así como en el estudio de la ley 18.211. Por su parte, el Consejo Directivo Central manifestó - de forma unánime - su posición favorable a la ley de creación del SNIS y celebró “la iniciativa de construir un Sistema Nacional Integrado de Salud, basado en el reconocimiento de la Salud como un derecho humano esencial”(UR/CDC, 2009).

De acuerdo con la experiencia internacional, se asume que la consolidación del SNIS en Uruguay exige cambios en la formación de grado y postgrado de los profesionales de la salud. Las autoridades de la UR y del MSP han coincidido en la trascendencia de trabajar conjuntamente para alcanzar los objetivos planteados en el SNIS, pero su concreción va a depender – en buena medida – del ajuste que logre establecerse entre los programas de formación de los profesionales de la salud y los requerimientos internacionalmente consensuados para una atención consistente con los principios de la APS.

En este sentido, en junio de 2010 comenzó a funcionar la Comisión Mixta MSP - UdelAR - integrada por autoridades del MSP y representantes del Área Salud de la UR - con el propósito de “construir una agenda estratégica en salud, formalizando una relación bidireccional“, a efectos de elaborar “una política de recursos humanos” en salud (Acta N° 1). Desde el comienzo se acordó conformar dos subcomisiones, que abordaran las temáticas de investigación en salud y de formación de recursos humanos. Aunque todos

los participantes parecen estar contestes en la necesidad de profundizar el vínculo entre la UR y el MSP para que el cambio de modelo se efectivice, las opiniones respecto a las acciones requeridas no siempre coinciden. A modo de ejemplo, mientras los representantes del MSP han destacado la importancia de “cambiar la estructura de formación de los RR.HH”, y “reperilar” a los profesionales actuales y futuros; algunos representantes de la UR consideran que “los cambios curriculares ya operaron” y que es el mercado de trabajo el responsable por no introducir esos cambios (Acta N° 10). No obstante estas dificultades, una reciente resolución del CDC declara su pleno acuerdo con la propuesta de las autoridades del MSP de incentivar el funcionamiento de esta Comisión Mixta y establece una serie de criterios para su implementación (UR/CDC, 2011).

1.3. La formación de los profesionales de la salud y la estrategia de APS

Los perfiles de egreso de la mayoría de las carreras del Área Salud de la UR describen objetivos de formación y sugieren competencias a alcanzar por sus graduados que - explícita o implícitamente - hacen referencia a la estrategia de APS. Sin embargo, no resultan igualmente evidentes los criterios empleados por los diferentes Servicios del Área Salud de la UR para seleccionar los contenidos y las prácticas de formación que capacitarían a sus egresados para intervenir, de forma pertinente, en acuerdo con esta perspectiva.

Varios indicios conducen a preguntarse si la formación efectivamente implementada por dichos Servicios posibilita la formación de graduados comprometidos con la estrategia de APS y adecuadamente capacitados para realizar una práctica cotidiana consistente con dicho enfoque:

- Por regla general, los estudiantes de las carreras del Área Salud se forman en la especificidad de su campo disciplinar. Sus planes de estudio no prevén instancias compartidas para la formación en la estrategia de APS. Por lo tanto, la interacción con estudiantes o egresados de otras carreras del Área queda limitada a los espacios de práctica en los que temporal o geográficamente coinciden por azar. En

consecuencia, cabe presumir que su entrenamiento para el trabajo interprofesional sea escaso.

- Los planes de estudio de las diferentes carreras del Área Salud son poco explícitos respecto a las características de las actividades de formación vinculadas con la estrategia de APS.
- El intercambio con colegas de otros Servicios de la UR permite poner en duda que la formación de grado contemple la adquisición integral de las competencias específicas necesarias para un desempeño consistente con la estrategia de APS.
- Diez años de experiencia en la coordinación del Proyecto Institucional *Formación Didáctica del los Docentes del Área Salud* sugiere que los docentes participantes del mismo tienen una escasa visibilidad de la estrategia de APS como objetivo primordial en el proceso de formación de sus estudiantes (Artigas, 2006) (Cabezas, 2006).
- Una reciente auto-evaluación del Programa Apex – Cerro - definido como “un programa de integración docente asistencial que se desarrolla en el marco de la Atención Primaria de Salud” – señala, entre otras consideraciones, que “hay una detección fuerte por parte de docentes y estudiantes del déficit del trabajo académico interdisciplinario” y que “las dificultades relevadas conspiran contra la construcción interdisciplinaria de la intervención en salud” (Bianchi y Gómez, 2008, p. 48). Aunque las causas de este déficit pueden ser diversas, lo cierto es que se constatan dificultades cuando actores provenientes de diferentes servicios del Área Salud de la UR participan en el Programa APEX e intentan implementar acciones consistentes con la estrategia de APS.

La bibliografía consultada (OMS, 1978) (Rovere, 1993) (Morales Calatayud, 1999) (Saforcada, 1999) (Starfield, 2001) (Venturelli, 2002) (OPS/OMS, 2007) (OPS/OMS, 2008) (Grupo de Investigación en APS de Porto Alegre, 2008) es coincidente en reconocer la importancia de la estrategia de APS, así como la necesidad de conformar equipos básicos de atención, integrados de forma interdisciplinaria, según las necesidades y características epidemiológicas de

la comunidad considerada. Aunque la inclusión de médicos y enfermeros sea la más habitual, todos los profesionales de la salud - así como los agentes comunitarios - pueden aportar significativamente al mejoramiento de la salud de la población, siempre que cuenten con las competencias específicas requeridas para intervenir en este contexto.

1.4. La elección del caso

Dada la imposibilidad de estudiar todas las carreras del Área Salud de la UR, se optó por estudiar la propuesta curricular de la carrera Doctor en Odontología Plan 2001 y analizar su pertinencia respecto a la construcción de competencias específicas para intervenir en un sistema de salud centrado en la estrategia de APS.

La elección se fundamenta en las siguientes razones:

- los organismos internacionales (OMS/OPS) y nacionales (MSP) reconocen al odontólogo como integrante potencial del equipo básico de atención a la salud,
- la bibliografía consultada (Kriger, 1997) (De Carvalho Weyne, 1997) (Cormack, 2004) (Cowpe et al., 2009) (López Jordi, 2010) reporta un “cambio de paradigma” en la Odontología a nivel mundial, coincidente con el estrategia de promoción de la salud sustentada por la ley de creación del SNIS y por la OMS/OPS,
- la Facultad de Odontología ha impulsado un proceso constante de revisión y reformulación de su propuesta formativa (1993, 2001, 2011), procurando revertir el enfoque curativo tradicional hacia uno preventivo - asistencial y ponerse al servicio de las necesidades de la población uruguaya,
- los atributos vinculados a la estrategia de APS tienen un lugar relevante en el perfil de egreso del Doctor en Odontología de la UR,
- su Plan de Estudios 2001 ha estado en vigencia por un número suficiente de años para haber diseñado e implementado todos los

tramos de la formación previstos en el mismo,

- las autoridades de la institución mostraron una excelente disposición para hacer posible el desarrollo de la investigación

En síntesis, se propone estudiar el caso de la carrera Doctor en Odontología a partir del análisis de sus documentos curriculares (plan de estudios y programas de las diferentes unidades curriculares), complementada con la visión de actores políticos (integrantes del cogobierno) y actores técnico-académicos (integrantes de la Unidad de Transformación Curricular).

Siguiendo a Coll (1997), esto supone situarse en los primeros niveles de la concreción del currículo (el proyecto o diseño curricular), sin ingresar en el estudio del “currículo en acción”. Considerando las limitaciones de una investigación realizada en solitario, la pretensión de incluir el análisis de las prácticas de enseñanza y de aprendizaje que efectivamente se realizan, afectaría seriamente sus posibilidades de concreción.

2. El marco teórico

2.1. Los sistemas de atención a la salud basados en la estrategia de atención primaria

En 1946, la Organización Mundial de la Salud define la salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1946, p. 100). Sin embargo, recién a comienzos de la década de los setenta, el gobierno de Canadá encarga a un grupo de asesores el examen y revisión de sus políticas en salud en consonancia con dicha definición. Aunque el gasto en atención médica se había multiplicado en las dos décadas anteriores, las estadísticas mostraban que la salud de los canadienses no había mejorado en forma proporcional a dicha inversión. Hubert Laframboise, quien comandaba este grupo de trabajo, da a conocer en 1973 un nuevo modelo explicativo del proceso de salud y enfermedad basado en su Concepto de Campo de la Salud (*Health Field Concept*) (Laframboise, 1973) (Lalonde, 2002) (Mc Kay, 2000)

Apoyándose en la definición de la OMS y en estudios similares realizados en el Reino Unido, Laframboise (1973) concluye que el enfoque tradicional de la atención sanitaria es inadecuado porque no tiene en cuenta los determinantes fundamentales que intervienen en el mantenimiento o pérdida de la salud. A esos efectos, propone un modelo para analizar las políticas sanitarias, identificando cuatro factores que intervienen en la conservación de la salud: los estilos de vida, el medio ambiente, la organización de los servicios de salud y los aspectos relacionados con la biología humana. Según este autor, mientras la biología y los servicios de atención han acaparado históricamente el gasto público en salud, se ha prestado escasa o nula atención a los estilos de vida riesgosos, responsables por las tasas crecientes de morbilidad a causa de los accidentes de tránsito, los hábitos alimentarios perjudiciales, los suicidios, el consumo problemático de drogas, etc. (Saforcada, 1999) (Lalonde, 2002)

En 1974, Marc Lalonde, Ministro de Salud de Canadá, se apoya en esta conceptualización de Lafambroise para elaborar su *New Perspectives on the Health of Canadians*, informe que resultaría clave para la transformación del sistema de salud canadiense. En el mismo se sostiene que las condiciones ambientales y los estilos de vida son más importantes para la salud de los canadienses que la asistencia médica, pese a que los recursos disponibles están fundamentalmente dirigidos a ésta, y no a introducir cambios en los otros determinantes de la salud. Aunque el Informe Lalonde no tuvo repercusiones inmediatas en el sistema de salud canadiense, obtuvo el respaldo de importantes autoridades de la OMS/OPS y aportó el marco conceptual necesario para impulsar los cambios que se sucederían en las siguientes décadas.

Cuatro años más tarde, entre el 6 y el 12 de setiembre de 1978, tiene lugar en Alma-Ata, Kazakistán, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, convocada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La Declaración de Alma-Ata - emanada de dicho evento - reafirmó la definición de salud de la OMS, agregando que "es un derecho humano fundamental" y que su realización "exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud" (OMS, 1978, I).

El numeral V de dicha Declaración expresa que "Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera (...) debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva" y que "La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta."

La citada Declaración define la atención primaria de salud (APS) como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar". Asimismo, afirma que la estrategia de APS "representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional

de salud, llevando lo más cerca posible la atención...al lugar donde residen y trabajan las personas”, como primer paso de un proceso continuo de asistencia sanitaria. (OMS, 1978, VI).

Entre otras características, señala que la estrategia de APS:

“se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad” (OMS, 1978: VII).

En su parte final, la Declaración de Alma-Ata exhorta a gobiernos, organizaciones internacionales, personal de salud y a la comunidad mundial “a la urgente y eficaz acción nacional y internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo” (OMS, 1978: X).

La implementación de estas nuevas políticas suponía la reorganización de los sistemas de salud en torno a la estrategia de APS, así como la formación de profesionales que comprendieran y practicaran esta concepción. Algunos países como Canadá, Cuba y el Reino Unido procuraron reorientar sus sistemas de salud en consonancia con estos lineamientos. Sin embargo, transcurrieron más de veinte años sin que se observaran cambios consistentes con los principios acordados en Alma-Ata en la mayoría de los países signatarios de dicha Declaración.

Según Green (1996), las estadísticas de la época indicaban que en los Estados Unidos de América, el 90% del gasto público en salud se invertía en asistencia médica, pese a que solo el 12% de las muertes prematuras evitables podía atribuirse a la falta de cuidados médicos. Por el contrario, se destinaba menos del 10% del presupuesto a la educación para la salud, la promoción de comportamientos y estilos de vida saludables y a la protección del medio ambiente, aunque estos factores fueran responsables de más de la mitad y pudieran llegar a explicar hasta un 71% de las muertes prematuras en

personas menores de 75 años. El autor concluye que este modelo biomédico deshumaniza el rol de los profesionales de la salud, en la medida que centra la atención en las cadenas causales de la enfermedad desde una perspectiva exclusivamente científica y tecnológica, excluyendo los otros factores determinantes en la preservación de la salud y de la vida.

Para Saforcada (1999), desde fines del siglo XV a la fecha, las ciencias de la salud se han centrado restrictivamente en la clínica, “lo cual implica tener como objeto de trabajo teórico-técnico a la enfermedad y como campo de acción al individuo descontextuado del medio social” (p. 78).

En la misma línea, De Lellis y Saforcada (2006, p. 22) postulan la necesidad de “promover el factor humano como eje central de las decisiones que afectan al bienestar colectivo” y cuestionan en forma radical el modelo clínico hegemónico que se centra en la enfermedad, la concibe como una alteración de carácter exclusivamente fisiológico o anatómico, estructura la atención en términos estrictamente técnicos y fragmentarios y desatiende el potencial de salud que poseen, tanto los individuos, como sus grupos de pertenencia. Por el contrario, un modelo centrado en la salud - sin descuidar el factor biológico - resalta la importancia de los determinantes sociales, psicológicos, económicos, ambientales y políticos (incluido el sistema de salud imperante), tanto para la preservación de la salud como para la superación de la enfermedad.

Siguiendo los aportes de Laframboise y Lalonde, el modelo “salubrista” - sustentado por Saforcada (1997), Morales Calatayud (1999), de Lellis (2006) y otros autores - centra sus objetivos en la formulación de políticas públicas saludables desde una perspectiva intersectorial, la promoción de comportamientos saludables, el fortalecimiento de redes sociales, la reducción de la inequidad y la reorganización de los servicios sanitarios. A diferencia del modelo biomédico (denominado por estos autores “modelo clínico hegemónico”), esta orientación opera siguiendo un proceder científico expansivo que contempla los aportes teóricos y técnicos de todas las disciplinas que se ocupan del devenir humano y de su dinámica sociocultural, lo que implica concebir a cada ser humano como una entidad bio-psico-social-cultural- económica y política (Saforcada, 1997).

En 2003, el 44º Consejo Directivo de la OPS/OMS adopta la Resolución CD44 R6, exhortando a los Estados Miembros a considerar una serie de recomendaciones para fortalecer la estrategia de APS (OPS/OMS, 2003). Constatando que - pese a los veinticinco años transcurridos desde Alma-Ata - persisten grandes inequidades, debilidades e inconsistencias en la aplicación de los enfoques de APS, dicha resolución insta a los países de la región a generar las condiciones que permitan reafirmar la plena vigencia de esta estrategia y a organizar una consulta regional que defina las orientaciones programáticas que hagan posible su concreción. En consonancia con esta resolución, se organizaron numerosos eventos de discusión y se conformaron varios grupos de trabajo a nivel internacional, destinados al estudio de las transformaciones necesarias para reorientar los sistemas de salud y para adecuar la formación de los profesionales a los requerimientos de una atención centrada en la estrategia de APS (OPS/OMS, 2005) (OPS/OMS, 2006).

En la 57ª Sesión del Comité Regional de la OPS, realizada en Montevideo en 2005, los estados miembros se comprometieron a abogar por la integración de los principios de la APS en el desarrollo de los sistemas nacionales de salud y encomendaron la preparación de planes de acción que tuvieran en cuenta los siguientes criterios: el compromiso de facilitar la inclusión social y la equidad en materia de salud, el reconocimiento de la función decisiva del individuo y de la comunidad para establecer sistemas basados en la estrategia de APS, la orientación hacia la promoción de la salud y la atención integral e integrada, el fomento del trabajo intersectorial, el énfasis en la calidad de la atención y la seguridad del paciente, el fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud, el establecimiento de condiciones que permitan la renovación de la APS, garantías para su sustentación financiera, el desarrollo de políticas de investigación y tecnología apropiados, así como el fortalecimiento de las redes y asociaciones de coordinación internacional que apoyan la estrategia de APS. (OPS/OMS, 2007, pp. 25-26)

En julio de 2007 se publica *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS*, el cual sintetiza el resultado de los debates y estudios realizados en los años anteriores, articulando los componentes necesarios para la renovación de la APS y

esbozando los pasos que los países miembros deberían seguir para garantizar su implementación. Este documento reconoce que se han realizado reformas en los sistemas de salud de la mayoría de los países americanos en los últimos treinta años. Pero constata que “a pesar de las enormes inversiones efectuadas, los resultados de la mayoría de las reformas han sido limitados, contradictorios o incluso negativos en lo que refiere a la mejora de la salud y la equidad”. Asimismo, establece que las encuestas realizadas a profesionales de la salud corroboran la importancia del enfoque de APS, pero “confirman que abundan las discrepancias y los conceptos erróneos respecto a su significado, incluso en un mismo país” (p. 3). En Europa y otros países industrializados se identifica la APS con el primer nivel de los servicios de salud para toda la población y se la denomina “Atención Primaria”. En muchos países en vías de desarrollo, la APS es de naturaleza “selectiva”, por cuanto se ha focalizado en escasas intervenciones de envergadura, generalmente orientadas a atacar las causas más prevalentes de la mortalidad infantil y de algunas enfermedades infecciosas. Pocos países aplican una estrategia de “APS integral” a nivel nacional, apoyada en los principios originales de Alma-Ata, o reformulada en el sentido de enfatizar la importancia de sus determinantes sociales y políticos.

En vista de esta disparidad de criterios, el documento define los valores, principios y elementos esenciales que deberían estar presentes en un enfoque renovado de APS, evitando expresamente prescribir un modelo rígido, a fin de respetar las peculiaridades sociales, culturales, políticas, económicas y geográficas de cada país miembro. En consecuencia, define al sistema de salud basado en la estrategia de APS como:

“un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema...se guía por los principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad...está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la

población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción...requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud...promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad ... Reconoce que la APS es algo más que la prestación de servicios de salud en sentido estricto: su éxito depende de otras funciones del sistema de salud y de otros procesos sociales” (pp. 8 - 14) .

Según este documento existe considerable evidencia a nivel internacional respecto a que, “en igualdad de condiciones, los países con sistemas de salud con una sólida orientación a la APS suelen obtener resultados en salud mejores y más equitativos, son más eficientes, tienen costos de atención más bajos y logran mayor satisfacción del usuario” (p.15). Se argumenta que mejoran la equidad porque resultan menos costosos para los ciudadanos y son más rentables para la sociedad, que los sistemas centrados en la atención especializada. Asimismo, “pueden garantizar mayor eficiencia de los servicios, gracias al ahorro de tiempo en la consulta, al uso reducido de pruebas de laboratorio y a los menores gastos de atención a la salud”, liberando recursos para mejorar la cobertura de la población más pobre y estimulando la participación de estos sectores en el diseño y funcionamiento del sistema de salud. Por otra parte, el énfasis en la universalización de la cobertura permite actuar sobre los factores sociales, culturales, económicos y políticos que operan como barreras para el acceso a la atención de la salud.

En el capítulo final, consagrado a recomendaciones y compromisos a asumir por los Países Miembros, se identifican condiciones favorables y desfavorables para la efectiva implementación de sistemas centrados en la estrategia de APS. Entre los factores que operan como barreras se jerarquizan las dificultades para modificar los enfoques curativos

tradicionales, centrados en el marco hospitalario, y transformarlos en enfoques preventivos, desarrollados en el ámbito de la comunidad. A ello contribuyen la segmentación y fragmentación de los sistemas de atención, la inadecuada coordinación entre los actores participantes y la escasa cooperación intersectorial.

Entre los aspectos que facilitan el desarrollo efectivo de la APS, se mencionan el reconocimiento de que la salud está determinada por muchos factores - algunos de los cuales están fuera del control directo de dicho sector - y “el compromiso político continuo a nivel nacional, incluida la previsión necesaria para garantizar que la financiación de la salud satisfaga las necesidades de la población”. Se señala que las experiencias exitosas en APS demuestran que, “para mejorar la salud y la equidad no basta con limitarse a aumentar el número de centros de salud y a capacitar al personal durante períodos breves”. Por el contrario, se requiere: “enfoques amplios que abarquen todo el sistema”... “hacer mayor énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad”, estimular la participación y la rendición de cuentas y asegurar un grado apropiado de inversión que garantice “la disponibilidad de servicios adecuados y accesibles a todas las personas, sin importar su capacidad de pago” (p. 18).

Asimismo, se considera que la inversión en recursos humanos constituye un área clave “dado que la calidad de los servicios de salud depende en gran medida de quienes trabajan en ellos” y que “el personal de salud debe recibir una capacitación integral desde el punto de vista técnico y humanístico” que garantice su buen desempeño. En este sentido, se destaca la falta de reconocimiento para quienes trabajan en APS, la insuficiencia de personal calificado, el escaso desarrollo del trabajo en equipo y la inadecuada formación universitaria de grado y postgrado del personal de salud, en tanto no se ajusta a los requisitos que esta práctica demanda.

En esta misma línea, se describen algunas consecuencias de un sistema de salud basado en la APS, en relación con las políticas en materia de recursos humanos:

“La cobertura universal requerirá un volumen importante de profesionales capacitados en atención primaria. Los recursos humanos

deben planificarse de acuerdo a las necesidades de la población. La capacitación de los recursos humanos debe articularse con las necesidades de salud y tiene que ser sostenible. Deben aplicarse políticas de calidad sobre el desempeño del personal. Es preciso caracterizar las capacidades humanas (perfiles y competencias), y el perfil de cada trabajador deberá ajustarse a una labor específica dependiendo de sus características. Se requieren mecanismos de evaluación continua que faciliten la adaptación de los trabajadores de salud a las nuevas situaciones y a las necesidades cambiantes de la población. Las políticas deben apoyar el enfoque multidisciplinario de la atención integral. La definición de trabajador de salud debe ampliarse para no incluir sólo a los médicos, sino también a quienes trabajan en los sistemas de apoyo, la gestión y la administración de servicios. Ir más allá del ámbito clínico a través de la capacitación y del empleo de agentes comunitarios de salud y otros recursos comunitarios” (p. 19).

Entre otras recomendaciones, el documento finaliza instando a los Estados Miembros de la OPS/OMS a “liderar y desarrollar el proceso de renovación de la APS” y a “realizar una evaluación de la situación del país y diseñar un plan de acción a 10 años para la implementación de un sistema de salud basado en la APS” (p. 21).

2.2. La formación de recursos humanos consistentes con la estrategia de APS

En concordancia con la bibliografía consultada, los documentos emanados de la OPS/OMS y la normativa uruguaya en materia de salud, se asume como supuesto que la formación de los recursos humanos es un vector de suma importancia para la concreción de cambios en el modelo sanitario de un país, donde todas las profesiones de la salud tienen la oportunidad de contribuir a este desafío - desde sus marcos teóricos y técnicos específicos – siempre y cuando asuman la complejidad de las cuestiones a resolver y adopten criterios de integración disciplinaria.

En los países donde se ha avanzado en esta dirección (Canadá, Cuba, Reino Unido, Brasil, entre otros), la implantación de sistemas integrados de salud ha

ido acompañada de cambios importantes en el vínculo entre las instituciones formadoras de los profesionales y los estamentos gubernamentales. Entre otros cambios relevantes, se ha promovido: la creación de facultades o escuelas de ciencias de la salud, la reorientación de los currículos con énfasis en los determinantes sociales de la misma y la integración docente – asistencial en áreas geográficas donde los servicios de atención y los centros formadores comparten responsabilidades, tanto asistenciales como pedagógicas (Lalonde, 1974) (Morales Calatayud, 1999) (De Lellis, 2006) (OPS/OMS, 2008).

En la Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en Toronto, Canadá (OPS/OMS, 2005), los países miembros se comprometieron a cumplir veinte metas referidas a la reforma de los sistemas de salud y a la formación de recursos humanos para el período 2007 – 2015. En referencia a este último punto, se comprometieron a:

“Definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral, de manera tal que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar mejor la capacidad institucional para definir estas políticas y revisarlas periódicamente” (p. 7).

En este sentido, el compromiso establece que:

“Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes comunitarios de salud para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad” (Meta 3) ... “habrán establecido una unidad de recursos humanos para la salud, responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos” (Meta 5) ... “Al menos el 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comprobables” (Meta 7) (pp. 7-8).

Asimismo, se comprometieron a crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar

la educación de los profesionales de la salud a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad, que satisfaga las necesidades de salud de toda la población. En este sentido, se acordó que:

“El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional” (Meta 17) (p. 9).

En consonancia con esta perspectiva, Rovere (1993) había sostenido que “el análisis de la formación de diferentes categorías y estamentos profesionales muestra un panorama de fragmentación en múltiples instituciones que trabajan bajo regímenes legales diferentes y con lógicas también diferentes”. Asimismo, advertía que la formación de los profesionales de la salud opera como “un rito iniciático”, a través del cual las corporaciones profesionales cuidan sus vínculos y sus influencias sobre las instituciones formadoras de los nuevos miembros, respetando los intereses de la profesión en cuestión. En la misma línea, destacaba la importancia de las relaciones de poder que existen en el campo sanitario, que “impiden la estabilización de ciertos cambios aún cuando estos pudieran parecer indiscutibles y muy valorados” (p. 34).

En una publicación más reciente, Rovere reitera que “la organización curricular predominante en el campo de la salud pública mantiene la influencia del modelo flexneriano: es decir opera en un sentido deductivo intentando organizar los conocimientos en forma de una secuencia básico- aplicado”, de forma que los estudiantes “estudian e incorporan conocimientos que no saben para qué se aplican (vg. estadística) y cuando la requieren para su aplicación ya la han olvidado”. Plantea como alternativa una orientación más inductiva, donde “los alumnos organizan su aprendizaje avanzando desde lo conocido a lo desconocido a través de problemas de complejidad creciente y buscan activamente el conocimiento básico cuando los problemas lo reclaman” (Borrel y Rovere, 2004, p. 41).

Según este autor, no se trata de contraponer deducción e inducción, sino de “avanzar por arcos de aprendizaje transductivos que conecten teorías y prácticas en procesos de doble vía, inductivos y deductivos”. Asimismo, recuerda que las condiciones reales de desempeño profesional exigen

habilidades interpersonales, capacidad comunicacional y trabajo en equipo, por lo cual “el aprendizaje en grupos interdisciplinarios, las frecuentes presentaciones y discusiones, el desarrollo de habilidades para manejar los disensos y los conflictos resultan parte sustancial de la formación” (p. 42).

En igual sentido, de Lellis y Saforcada (2006) afirman que persisten “notorios desajustes entre la oferta formativa, las demandas laborales y las características y naturaleza de los problemas que genera la afluencia de los usuarios a los sistemas públicos de servicios de salud”. A modo de ejemplo, señalan que en la República Argentina “el 80% de los contenidos de formación están dirigidos a atender las necesidades del 20 % de las patologías, mientras que solo el 20% del total de la formación está orientado a cubrir las necesidades del 80% de los problemas de la población que acude a atenderse en el Primer Nivel de Atención” (p. 312).

Bresolín Pinto (2008), a partir de su experiencia de trabajo en la Universidad Federal de Ciencias de la Salud de Porto Alegre (Brasil), coincide en la conveniencia de que los programas de formación universitaria de los profesionales de la salud se desarrollen en forma coordinada con las políticas públicas en esa materia, a efectos de que dichos profesionales puedan responder en forma pertinente a la estrategia de APS propugnada por los sistemas de salud de cada país.

De forma similar, un estudio elaborado por el Grupo de Investigación en APS de Porto Alegre (2008) sistematiza la información disponible respecto a la formación de grado, postgrado y educación continua de médicos, licenciados en enfermería, obstetras y agentes comunitarios de salud en América Latina. En referencia a la formación de grado destaca la importancia de formar profesionales “que reconozcan la importancia del APS para la organización del sistema sanitario y que posean algunas de las competencias más importantes para el trabajo en APS”. Este grupo de investigadores identifica como competencias básicas:

“el cuidado integral y continuo centrado en la persona, la identificación y el cuidado apropiado de los problemas clínicos más frecuentes, el énfasis en la promoción de la salud, en la prevención de enfermedades y en el trabajo interdisciplinario e intersectorial dirigido a los

determinantes socioeconómicos del proceso salud- enfermedad, el desarrollo de una comprensión y de un abordaje biopsicosocial del proceso salud – enfermedad, y la identificación de intervenciones sobre las necesidades sanitarias y demandas de la comunidad” (p. 7).

Asimismo, señalan que los escenarios de enseñanza deberían ser “des-hospitalizados” y diversificados en centros de APS y estructuras características de cada región (escuelas, centros comunitarios, comedores, órganos de participación social del sistema de salud, etc.), a efectos de aumentar la exposición del estudiante a las enfermedades prevalentes de la población. En el mismo sentido, aseguran que la exposición del estudiante a la estrategia de APS debería ocurrir – desde el inicio de su formación - en programas docente-asistenciales, en los distintos niveles del sistema de salud y con base territorial claramente definida. Esto permitiría la interacción del estudiante con la población y con los profesionales de la salud, aumentando su exposición a las patologías prevalentes en la zona. Asimismo, destacan la importancia de que se establezcan convenios claros entre la entidad universitaria y la red pública de atención sanitaria, donde se especifiquen las responsabilidades y compromisos de cada parte (pp. 16 - 19).

En referencia al currículo de grado, estos investigadores señalan que debe ser integrado y sin asignaturas aisladas, donde las áreas básicas funcionen como referencia para la búsqueda de conocimientos que permitan solucionar problemas clínicos reales. Las actividades extra-murales deben ser incluidas desde el inicio de la carrera, con grados crecientes de complejidad, y con foco en los determinantes socio - económico – culturales del proceso de salud – enfermedad. Para ello, los centros de formación deberían desarrollar “una fuerte interacción con los servicios de salud y servicios sociales o comunitarios, enfocando articuladamente aspectos relativos a la promoción de la salud, prevención y curación de enfermedades” (p. 20).

Respecto a los métodos de enseñanza, el estudio recomienda el aprendizaje activo de los alumnos, con orientación tutorial continua, en escenarios múltiples y utilizando diversas fuentes de conocimiento (bibliotecas, comunidad, laboratorios de simulación, medios informáticos, etc.). En relación a la evaluación de los aprendizajes, se sugiere combinar las modalidades

sumativa y formativa, a efectos de considerar los diferentes aspectos de la formación del estudiante (conocimientos, habilidades y actitudes).

Otra publicación de la OPS/OMS, resultante de la reunión realizada en Belo Horizonte (Brasil) para analizar avances y dificultades relacionadas con la formación de médicos con orientación en APS, reporta avances en algunos países de la región respecto a la formación de los profesionales de la salud. Las experiencias relatadas como “buenas prácticas” resultan sugestivas respecto a la estrecha relación que parece existir entre las políticas públicas implementadas por los gobiernos de dichos países y la posibilidad de establecer cambios sustantivos en la formación de recursos humanos por parte de los centros educativos, que privilegien la estrategia de APS y promuevan la conformación de equipos multiprofesionales para la atención de la población. Como afirma dicho documento, “se requiere un médico que no solo tenga habilidades para la práctica en el primer nivel de atención médica, sino que vea la APS como un concepto integral, que incluye acciones comunitarias y que requiere necesariamente un enfoque interdisciplinario e interprofesional; por lo tanto necesariamente integrado a un equipo de trabajo” (p. 22).

Dada la importancia que se otorga a la formación universitaria de los profesionales de la salud, también resulta pertinente considerar los aportes realizados por los académicos que se han dedicado a estudiar los procesos de enseñanza y de aprendizaje en el nivel superior. Algunos de estos autores no investigan específicamente en el campo de la salud, pero sus hallazgos ayudan igualmente a reflexionar sobre los procesos involucrados.

En este sentido, resulta insoslayable la conceptualización de Freire (1996) acerca de las prácticas educativas, así como el lugar que propone al docente frente al saber: “respetar no sólo los saberes con que llegan los educandos, sobre todo los de las clases populares - saberes socialmente construidos en la práctica comunitaria -, sino también discutir con los alumnos la razón de ser de esos saberes en relación con la enseñanza de los contenidos” (2004, p. 10). Esta postura resulta particularmente relevante si se trata de formar profesionales comprometidos con las necesidades de la comunidad o - al decir de Schön (1992) - “profesionales reflexivos”, capacitados para intervenir eficazmente en situaciones complejas para las que no existe una respuesta

unívoca. Schön plantea que la verdadera articulación teoría – práctica solo puede ocurrir si se genera un proceso donde “hacer - reflexionar sobre lo hecho - repensar la intervención - volver a intervenir”, constituyen un espiral en constante movimiento.

En la misma dirección, Andreozzi (1996, pp. 21-25) define las prácticas de formación profesional desarrolladas durante la formación de grado como “una instancia privilegiada de socialización profesional”, “un espacio de transición en el que el estudiante ratifica, renueva o revoca una serie de acuerdos sobre los rasgos que caracterizan al “ser” y al “deber ser” profesional” que “marca”, y en algún sentido “inaugura” la trayectoria profesional de cada sujeto. Siguiendo la propuesta teórica de Schön respecto a la configuración del pensamiento práctico, esta autora identifica tres cometidos que estas prácticas habilitan: “incorporar una serie de esquemas de acción ligados al desarrollo de tareas que componen el puesto de trabajo”, “desarrollar un repertorio de categorías de pensamiento y esquemas de interpretación que intervienen en el diálogo abierto con los efectos inesperados del propio desempeño” (la reflexión en la acción) y “analizar las acciones realizadas y sus efectos en un tiempo diferido” (la reflexión sobre la acción pasada) (Andreozzi, 1998, p. 33).

Si se trata de estudiar los aspectos referidos al abordaje interprofesional e interdisciplinario de la problemática de la salud colectiva, resultan igualmente ineludibles los aportes de Piaget (1979) respecto a la epistemología de las relaciones interdisciplinarias, así como los desarrollos de Morin (2002) relativos a la creciente parcelación de las disciplinas y a la necesidad de una reforma universitaria radical, que permita religar conocimientos y aprehender la complejidad de las realidades en estudio. El enfoque de Morin respecto a la enseñanza de la ciencia es subsidiario de su convicción acerca de:

“la falta de adecuación cada vez más amplia, profunda y grave entre nuestros saberes disociados, parcelados, compartimentados entre disciplinas y, por otra parte, realidades y problemas cada vez más pluridisciplinarios, transversales, multidimensionales, transnacionales, globales, planetarios” (p. 13).



Según el autor, la parcelación de las disciplinas hace imposible aprehender lo complejo, que en su acepción original significa “lo que está tejido junto”. Aunque reconoce que la disciplina es una categoría organizadora dentro del conocimiento científico, que instituye los beneficios de la división y la especialización del trabajo, le reprocha “los inconvenientes de la super especialización, del enclaustramiento y de la fragmentación del saber”. Desde su perspectiva, el sistema de enseñanza perpetúa estos inconvenientes en la medida que:

“Nos enseña desde la escuela primaria a aislar los objetos (de su entorno), a separar las disciplinas (más que a reconocer sus solidaridades), a desunir los problemas, más que a vincularlos e integrarlos. Nos induce a reducir lo complejo a lo simple, es decir, a separar lo que está unido”...”a eliminar todo lo que le aporta desorden o contradicciones a nuestro entendimiento. En estas condiciones, las mentes jóvenes pierden sus aptitudes naturales para contextualizar los saberes y para integrarlos en los contextos a los que pertenecen” (p. 15).

En este sentido, aboga por una reforma de la enseñanza en todos sus niveles, que en la universidad implicaría “una reorganización general a través de la instauración de facultades, departamentos o institutos dedicados a las ciencias que ya hayan experimentado una unión de campos pluridisciplinaria” (p. 88) y que Morin identifica con la ecología científica, las ciencias de la Tierra y las cosmología, en tanto su objeto de estudio es el ecosistema, en su calidad de sistema complejo. A esos efectos, propone instituir en todas las universidades y facultades “un diezmo epistemológico o transdisciplinario, que preservaría el 10% del tiempo de los cursos para una enseñanza común que trate sobre los presupuestos de los diferentes saberes y sobre las posibilidades de comunicación entre ellos” (p. 89).

Asimismo, resulta ineludible considerar el debate en torno a la formación por competencias en el campo de la educación superior. Díaz Barriga (2006) reconoce dos puntos de influencia para el empleo del término “competencia” en el campo de la educación. Uno proviene del campo de la lingüística, en relación con el concepto de “competencia lingüística” acuñado por Chomsky

en 1964, y el otro proviene del mundo del trabajo, vinculado al análisis de tareas y la determinación de etapas para que un técnico adquiriera las habilidades y destrezas necesarias para un desempeño eficiente. En opinión de este autor, es factible identificar las competencias complejas que caracterizan el grado de conocimiento experto de algunos profesionales, por ejemplo, el de los médicos. No obstante, advierte que la propuesta curricular por competencias puede contener elementos contradictorios. Aunque reconoce su "capacidad para establecer una formulación de alta integración en la competencia general", advierte que fácilmente podría derivar en "una propuesta de construcción curricular por objetivos fragmentarios" (p. 15).

Pese a sus críticas al modelo, Díaz Barriga revisa los aportes de varios autores para realizar un ordenamiento de las competencias. En primer lugar, analiza las competencias genéricas y distingue las necesarias para la vida cotidiana (de convivencia, de ciudadanía) de las académicas (comunicativas, lectoras, etc.). En segundo lugar, aborda las competencias referidas al currículo, las que subdivide en disciplinares (por ejemplo, anatómicas) y transversales (competencia clínica). Desde la perspectiva de la formación profesional, diferencia las competencias complejas o integradoras, de las derivadas, y de las sub-competencias inherentes a la formación profesional (utilizar un software, realizar entrevistas). Finalmente, considerando el desempeño profesional, discrimina las competencias básicas (adquiridas durante los cinco años de formación universitaria y de práctica supervisada), de las competencias iniciales (propias de la primera etapa del ejercicio profesional, y de las competencias avanzadas (obtenidas luego de cinco años de práctica independiente).

El autor reconoce que "no es fácil aceptar una conceptualización del término competencias", pero admite que toda competencia requiere del dominio de una información específica, del desarrollo de una serie de habilidades derivadas de los procesos de información y de su puesta en acción en una situación problema, donde efectivamente se logre generarla. Asimismo, sostiene que "la mejor manera de observar una competencia es en la combinación de estos tres aspectos" y que este factor podría dificultar su concreción, considerando el riesgo de que las situaciones problema propuestas se vuelvan rutinarias. No obstante, reconoce que "se pueden simular situaciones de la vida cotidiana o de la vida profesional" en el ámbito

educativo, que “no necesariamente son los problemas que constituyen la vida real aunque son una buena aproximación a esos problemas” (p.20).

En vinculación con estos planteos, el modelo de Miller (1990) concibe la evaluación de las competencias profesionales como una pirámide de cuatro niveles de formación por orden de complejidad. En la base de su esquema sitúa los conocimientos requeridos para desarrollar las tareas profesionales con eficacia (saber), seguidos por la habilidad para aplicarlos a casos concretos (saber cómo). En el tercer nivel ubica la competencia cuando es medida en ambientes “in vitro” o simulados, donde el estudiante debe demostrar lo que es capaz de hacer (mostrar cómo). En la cima de la pirámide, el autor coloca el desempeño real, entendido como lo que el sujeto es capaz de hacer en su accionar cotidiano y que demostraría su dominio de la competencia en cuestión.

Según Perrenoud (1999), el enfoque por competencias promueve la movilización de la información en el proceso de aprendizaje, materializa la perspectiva de Piaget sobre la conformación de los esquemas de acción y, al mismo tiempo, se encuentra relativamente cercano al enfoque del aprendizaje basado en la resolución de problemas. En este sentido, tendría la ventaja de oponerse al enfoque enciclopedista tradicional, aunque también advierte respecto a los peligros de una utilización simplista del modelo.

De forma similar, Camilloni (2010) ha señalado que el concepto de competencia tiene la ventaja de ser un saber en acción, especialmente cuando se le vincula a la resolución de problemas complejos situados en el proceso de formación de los profesionales universitarios. Sin embargo, la autora se opone a cualquier deslizamiento que implique considerar las competencias como “destrezas específicas”.

Pese a la polémica que este concepto ha desatado en ámbitos académicos - y sin pretender fijar posición al respecto - resulta ineludible remitirse al mismo por ser el modelo adoptado por la OMS/OPS y por otros organismos internacionales, en los documentos referidos a la formación de recursos humanos para la salud. En la publicación *Sistemas de salud basados en APS: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS* (OPS/OMS, 2008) se afirma que:

“Las competencias constituyen en la actualidad una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permite una mejor articulación entre gestión, trabajo y educación. Las competencias tienen que ver en este caso con una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos” (p. 18).

Según dicha publicación, “las competencias son características (conocimientos, habilidades y actitudes) de las personas, que se ponen de manifiesto cuando ejecutan una tarea o realizan un trabajo y están relacionadas con el desempeño exitoso en una actividad, laboral o de otra índole”, para lo que es necesario “tener conocimientos (saber), habilidad para poner en práctica los conocimientos (saber hacer), estar motivado y tener actitud (querer hacer) y disponer de los medios y recursos necesarios (poder hacer)” (Ibíd.).

A continuación, el documento clasifica las competencias en genéricas, específicas y humanísticas y analiza las características de cada una de ellas. Respecto a las competencias genéricas, expresa que “son comunes y compartidas a todos los miembros del equipo de salud” y permiten “que los profesionales se adapten a nuevas condiciones de trabajo, se mantengan actualizados y superen los problemas que deben enfrentar en sus respectivos puestos de trabajo” (p. 19). En referencia a las competencias específicas, plantea que se encuentran ligadas a los conocimientos y habilidades inherentes a cada profesión, por lo cual predominan los aspectos técnicos, mientras que la competencia humanística “refiere al conjunto de valores éticos que se forman en el profesional para el uso y aplicación de los conocimientos adquiridos. Está relacionada con el ejercicio profesional y su responsabilidad social ante la comunidad”(p.23).

Partiendo de la conceptualización arriba citada, Nebot, Rosales y Borrel (2009) analizan las competencias necesarias para intervenir desde la perspectiva de APS y concluyen que los profesionales de la salud deben tener - además de los conocimientos técnicos para brindar la atención apropiada - capacidad para trabajar en equipo, habilidades para comunicarse con los otros miembros del equipo y con la comunidad, así como

competencias de liderazgo respecto a los beneficios potenciales de la APS, que les permita contribuir al estado de salud de la población y a un funcionamiento más eficiente del sistema sanitario. Dichos autores agrupan las competencias que consideran más idóneas en seis categorías, que se presentan en el cuadro siguiente:

Cuadro 2. Competencias necesarias para intervenir en APS

Características específicas de la APS	Enfoque integral: vida, género, culturas, individuo, familia, comunidad Trabajo en equipo Coordinación entre niveles: sistemas de referencia y contra-referencia
Área clínica	Trato al paciente Atención centrada en el individuo y la familia Atención preventiva, curativa, rehabilitadora y cuidados paliativos Seguimiento compartido Emergencias Atención domiciliaria
Comunicación	Entre profesionales Entre profesionales de salud e individuos Con la comunidad Manejo de conflictos Anuncio de malas noticias
Gestión del conocimiento	Uso de sistemas de información Uso de Internet Medicina basada en pruebas (guías clínicas)
Salud pública y promoción de la salud	Conocimientos de epidemiología Enfermedades de declaración obligatoria, brotes, campañas de vacunación Hábitos y estilos de vida
Área de gestión	Funciones administrativas y gerenciales: liderazgo, supervisión y coordinación Negociación Gestión de la calidad, reclamos Planificación y evaluación Gestión clínica

Fuente: Nebot, Rosales y Borrel, 2009, p. 177

Los países integrantes de OPS se valen de un *Manual de Indicadores*, a efectos de monitorear el cumplimiento de cada una de las veinte metas acordadas para el período 2007-2015. En la cuarta revisión de este Manual y en relación a la Meta 7, que refiere a las competencias requeridas a los trabajadores de APS, se explicita lo siguiente:

“La eficiencia del equipo de Atención Primaria de la Salud depende en gran parte de que los miembros posean las habilidades clínicas necesarias, conocimiento de salud pública y competencias interculturales para diagnosticar a los pacientes, administrar el tratamiento y monitorear los resultados, que sean apropiados y reflejen las necesidades de salud de las diferentes comunidades (étnicas, lingüísticas, religiosas, socio-económicas, etc.)” (p. 19).

En consonancia con lo anterior, se precisan los “términos clave” para considerar las competencias en salud pública y las competencias interculturales y se propone tomar como indicador el porcentaje de trabajadores primarios de la salud que las poseen:

“**Competencias de salud pública** pueden incluir, pero no están limitadas a, alguna combinación de lo siguiente: habilidad de desarrollar estrategias para la promoción de la salud, vigilancia de factores de riesgo y condiciones epidemiológicas, educación y tratamiento preventivo para prevenir enfermedad y lesiones, conocimiento de la interacción de salud pública con los servicios de salud a nivel local, capacidad para utilizar evidencias en la toma de decisiones, políticas y desarrollo de programas y prácticas y capacidad de llevar a cabo investigaciones, así como planificar, monitorear y evaluar los procesos y los impactos.

Competencias interculturales incluyen habilidades interactivas y de comunicación que reconocen y realzan las capacidades cognitivas, emotivas y de intercambio que deben ser tomadas en cuenta cuando se proporciona cuidados de salud a grupos étnicos, lingüísticos, religiosos y socio-económicos diversos” (p. 19).

En referencia a la Meta 17, que apunta a la transformación del currículo universitario de los profesionales, el Manual advierte que:

“La atención primaria de salud no debe constituir un módulo conceptual y de reflexión sino que debe contemplar una práctica específica dentro

de la formación, por ejemplo a través de estadías prolongadas en centros comunitarios y de atención primaria”(p. 43).

Asimismo, propone como indicadores del cumplimiento de la meta: valorar si las universidades mantienen un modelo biomédico, si han integrado contenidos y/o prácticas de APS y si han incorporado estrategias de formación interprofesional.

Recientemente, Morales Calatayud (2010) ha propuesto una guía básica para la evaluación de los programas universitarios orientados a la atención de la salud de la comunidad que, en su vertiente cualitativa, supone responder a las siguientes preguntas:

1. “El modelo profesional ¿está orientado a la salud comunitaria?
2. ¿Está declarada en las estrategias académicas del Plan de Estudios la voluntad de vinculación y el alcance de ésta, tanto en lo curricular como en la investigación y la extensión?
3. ¿Está fundamentada en el Plan de Estudios la vinculación entre las disciplinas básicas biológicas, las sociales y las más relacionadas con la asistencia?
4. ¿Están declarados en los programas de las materias cuáles contenidos se desarrollarán en los servicios y qué formas organizativas de la docencia de educación en el trabajo se adoptarán para estos contenidos?
5. ¿Están acreditados los espacios de los servicios de salud en la comunidad para la función académica? ¿Cómo se hace esta acreditación de escenario? ¿Participa la comunidad?
6. Las tareas en que participan los estudiantes en la atención de la salud ¿son tareas reales destinadas a tener un impacto efectivo en la salud de la población, como parte del trabajo regular de la institución?
7. En la evaluación de los estudiantes ¿en qué medida interviene la acción realizada en el trabajo en la comunidad?
8. ¿Se mantiene por la universidad atención sistemática y evaluación de la tarea? ¿Se tienen en cuenta en esta evaluación los resultados de la tarea y la opinión de los usuarios?
9. ¿Hay proyectos de investigación de la universidad en marcha en estos escenarios? ¿Participan los estudiantes?

10. ¿Están acreditados como docentes, los tutores que trabajan con los estudiantes en los servicios de salud?
11. Además de los tutores ¿participan otros profesionales de los servicios y otros docentes de la universidad en el trabajo con los estudiantes?”

En consonancia con esta postura, Pernas, Sierra, Fernández, Miralles y Diego (2009) analizan los principios estratégicos de la educación en ciencias de la salud en Cuba. Afirman que la pertinencia “debe considerarse tomando en cuenta su correspondencia con las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades en su ambiente social y natural” (p.3) y plantean diversas alternativas al problema. En primer lugar, advierten que muchos currículos de la región “continúan respondiendo a modelos profesionales que no se han obtenido a partir de una correcta caracterización de la demanda o necesidad social”. Una segunda posibilidad es que el modelo se adecue formalmente, pero que los planes de estudio y los programas de las unidades curriculares continúen siendo proyectados “de acuerdo con la lógica interna y los métodos tradicionalmente utilizados por cada disciplina”. Por último, consideran la posibilidad de que los componentes del currículo formal respondan coherentemente al nuevo modelo adoptado, pero que “el currículo oculto, que depende de la actividad cotidiana de estudiantes y profesores en los ambientes docentes, esté determinando finalmente las competencias reales de los egresados”. En cualquiera de las tres alternativas, para estos investigadores:

“El denominador común es la contradicción dialéctica entre el enfoque social integrador emergente y el enfoque biomédico de atención y formación en salud, que continúa siendo el modelo dominante en la práctica asistencial y en la educación médica en diversos países de la región, 30 años después de la Declaración de Alma Ata y a pesar de que la totalidad de los cónclaves internacionales del área de la Salud y/o de la educación médica celebrados desde entonces, han declarado a la atención primaria de Salud (APS) como la estrategia básica para la atención y la formación en el área de la Salud” (p. 5).

Aunque Pernas et al. (2009) reafirman la importancia de adquirir “los conocimientos y habilidades apropiados para alcanzar un adecuado

desempeño en la APS”, la equiparan en importancia con “la formación integral de la personalidad profesional”, entendida como el desarrollo de los valores requeridos para que “un profesional de la salud esté dispuesto a trabajar donde sea necesario”. Según los autores, esto “no se resuelve agregando asignaturas de corte humanista en los currículos, sino a través del enfoque humanista en la prestación de los servicios de salud como modelo y paradigma del proceso formativo” (p. 6)

Finalmente, reseñan las características más relevantes que, a su entender, ponen de manifiesto la pertinencia de la educación cubana en el campo de la salud. En referencia a los planes de estudio, destacan:

- “la concatenación entre grado, postgrado y educación permanente, reservando al grado el desarrollo de las competencias requeridas para la atención de los problemas de salud más generales y frecuentes,
- la preparación para trabajar en equipos multidisciplinares de salud, en interrelación con otros profesionales y especialistas,
- el fortalecimiento de las ciencias básicas de forma pertinente,
- el desarrollo de habilidades para la investigación,
- el fortalecimiento de la salud pública y la formación sociohumanista,
- la incorporación de metodologías que propician el autoaprendizaje y la participación protagónica de los estudiantes en el proceso de aprendizaje, y
- el contacto con escenarios laborales reales desde el inicio de la carrera, “lo que favorece su identificación con la problemática social y la específica de la salud que tiene la población cubana en el contexto en que les corresponda actuar” (p. 9).

Sintetizando los aportes bibliográficos, podría afirmarse que un programa de formación consistente con la estrategia de APS, además de considerar los conocimientos y habilidades inherentes a la profesión en cuestión, debería contemplar los siguientes aspectos:

- comprensión de los determinantes sociales de la salud
- cuidado integral y continuo centrado en la persona y en la familia, con énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades.

- conocimientos generales relacionados con las ciencias sociales y la realidad sociopolítica y cultural del país
- exposición temprana del estudiante a prácticas en la comunidad, enmarcadas en la estrategia de APS
- prácticas interdisciplinarias e interprofesionales, que lo habiliten para participar efectiva y activamente en el ámbito comunitario como integrante de un equipo de salud
- articulación entre la institución universitaria y los servicios de salud, tomando como base el perfil epidemiológico de un contexto poblacional y geográfico determinado

2.4. La estrategia de atención primaria y el cambio de modelo en odontología

Según Lopez Jordi (2010), el buen desempeño tradicional del odontólogo se asentaba en el tratamiento curativo. Se esperaba la aparición de daños en la dentición para proceder a implementar técnicas restauradoras de las cavidades que se producían en los órganos dentarios como consecuencia del proceso carioso. Muchas veces, no se había finalizado de “tratar” un sector, que ya aparecían nuevas lesiones a restaurar. Esta odontología curativa se apoyaba fundamentalmente en el desarrollo tecnológico de las prácticas restauradoras e inducía a eliminar importantes porciones del diente para sustituirlas por materiales que el mercado innovaba en forma constante. La autora destaca que, con el paso del tiempo, seguramente iban a requerirse nuevas restauraciones más complejas y costosas que, al no incidir sobre las causas de producción de los procesos patológicos, generaban un círculo vicioso que muchas veces culminaba con la extracción del diente y la realización de una prótesis.

Apoyando su exposición, Lopez Jordi reporta que:

“una evaluación de la Organización Mundial de la Salud al final de los 70 mostraba que Nueva Zelanda presentaba, paradójicamente, la mejor cobertura de las necesidades restauradoras a los 13 años y el mayor porcentaje de adultos edéntulos entre los países industrializados estudiados”(p. 6).

Según la autora, estos pésimos resultados condujeron a los países industrializados a concentrar “un importante volumen de recursos en la investigación científica del proceso salud-enfermedad con el objetivo de entender las verdaderas causas de las enfermedades, su etiopatogenia y el valor de la cultura y subculturas de las comunidades para su mantenimiento y control” (Ibíd.). Plantea que este cambio de enfoque obligó a rever la importancia del componente social, así como el papel de la prevención y la promoción de la salud y que, de esta forma, “los países desarrollados consiguieron en menos de tres décadas cambiar el perfil epidemiológico de sus poblaciones, elevando sustancialmente el nivel de salud bucal” (Ibíd.).

Por su parte, de Carvalho Weyne (1997) sostiene que el cambio de modelo en odontología comenzó a gestarse en la década de los 60 del siglo pasado, cuando se demuestra científicamente que la caries dental y las afecciones periodontales son enfermedades de carácter infeccioso, dependientes de la presencia de determinadas bacterias. Afirma que, entre 1960 y 1980, fue posible acumular suficiente evidencia científica para comprender la etiopatogenia de ambas afecciones y encontrar los procedimientos idóneos para controlar las causas de su aparición. En referencia a la caries dental, también se pudo establecer que el control de las recidivas y las lesiones secundarias no dependía del formato, ni del tamaño, ni de las cualidades intrínsecas del material restaurador utilizado, contrariando los postulados de la odontología restauradora tradicional.

Como plantea el autor, a partir de estos descubrimientos, se inicia el proceso de apertura a un “cambio de paradigma” que ha implicado “transitar de una filosofía fuertemente centrada en procedimientos mecánicos y artesanales, a otra forma de atención refrendada por las bases científicas que dan soporte a sus métodos preventivos, de diagnóstico, de tratamiento específico y de control de las principales enfermedades bucales” (p. 20). En Brasil, este cambio comienza a concretarse con la fundación de la Asociación Brasileira de Odontología Preventiva (ABOPREV), creada inicialmente con el objetivo de discutir y divulgar la prevención y reorientada posteriormente hacia la promoción de la salud. A continuación, resume los principales conocimientos que, a su entender, sustentan dicho cambio de modelo:



- “Comprensión de los fenómenos de desmineralización que operan permanentemente en la boca y que explican por qué las pérdidas minerales localizadas derivan en el rompimiento del equilibrio dinámico que debe existir entre el mineral del diente y el medio ambiente bucal.
- Comprobación de la eficacia pre y post eruptiva de los compuestos fluorados y mejor comprensión de sus mecanismos preventivos y terapéuticos, incluyendo el papel que desempeñan en los fenómenos de desmineralización y en la alteración del ambiente ecológico de la placa bacteriana.
- Desarrollo de métodos clínicos para el diagnóstico de la actividad cariogénica y periodonto - patogénica, creando condiciones para la detección precoz y el tratamiento más específico de aquellos que presentan mayor riesgo de exhibir lesiones en el futuro.
- Comprobación de que es posible retardar la colonización / infección de los niños por bacterias cariogénicas y disminuir el desafío cariogénico futuro, trabajando en el ámbito materno – infantil.
- Comprensión de que el tratamiento odontológico no puede centrarse en las lesiones, pues éstas son apenas el resultado de un desequilibrio duradero del binomio salud – enfermedad y no su causa.
- Comprensión de que estas lesiones deben ser tratadas como enfermedades y no como lesiones, siendo por lo tanto necesaria la identificación de las variables intra y extra bucales que están desequilibrando el proceso salud - enfermedad cariosa o periodontal.
- Concientización acerca de la importancia de garantizar el control de las infecciones cruzadas y de la bioseguridad en los consultorios y servicios, mediante el uso apropiado de los nuevos conocimientos y las nuevas tecnologías.
- Reconocimiento de que la atención odontológica debe ser hecha desde una perspectiva multidisciplinar y multiprofesional, dado que la boca no es un área independiente del organismo y, consecuentemente, las enfermedades bucales no se agotan necesariamente en ella.

- Comprobación de que las enfermedades infecciosas bucales pueden producir enfermedades sistémicas y que, en algunas circunstancias, pueden estar correlacionadas con cuadros graves capaces, inclusive, de llevar al paciente a la muerte” (p. 20).

Aunque reconoce que este nuevo paradigma se está difundiendo rápidamente, especialmente entre los odontólogos más jóvenes, de Carvalho Weyne afirma que muchas facultades aún se muestran renuentes a modificar sus currículos tradicionales. La división de la odontología en departamentos que no se comunican entre sí y una propuesta formativa que se limita a enseñar las cuestiones estrictamente bucales y quirúrgico restauradoras, tiende a producir “especialistas” desde una perspectiva “dentocéntrica”. Según este autor, los planes de estudio consistentes con el nuevo modelo deben hacer énfasis en las materias de contenido biológico y científico, incorporar contenidos pertenecientes a las ciencias del comportamiento y del medio ambiente, así como reducir progresivamente la carga horaria de las asignaturas dedicadas a los procedimientos restauradores, que en algunos casos ocupan hasta el 90% del tiempo que el estudiante permanece en la facultad. El odontólogo “generalista”, sin descuidar sus responsabilidades específicas en el mantenimiento de la salud bucal, tendrá que capacitarse para integrar el equipo de salud y disponer de conocimientos que le permitan participar en la comunidad, educando e informando a las personas sobre los efectos de la dieta, del tabaquismo, del consumo de alcohol, del uso de drogas y de la presión arterial sobre el proceso de salud – enfermedad. Por lo tanto, será necesario transformar los currículos en módulos interdepartamentales e interdisciplinarios, e interactuar con otros profesionales del área salud, a efectos de lograr que los individuos reduzcan su exposición a los factores de riesgo y adopten un estilo de vida más saludable (p. 23).

En el marco del X Congreso Nacional de ABOPREV, Kriger reitera la importancia de formar un odontólogo generalista (Cormack, 2001). Sin embargo, reconoce que el perfil de egreso de muchas facultades brasileñas sigue apuntando a la formación de “especialistas”, debido a que la mayoría de sus profesores son especialistas en su área, e inducen a sus estudiantes a formarse en esa orientación. Señala que, durante mucho tiempo, la odontología solo se preocupó por mostrar “sus obras de arte” en materia de

restauración, sin evidenciar el menor interés por integrarse a un equipo de salud donde los problemas sean discutidos de forma interdisciplinaria. En cambio, cuando la odontología entra en un programa de salud familiar, debe trabajar con los riesgos comunes para la preservación de la salud: la afección periodontal, el tabaquismo, las enfermedades coronarias y las respiratorias. Por lo tanto, sostiene que la odontología debe salir de su limitada dimensión quirúrgico restauradora e insertarse en el contexto del riesgo común, comprendiendo que el control de la ingesta de azúcar en la dieta habitual, no solo previene la caries dental sino también la obesidad y la diabetes.

En consonancia con esta postura, a inicios de 2004 la OMS difunde las principales conclusiones del Informe Mundial sobre la Salud Bucal 2003, en el cual se establecen los principales componentes y prioridades de este programa:

“Además de abordar factores de riesgo modificables como los hábitos de higiene buco dental, el consumo de azúcares, la falta de calcio y de micro nutrientes y el tabaquismo, una parte esencial de la estrategia también se ocupa de los principales determinantes socioculturales, como la pobreza, el bajo nivel de instrucción y la falta de tradiciones que fomenten la salud buco dental. Los países deberán velar por que se haga un uso adecuado del flúor para prevenir la caries dental, al tiempo que deberán tener en cuenta que la insalubridad del agua y la falta de higiene son factores de riesgo medioambientales para la salud buco dental y para la salud en general. Los sistemas de salud buco dental han de estar orientados hacia los servicios de atención primaria de salud y la prevención”.

Por su parte, la Asociación para la Educación Odontológica Europea (Cowpe et al, 2010) define en 2004 y revisa en 2009, el perfil del dentista europeo estableciendo que éste debe:

- “Poseer una amplia educación académica y odontológica y ser capaz de desenvolverse en todas las áreas de la odontología clínica.
- Tener la suficiente formación en todas las ciencias biomédicas.

- Ser capaz de trabajar junto con otros profesionales, tanto dentales como de otros campos de la salud, dentro del sistema de atención a la salud.
- Tener buenas habilidades de comunicación.
- Estar motivado para mantener una actitud receptiva y positiva frente a los nuevos conocimientos y avances tecnológicos, apoyando el concepto de que el aprendizaje se desarrolla a lo largo de toda la vida
- Ser capaz de practicar una odontología basada en evidencias, utilizando tanto conocimientos teóricos como habilidades prácticas, desde el enfoque de la resolución de problemas” (p.194).

En consonancia con estos cambios, la Facultad de Odontología de la UR inicia en 1993 un proceso de reformulación de su propuesta formativa, que se consolida en su Plan de Estudios 2001 cuando propone:

“la formación de un odontólogo con perfil generalista, capaz de tomar decisiones tendientes a desarrollar reflexivamente los valores intrínsecos de la práctica odontológica. Su campo de acción lo constituye la promoción de la salud, el control de la problemática más prevalente, el reconocimiento y la derivación de la alta complejidad y la gestión de los recursos necesarios para la atención de la salud bucal” (p. 15).

Según se expresa en los antecedentes del Plan 2001, el extenso debate institucional previo a la formulación del Plan 1993 había permitido recoger el estado de situación de la enseñanza odontológica y de la salud bucal de la población uruguaya. Existía consenso en el colectivo de la Facultad de Odontología respecto las carencias que presentaba el sistema de atención de salud odontológica del país, la necesidad de revertir el enfoque curativo hacia un enfoque preventivo y el predominio de condiciones inadecuadas para abordar la formación de grado del odontólogo. Basándose en ese diagnóstico, el plan 1993 definió como ejes de transformación de la formación odontológica de grado: “una readecuación del perfil de egreso, la reconceptualización de la práctica sanitaria, la adopción de un modelo

curricular integrado, la renovación de los procesos de enseñanza y aprendizaje y la conformación de estructuras de gestión acordes” (p. 11).

Como señala Lopez Jordi (2010), actualmente se reconoce que “la salud bucal no se limita a los dientes, ni a la boca”, sino que “representa un componente esencial e integral de la salud en su concepción más amplia”. En consonancia con la Declaración Final de la Conferencia Regional de Educación Superior en América Latina y el Caribe (CRES 2008), la autora afirma que:

“La pertinencia de la formación odontológica se logra con la participación de la institución educativa en la vida social y cultural de la sociedad en la cual se inserta y se concreta en las actividades que realizan los actores de los procesos universitarios, en función de la solución de los problemas de la comunidad. Esto ha llevado a un movimiento renovador de la educación odontológica (...) planteando la necesidad de un nuevo enfoque, tanto del modelo de atención como del modelo pedagógico” (p. 64).

Por su parte, la presentación del Plan de Estudios 2001 sostiene que la serie de transformaciones que se sucedieron en forma ininterrumpida desde 1993 implica “la ruptura con la tradicional enseñanza por disciplinas”, así como su adecuación “a las tendencias epistemológicas más modernas” en el plano académico y “a las necesidades sociales que se plantean en el momento histórico actual” (p. 6). Por consiguiente, el Plan 2001 mantiene las bases conceptuales, la política de enseñanza y la estructura curricular básica del Plan 1993, pero profundiza el proceso de transformación. En palabras de López Jordi (2010), se trata de:

“entender la práctica odontológica como respuesta científica, técnica, social y ética a las necesidades de la comunidad, retomando su objeto de estudio dentro del proceso salud-enfermedad, siempre dirigido a la búsqueda conceptual y metodológica para localizar puntos de encuentro y complementación entre el saber académico y la realidad, con la perspectiva de construir conocimientos para la acción y la transformación social” (p.3).

En este sentido, parece responder al concepto de pertinencia adoptado por la UNESCO. El artículo sexto de la *Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y Acción*, resultante de la conferencia realizada en París en 1998, postula una “orientación a largo plazo fundada en la pertinencia”, que “debe evaluarse en función de la adecuación entre lo que la sociedad espera de las instituciones y lo que éstas hacen”, para lo cual se requiere “una mejor articulación con los problemas de la sociedad y del mundo del trabajo, fundando las orientaciones a largo plazo en objetivos y necesidades sociales”. Asimismo, plantea que la educación superior debe “reforzar sus funciones de servicio a la sociedad”, “aumentar su contribución al desarrollo del conjunto del sistema educativo”, así como “apuntar a crear una nueva sociedad no violenta” (UNESCO, 1998).



3. Metodología

3.1. Los fundamentos del diseño

Se trataba de estudiar la pertinencia de la carrera Doctor en Odontología del Plan 2001 de la UR respecto a formar profesionales competentes para desempeñarse en un sistema de salud centrado en la estrategia de APS. Se optó por el método del estudio de caso, en virtud de considerar que la prioridad radicaba en lograr un conocimiento en profundidad de los fenómenos estudiados y de su contexto, por sobre la pretensión de generalizar los hallazgos obtenidos (Neiman y Quaranta, 2006).

Atendiendo a la naturaleza compleja del problema a investigar, se entendió pertinente adoptar una metodología de naturaleza cualitativa. En este sentido, cabe recordar la definición de Vasilachis de Gialdino (2009), que recoge los aportes de otros autores:

“La investigación cualitativa es interpretativa (DENZIN & LINCOLN 1994, p.2; MASON 1996, p.4; CRESWELL 1998, p.15; MARSHALL & ROSSMAN 1999, p.2; ANGEN 2000), hermenéutica, inductiva (MAXWELL 2004a, p.36), multimetódica, reflexiva, profunda, rigurosa (...) Emplea métodos de análisis y de explicación flexibles y sensibles tanto a las particularidades de las personas estudiadas como al contexto social en el que los datos son producidos (MASON 1996, p.4; GOBO 2005). Es relacional, se sustenta, fundamentalmente, en la comunicación (VASILACHIS DE GIALDINO 2006). Se centra en la práctica real, situada, y se basa en un proceso de investigación interactivo en el que intervienen el investigador y los participantes (FLICK 1998, p.6; MARSHALL & ROSSMAN 1999, p.7) “(p. 9).

Esta perspectiva supone un observador inmerso en la realidad estudiada, a fin de que pueda comprender su significado. Según esta autora, "el científico social no puede acceder a una realidad simbólicamente estructurada sólo a través de la observación", sino que debe compenetrarse con el fenómeno estudiado para poder interpretarlo, lo que implica sumergirse en lo que se pretende estudiar y utilizar la comunicación como herramienta para acceder a los significados.

Desde una perspectiva epistemológica, este enfoque implicaba algunos riesgos a la hora de establecer distancia con el objeto de estudio, pues era imperativo reconocer que quién investiga tiene una dilatada participación en proyectos conjuntos del Área Salud de la UR, pese a no haber pertenecido nunca al plantel docente de la Facultad de Odontología. También es necesario reconocer su adhesión a los cambios recientemente introducidos en el sistema de salud y su convicción de que la UR debe contribuir decisivamente a su concreción, ajustando sus programas de formación profesional a los requerimientos del nuevo modelo. Por otra parte, su múltiple condición de observadora, entrevistadora, evaluadora e intérprete de las realidades observadas, hacía imprescindible tener en cuenta la dimensión subjetiva a la hora de evaluar su rol como investigadora (Neiman y Quaranta, 2006). A efectos de minimizar los sesgos que pudieran surgir de esta situación, se apeló a la utilización de diferentes instrumentos: construcción de categorías de análisis para el estudio de los documentos curriculares, estudio detallado y contrastado de los mismos, opinión de los actores institucionales respecto a los resultados observados y análisis de la implicación de la investigadora.

Desde la perspectiva del análisis curricular, se tuvo en cuenta la concepción de Alicia de Alba que lo define como "la tarea específica de abordar un currículum con fines de comprenderlo y valorarlo" (2002, p.137), considerando diferentes dimensiones, planos y niveles de significación. En el caso de este estudio, el análisis se centró en lo que la autora denomina plano "estructural formal", que refiere al estudio de los planes de estudio, los programas y las disposiciones reglamentarias. De forma similar, siguiendo la concepción de Coll (1997), implicaba situarse en el proyecto o diseño curricular de la carrera, que para este autor comprende los tres primeros niveles de concreción del currículo: perfil, plan docente institucional y plan docente por asignaturas.

Finalmente, desde la perspectiva metodológica, cabía plantearse cuáles eran los procedimientos más adecuados para construir el conocimiento. Coincidiendo con Quiñones (2008), se buscaba explorar la diversidad de sentidos y de puntos de vista acerca de la formación actual de los odontólogos para intervenir en un sistema de salud centrado en la estrategia de APS, haciendo visibles las regularidades, pero también los casos que no encajaran y las circunstancias que actuaran para que éstas no se comportaran de la forma esperada, procurando interpretarlas. La variedad de fuentes de información utilizadas (documentos curriculares, resoluciones nacionales e internacionales referidas a la formación de recursos humanos en salud, entrevistas a actores institucionales, etc.) procuraron “captar y describir la complejidad de los fenómenos en estudio y su contexto con la mayor riqueza posible, respetando la mirada de los actores sociales involucrados” (Neiman y Quaranta, 2006, p. 220). En función de la opción metodológica realizada, se asume que los resultados obtenidos están sujetos a las valoraciones subjetivas de los entrevistados y las del propio investigador, en tanto que participante privilegiado en esta tarea. Siguiendo a Olabuenaga y Espizúa (1989), se empleó la técnica de entrevista en profundidad con los actores institucionales por tratarse de una instancia en la cual “el investigador busca encontrar lo que es importante y significativo en la mente de los informantes, sus significados, perspectivas e interpretaciones, el modo en que ellos ven, clasifican y experimentan su propio mundo” (p.126). Al mismo tiempo, se esperaba que el diálogo con los entrevistados permitiera descubrir perspectivas no exploradas en el análisis documental previo y que hiciera posible redireccionar la búsqueda.

Como ya se señaló en el capítulo anterior, en el campo de la educación persiste un intenso debate respecto a la pertinencia de adoptar un enfoque centrado en el desarrollo de competencias, por considerar que el mismo no es intrínseco al ámbito académico, que ha sido extrapolado del ámbito laboral y que se corre el riesgo de recaer en la consideración fragmentaria de destrezas específicas (Perrenoud, 2005) (Díaz Barriga, 2006) (Camilloni, 2010). No obstante, se optó por este enfoque por tratarse del modelo adoptado por la OMS/OPS en las recomendaciones referidas a la formación de recursos humanos para la salud y el adoptado por la Facultad de Odontología de la UR, a la hora de redefinir el perfil de egreso para su nuevo plan de estudios.

3.2. El diseño de la investigación

Se adoptó como método el estudio de caso único, empleando como técnicas el análisis documental y las entrevistas en profundidad. Las fuentes documentales primarias fueron: el Plan de Estudios 2001 de la carrera Doctor en Odontología de la UR y la totalidad de programas de las unidades curriculares que lo integran.

A efectos de analizar los documentos curriculares se construyeron categorías que permitieran sistematizar los atributos requeridos a los profesionales de la salud para intervenir de forma pertinente en sistemas centrados en la estrategia de APS y que priorizan el primer nivel de atención. Esto fue necesario debido a que la ley 18.211 establece que “las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios” (Art. 36), pero no caracteriza la formación profesional requerida a los integrantes de estos equipos. Si bien existe profusa bibliografía respecto a los acuerdos alcanzados en los organismos internacionales de la salud, no fue posible ubicar un documento que los sintetizara. El *Manual de Indicadores de las Metas de los Objetivos de Toronto* (OPS, 2010) es el que más se aproxima, pero su finalidad es monitorear los avances en el proceso de implementación de los sistemas de salud y solo tangencialmente la formación profesional ofrecida por las instituciones educativas. Para la construcción de estas categorías, se tuvieron en cuenta: documentos oficiales del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, la Oficina Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud; fuentes bibliográficas independientes y aportes de informantes calificados. Se describen a continuación las cuatro categorías consideradas:

Competencias técnico – profesionales suficientes para brindar una atención apropiada en el primer nivel de atención, desde una perspectiva de APS. Para la construcción de esta categoría, se tuvieron en cuenta los documentos consensuados a nivel de la OMS/OPS, la bibliografía consultada y el asesoramiento de una informante calificada (odontóloga, ex-docente de la Facultad de Odontología de la UR, con extensa actuación profesional en el ámbito comunitario). Dado que el perfil de egreso del Plan 2001 no está expresado en términos de competencias, se tomaron como referencia, algunas de las enunciadas en el Plan de Estudios 2011 de la Facultad de

Odontología (recientemente aprobado por el CDC). Se llegó a la siguiente síntesis de competencias técnico – profesionales:

- poseer conocimientos sólidos respecto al funcionamiento normal del sistema estomatognático
- desempeñarse con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la promoción y educación de la salud, el diagnóstico, la prevención, la rehabilitación y el mantenimiento en salud de las afecciones del sistema estomatognático, a nivel individual y colectivo, con respaldo en la evidencia científica
- estar capacitado para indicar e interpretar los estudios paraclínicos necesarios
- desempeñarse en forma acorde con los principios y normas de la bioseguridad
- manejar los procedimientos clínicos y las prácticas indispensables en la atención inicial de las urgencias y emergencias
- reconocer y orientar oportunamente la derivación de los pacientes que por su patología deban ser referidos a otro nivel de atención del sistema

En consonancia con lo sugerido en el *Manual de Indicadores de las Metas de los Objetivos de Toronto* (OPS, 2010), también se incluyeron en esta categoría las estrategias de enseñanza y aprendizaje previstas para adquirir dichas competencias: abordaje interdisciplinario del conocimiento, equilibrio entre teoría y práctica, características de la formación clínica, participación del estudiante en su formación, entre otras posibles.

Competencias de salud pública. Esta categoría fue construida a partir de los documentos consensuados a nivel de la OMS/OPS y la bibliografía consultada. Comprende:

- reconocimiento de la importancia de la estrategia de APS para la organización del sistema sanitario
- comprensión de los determinantes sociales de la salud
- cuidado integral y continuo centrado en la persona, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades

- observancia de una conducta ética frente al paciente, el equipo de salud y la comunidad, preservando la dignidad y privacidad de las personas
- conocimientos generales relacionados con las ciencias sociales y la realidad sociopolítica y cultural del país
- exposición temprana del estudiante a prácticas de APS en la comunidad
- capacidad para llevar a cabo investigaciones
- capacidad para planificar, monitorear y evaluar el proceso de trabajo que se desarrolla en los servicios de salud en que se desempeña y sus impactos sobre la salud de la población

Capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinario y multiprofesional. Esta categoría fue construida a partir de los documentos consensuados a nivel de la OPS/OMS y la bibliografía consultada. Implica la participación del estudiante en actividades de carácter interprofesional (cursos, talleres, pasantías, etc.) durante la formación de grado, que lo capaciten para desempeñarse en un equipo de salud integrado de forma interdisciplinaria y multiprofesional.

Competencias interculturales. Esta categoría fue construida a partir de los documentos consensuados a nivel de la OPS/OMS y la bibliografía consultada. Implica:

- habilidades interactivas y de comunicación que reconozcan las capacidades cognitivas, emotivas y de intercambio que deben ser tomadas en cuenta cuando se trabaja con grupos étnicos, lingüísticos, religiosos o socio-económicos diversos
- habilidades para promover la participación activa de la comunidad en el sistema de salud

Establecidas dichas categorías, se analizó el texto del Plan 2001 de la carrera Doctor en Odontología y los programas de sus unidades curriculares, contrastándolos con las competencias internacionalmente reconocidas como necesarias para desempeñarse en sistemas de salud centrados en la estrategia de APS.

Para complementar este análisis documental, se realizaron entrevistas en profundidad a integrantes del Claustro, del Consejo de la Facultad y de la Unidad de Supervisión y Transformación Curricular - en su carácter de responsables del diseño curricular y/o de la conducción del plan de estudios - con la finalidad de conocer su visión respecto al tema en estudio y esclarecer aspectos no suficientemente explicitados en los documentos, o que presentaban aparentes inconsistencias. La elección de los entrevistados se realizó siguiendo el criterio del muestreo intencional, procurando que los tres órdenes universitarios (docentes, estudiantes y egresados) estuvieran representados en la muestra. A efectos de realizar esta tarea, se contó con la colaboración de las autoridades de la Facultad, quienes proporcionaron un listado de candidatos que cumplía con los criterios de inclusión, arriba descritos. Siguiendo a Valles (2003), se elaboró un guión previo para las entrevistas. El registro grabado de cada una fue acompañado de notas, a cargo de la entrevistadora, que permitieron recoger aspectos no verbales, así como comentarios surgidos en la pre y/o en la post-entrevista. A continuación, se procedió a la transcripción textual y a su posterior análisis.

Finalmente, se contrastaron los resultados del análisis documental previo con los aportes realizados por los informantes clave, en procura de establecer conclusiones respecto a la pregunta de investigación y de aportar algunas sugerencias que podrían incrementar la pertinencia de la formación actual en referencia a los requerimientos de un sistema nacional integrado de salud.

Cuadro 3. Fases del proceso de investigación

Fase 1	Elaboración de un estado del arte respecto a la formación requerida a los profesionales de la salud, a nivel internacional, para integrar sistemas de salud caracterizados por la estrategia de APS
Fase 2	Selección de la carrera Doctor en Odontología de la UR como estudio de caso a nivel nacional
Fase 3	Construcción de categorías de análisis que sistematizaran los consensos adoptados a nivel internacional, respecto a las competencias requeridas a los profesionales de la salud para intervenir en sistemas centrados en la estrategia de APS
Fase 4	Análisis de contenido del plan de estudios 2001 de la carrera Doctor en Odontología de la UR y de la totalidad de los programas que integran el currículo, a la luz de las categorías de análisis construidas
Fase 5	Sistematización de las principales interrogantes surgidas a partir del análisis documental y realización de las entrevistas a informantes clave del cogobierno y de la UNSTRAC.
Fase 6	Discusión de los resultados y elaboración de conclusiones y sugerencias que pudieran contribuir a mejorar la pertinencia de la carrera en estudio, respecto a los requerimientos de un sistema integrado de salud centrado en la estrategia de APS.

4. Resultados

4.1. El plan de estudios 2001

El primer capítulo está dedicado a exponer los antecedentes de este plan de estudios. Sus autores rescatan los criterios innovadores ya presentes en el plan 1966 en tanto “propuesta de transición, que avizoraba de futuro una práctica odontológica interdisciplinaria, interprofesional, integral y preventiva” (Plan de Estudios 2001, p.9), pese a que el advenimiento de la dictadura impidió su plena implementación. Asimismo, se rememora “el proceso de revisión y acuerdos desarrollados institucionalmente por la Facultad a partir de la reapertura democrática” que se concretaron en el plan de estudios 1993. Se destacan los consensos alcanzados respecto a las carencias que presentaba el sistema de atención odontológico del país, la necesidad de “revertir el enfoque curativo hacia un enfoque preventivo asistencial”, el predominio de “condiciones inadecuadas para abordar la formación de grado” y las condiciones de inequidad para el ingreso a la carrera de vastos sectores de la población (p. 10). En referencia al cambio de enfoque, destaca “la vigencia de un paradigma ya superado de atención médica y odontológica, en el proceso de formación y en la práctica privada, fundamentalmente centrado en la enfermedad, de carácter individual, biologicista, mecanicista, de alta densidad tecnológica y tendiente a una pseudo especialización”. Asimismo, señala “la ausencia de contenidos de educación para la salud en el conjunto del sistema educativo que permita una mayor socialización de principios preventivos” (Ibíd.).

Se plantea que, a partir de ese diagnóstico, el plan 1993 definió como “ejes fundamentales” de esta transformación: “una readecuación del perfil de egreso, la reconceptualización de la práctica sanitaria, la adopción de un modelo curricular integrado, la renovación de los procesos de enseñanza y

aprendizaje y la conformación de estructuras de gestión curricular acordes” (p. 11). El capítulo finaliza afirmando que, pese a los cambios sustantivos introducidos al plan 1993, el nuevo plan de estudios mantiene “las bases conceptuales, de política de enseñanza y la estructura curricular básica” de su antecesor.

Desde la perspectiva de las categorías de análisis en consideración, es de resaltar el cuestionamiento al enfoque curativo, así como el énfasis en la educación para la salud, que anunciarían el acercamiento a un modelo centrado en la estrategia de atención primaria.

En el segundo capítulo, donde se exponen sus fundamentos, se concibe el Plan de Estudios 2001 “como instrumento articulador de una política de innovaciones en la formación científica superior y los problemas actuales de la sociedad que atañen a esta área”. Define la atención desde un enfoque preventivo, como “síntesis de esfuerzos destinados a fomentar, conservar y/o restaurar la salud del individuo” y la concibe “con criterio de unicidad clínica, epidemiológica y social”. “Impulsa una formación odontológica basada en los principios pedagógicos de la enseñanza activa” y “privilegia el concepto de *experiencia* como vivencias significativas que, confrontadas a la evidencia científica, permitan la apropiación de conocimientos sustantivos del campo odontológico en el desarrollo de un pensamiento crítico riguroso” (pp. 12-13).

No se hace mención expresa a la estrategia de APS, pero varios de sus conceptos esenciales aparecen reflejados en este capítulo: “Se sustenta en una visión del ser humano como totalidad. Ello implica un abordaje integral de la atención de la salud bucal en sus múltiples dimensiones: biológica, psicológica y social.” Reconoce la salud como “un derecho humano fundamental” y define la salud “como una categoría biológica y social en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación entre los individuos y su medio, que condiciona los niveles de bienestar físico, mental y social”. Define la atención “desde un enfoque preventivo...que supone la síntesis de esfuerzos destinados a fomentar, conservar y/o restaurar la salud del individuo por medio de la promoción, mantenimiento y/o restitución de su salud bucal”. “Concibe la atención con un criterio de unicidad clínica, epidemiológica y social...enfocando la atención individual desde una perspectiva colectiva” (pp. 12-13).

En referencia a la capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinario, se señala que el Plan 2001 “Incorpora a la enseñanza de grado los criterios de interdisciplinariedad, procurando fortalecer un abordaje integrado e integral de los problemas de salud bucal de la población”. En ese sentido, se define la integración de las cátedras para la enseñanza de los problemas teóricos y prácticos de la odontología, identificados como unidades significativas de aprendizaje” (Ibíd.). Dado que “los criterios de interdisciplinariedad” aparecen expresamente vinculados a “la integración de las cátedras para la enseñanza de los problemas teóricos y prácticos de la odontología”, cabe preguntarse si solo se refiere a la integración de disciplinas y/o especialidades dentro del campo odontológico, o podría ser considerada con un criterio más amplio.

No se encontraron referencias en relación con las competencias interculturales.

El capítulo III está consagrado a los objetivos y el perfil del graduado. La mayoría de los objetivos articulan de tal manera las competencias técnico – profesionales del odontólogo con las competencias de salud pública, que resultaría artificioso pretender abordarlas por separado:

“Formar odontólogos capaces de contribuir activamente al bienestar humano, al logro de la salud de la población, en particular, de la salud bucal. Brindar y promover una formación científica, técnica y ética que posibilite un desarrollo del campo odontológico y un ejercicio profesional fundamentado, riguroso y de calidad. Contribuir a la consolidación de un enfoque clínico-epidemiológico y social de los procesos de enseñanza y de atención odontológica. Formar en una concepción integral de la asistencia, jerarquizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con una perspectiva bio-psico-social del individuo. Reconceptualizar el papel del paciente en oportunidad de la enseñanza, la investigación y la extensión. Promover un enfoque de investigación multidisciplinar y crítico, orientado a la solución de los problemas odontológicos de la población de nuestro país, desde una perspectiva regional. Desarrollar la capacidad crítica y creativa a fin de permitir al egresado identificar y proponer soluciones a los problemas profesionales y científicos a que se enfrenten.” (p. 14)

Sostiene que se trata de formar un odontólogo con “perfil generalista” y define como su campo de acción: “la promoción de la salud, el control de la problemática más prevalente, el reconocimiento y la derivación de la alta complejidad y la gestión de los recursos necesarios para la atención de la salud bucal” (p.15). Finalmente, se describen las funciones que el odontólogo así formado estará en condiciones de ejercer:

“Operar en sistemas de atención que brinden una cobertura de salud universal accesible, de calidad, participativa, con orientación preventiva y humanista, a fin de mejorar el nivel y la calidad de vida de todos los habitantes de la República. Actuar en un marco de absoluto respeto al ser humano y de defensa permanente de sus derechos, asumiendo toda la responsabilidad que el ejercicio de la profesión le imponga dentro de las normas éticas y legales establecidas. Prevenir, diagnosticar, pronosticar, tratar y evaluar los problemas de salud bucal que afectan al individuo y la comunidad. Ejercer una odontología integral, en la que se destaca como pilar fundamental la orientación preventiva. Asumir un compromiso profesional que busque dar respuesta a la dinámica política, social y epidemiológica de la realidad en la que ejerza”. (Ibíd.)

En referencia a la capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinario, señala como objetivo de la formación de grado: “Desarrollar el binomio docencia y atención en un marco multi e interdisciplinario, interprofesional e integrado a la comunidad”. Asimismo, destaca que el egresado estará capacitado para “Integrar equipos interdisciplinarios e interprofesionales, particularmente de salud bucal” (pp. 14-15). Aquí la referencia es más explícita que en el capítulo anterior, puesto que concibe la intervención del odontólogo en el marco de un equipo de salud integrado por otros profesionales de la salud y con participación de la comunidad.

Tampoco se encontró en este capítulo una mención explícita o implícita a las competencias interculturales.

Desde la perspectiva de Coll (1997), el cuarto capítulo refiere al plan docente institucional: cómo se trabajan los contenidos, de qué forma se organizan, qué normas los rigen y qué mensajes se refuerzan. El plan de estudios 2001 desarrolla la formación de grado de los futuros Doctores en Odontología en cinco años y medio de cursada, que se organizan a través de cuatro cursos centrales “concebidos como los grandes trayectos curriculares correspondientes a las principales áreas del conocimiento odontológico” (p. 16).

Cuadro 4. Cursos centrales de la carrera Doctor en Odontología

MORFOFUNCIÓN	Comprende los conocimientos anatómicos, histológicos, bioquímicos y fisiológicos del sistema estomatognático
PATOLOGÍA	Aborda en profundidad el conocimiento de la historia natural de las enfermedades que afectan al sistema estomatognático
TRATAMIENTO	Involucra el conjunto de los procedimientos terapéuticos y preventivos en la resolución de los problemas de salud bucal
ODONTOLOGIA SOCIAL	Comprende el análisis del conjunto de componentes de la asistencia odontológica desde la perspectiva de las Ciencias Sociales.

Fuente: Plan de Estudios 2001 de la Facultad de Odontología, UR

El plan de estudios establece cuatro ejes para la formación de grado del odontólogo:

- Adopción de un modelo integrado y estructura del currículo en base a los cuatro cursos centrales. Organización de los cursos en Unidades Integradas de Aprendizaje (UDA), que conforman núcleos significativos de conocimientos, habilidades y actitudes

fundamentales dentro del campo, pautados por criterios de pertinencia y oportunidad en el desarrollo de los aprendizajes.

- Programación de las UDA desde una perspectiva multidisciplinar, garantizada por la articulación entre cátedras y áreas. Incorporación de cursos optativos que contemplan aspectos complementarios de la formación odontológica y que articulan el grado con la educación permanente y la especialización.
- Aspectos metodológicos, orientadores de los procesos de enseñanza y de aprendizaje. Entre ellos, se consignan expresamente: abordaje interdisciplinario del conocimiento, adecuado equilibrio entre teoría y práctica, enseñanza por problemas en instancias pertinentes, aprendizaje en base al análisis y la resolución de situaciones reales, participación activa del estudiante en su formación, combinación de dispositivos grupales y de autoaprendizaje, adopción de un sistema de evaluación que conjugue las modalidades continua y sumativa para la acreditación de las UDA, valorando los procesos y los productos del aprendizaje.
- Resignificación de la práctica sanitaria, orientando la atención desde una perspectiva clínica integral, de prevención y promoción de la salud, enfatizando el rol activo del paciente como agente de salud. Formación clínica del estudiante desde las primeras etapas de la carrera y desarrollo de una estrategia - tanto hospitalaria como en servicios y comunidad - que integre la práctica sanitaria al proceso pedagógico. Realización de pasantías - con y sin apoyo docente - que permitan al estudiante avanzado adquirir niveles de autonomía creciente, así como el conocimiento integral de las instituciones vinculadas a la salud en su estructura, sus dinámicas y los comportamientos que generan.
- Conformación de estructuras académico-administrativas que faciliten la transformación curricular, abordando específicamente: la gestión académica curricular, la formación docente y el apoyo estudiantil, así como la gestión administrativa. Con respecto a la gestión académica curricular, se crea una Unidad de Supervisión y Transformación



Curricular (UNSTRAC) con funciones de conducción y evaluación curricular, y de asesoramiento y propuesta al Consejo de Facultad en materia de políticas de enseñanza. En referencia a la formación docente, se crea una Unidad de Apoyo Pedagógico que impulse y profundice la formación pedagógica y didáctica de los docentes y, en relación al asesoramiento estudiantil, se proyecta la instalación de una Unidad de Apoyo Estudiantil que implemente acciones de apoyatura curricular. En cuanto a la gestión administrativa, se crean Secretarías de Curso adjuntas al Departamento de Enseñanza, con el objetivo de generar condiciones de viabilidad de los procesos puestos en marcha. (pp. 16-17)

Como puede apreciarse, se resalta la importancia de adoptar un modelo curricular integrado, organizado en Unidades Integradas de Aprendizaje “que conforman núcleos significativos de conocimientos, habilidades y actitudes fundamentales dentro del campo” y que se programan desde una perspectiva “multidisciplinar” en la medida que articulan la participación de diferentes cátedras y áreas. Esta modalidad de organización parece reafirmar la aspiración previamente enunciada de superar la fragmentación en asignaturas, en tanto estructura el currículo en base a cuatro cursos centrales “correspondientes a las principales áreas del conocimiento odontológico”. Asimismo, prevé la incorporación de cursos optativos que contemplen “aspectos complementarios de la formación odontológica” y faciliten la articulación grado y postgrado (Ibíd.).

Dado que se realiza un planteo inicial y muy sintético respecto al diseño curricular previsto, no corresponde analizarlo aquí a la luz de las categorías descriptas. Sin embargo, cabe destacar que los “aspectos metodológicos orientadores de los procesos de enseñanza y aprendizaje” descriptos en el capítulo son coincidentes con varias de las recomendaciones referidas a la formación de recursos humanos competentes para trabajar en un sistema de salud centrado en la estrategia de APS: abordaje interdisciplinario del conocimiento, adecuado equilibrio entre teoría y práctica, enseñanza por problemas, trabajo en grupos, aprendizaje en base al análisis y resolución de situaciones reales y participación activa del estudiante en su formación.

Asimismo, se plantea “una resignificación de la práctica sanitaria que revierte la clásica atención recortada de los cuadros psicopatológicos”, orientándola a “la atención jerarquizada del paciente desde una perspectiva clínica integral, de prevención y de promoción de salud, enfatizando el rol activo del paciente como agente de salud” (p.17). Esta orientación esta inequívocamente vinculada a las competencias de salud pública, en tanto recoge implícitamente varios principios de la estrategia de APS y adopta dispositivos pedagógicos acordes: formación clínica desde las primeras etapas de la carrera, integración de la práctica sanitaria al proceso pedagógico y pasantías – con y sin apoyo docente – para promover una progresiva autonomización del estudiante y su conocimiento integral de las instituciones por donde transita.

El quinto capítulo tiene como propósito definir los objetivos generales de formación de los cuatro cursos centrales, identificar las UDA y otros componentes curriculares que comprende cada uno, así como enunciar los criterios adoptados para su ordenamiento.

El **Curso de Morfofunción** remite a la construcción de competencias técnico profesionales específicas del odontólogo, en tanto supone la adquisición de conocimientos respecto al sistema estomatognático en estado de salud y su relación con el resto del organismo, integrando componentes “anatómicos, histológicos, bioquímicos y fisiológicos” (p.18). Esta afirmación y la denominación de las seis UDA que integran este curso (Componente osteoartromuscular, Componente neurovascular, Cavidad bucal, Biología Celular y Tisular, Medio Interno y Sistema Estomatognático) sugiere que el abordaje es de naturaleza exclusivamente biológica.

Los objetivos del **Curso de Patología** señalan componentes del campo técnico profesional del odontólogo: “comprender los conceptos de diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento”, “comprender las enfermedades bucales específicas”, “controlar las enfermedades bucales de mayor prevalencia e incidencia en nuestra población, conociendo en profundidad su epidemiología, su prevención, sus síntomas y signos”, identificar las “menos prevalentes para su derivación pertinente”, “incorporarse a tareas de investigación básica y clínica específica” (p.19). Pero también aparecen referencias a la construcción de competencias para trabajar en un equipo

interdisciplinario: “reconocer las patologías generales con repercusión en el sistema estomatognático a fin de orientar el trabajo odontológico hacia un equipo multidisciplinario de salud” y “lograr una formación en Patología y un manejo clínico adecuados al perfil generalista, capacitándolo para integrar equipos de salud”(Ibíd.)

Comprende ocho Unidades de Aprendizaje y seis Clínicas correspondientes a las UDA. En los criterios seguidos para su ordenamiento curricular se destaca la importancia de la integración de “las diferentes disciplinas” que intervienen en el curso, aunque en realidad se refiere a “todos los capítulos que incluye la Patología” (etiología, semiología y técnicas de diagnóstico). El criterio empleado para identificar diferentes disciplinas es impreciso desde un punto de vista epistemológico y no resulta claro qué concepto de “interdisciplina” se maneja, pero siempre parece referirse a la integración de conocimientos dentro del campo odontológico.

Respecto al **Curso de Tratamiento** resulta llamativa su denominación, dado que engloba objetivos y contenidos referidos a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades que, en principio, no supondrían acciones de carácter terapéutico. Varios de sus objetivos de formación remiten a competencias del campo técnico – profesional específico: conocer las normas y aplicar los procedimientos de bioseguridad, abordar científicamente los problemas odontológicos, dominar el concepto de salud bucal en todos los grupos etáreos y la evaluación del riesgo de contraer enfermedad, manejar las opciones de tratamiento para los diferentes niveles de atención, diagnosticar y realizar la planificación terapéutica de los individuos afectados por las enfermedades más prevalentes considerando los aspectos biológico, social, económico y cultural del paciente, seleccionar los materiales y técnicas a aplicar mediante procedimientos terapéuticos preventivo – rehabilitadores, diagnosticar y conocer la terapéutica específica de la patología menos prevalente, así como los ámbitos de derivación pertinentes (p. 21).

También se observan referencias implícitas a la estrategia de APS: “participar del modelo de atención educativo – preventivo – asistencial y de su adecuación a cada ámbito de asistencia y a su contexto social”, intervenir en el primer nivel de atención desarrollando las acciones propias del mismo:

urgencias, promoción de la salud, prevención, inactivación de caries, detartraje y ortodoncia interceptiva (p. 23).

En cuanto a la formación para integrar equipos multiprofesionales se propone “desarrollar una odontología multi e interdisciplinar que le permita formar parte de equipos de salud” (p. 21). Aunque no se dice explícitamente, la consideración del paciente “en sus aspectos biológico, social, económico y cultural”, así como la adecuación del modelo “a cada ámbito de asistencia y a su contexto social” podría estar aludiendo al desarrollo de competencias interculturales.

El Curso de Tratamiento está integrado por 18 Unidades de Aprendizaje, 11 Clínicas correspondientes a las UDA y tres pasantías en servicios y comunidad. Se estructura en torno a dos ámbitos de práctica preprofesional: la clínica odontológica que se desarrolla en el local central de la Facultad y la que tiene lugar en los servicios y en la comunidad. Estos espacios se organizan en base a dos estrategias diferenciadas: la clínica integrada y las pasantías curriculares. Se define la clínica integrada como:

“una estrategia para la formación de odontólogos que, a través de un abordaje multi e interdisciplinar de la atención, propone la organización racional de conocimientos y habilidades a fin de adoptar las decisiones clínicas que favorezcan la salud bucal como componente de la calidad de vida de las personas” (p. 24).

En cuanto a la pasantía:

“supone desde el punto de vista del estudiante actuar en ámbitos organizados a nivel institucional y/o comunitarios vinculados a la atención de la salud bucal de la población, incorporándose a un equipo de salud o educativo establecido, recibiendo orientación y respaldo de un plantel docente específico” (p. 26).

Entre sus características se destacan: “una enseñanza orientada hacia la comunidad”, “un aprendizaje en el ámbito real donde el proceso salud – enfermedad se gesta, transcurre y se resuelve”, “la práctica de un modelo de atención integral que...jerarquiza la promoción de la salud y la prevención de

la enfermedad, con una perspectiva bio-psico-social” y “la participación organizada de la comunidad” en el programa de salud bucal.

Se señala “la vocación universitaria de desarrollar modelos de docencia adecuados a las necesidades de cambio del país, esto es, articulados a políticas de salud y educación que respondan a las necesidades sociales” (p. 26). Asimismo, se afirma que “la implementación de este tipo de programas universitarios requiere la confluencia de las instituciones responsables de la salud de la población, de la institución educativa y de las organizaciones representativas de los intereses de la población” (Ibíd.). En función de lo anterior, se describen los acuerdos y convenios de la Facultad con diferentes servicios de salud (MSP, Intendencias, INAU, policlínicos comunitarios), así como con programas de salud comunitaria que se desarrollan en escuelas, guarderías, centros barriales y hogares del INAU.

Recordando que este plan de estudios se aprobó en 2001, las anteriores afirmaciones resultan llamativas por su actualidad respecto a los objetivos reseñados en la ley de creación del SNIS y por su coincidencia con el Quinto Desafío acordado en la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud de la OPS realizada en 2005:

“Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.” (OPS, 2005, p.3)

El **Curso de Odontología Social** tiene como objetivos: “estudiar el proceso salud – enfermedad en la sociedad, visto desde múltiples abordajes”, “aportar herramientas que le permitan constituirse en dinamizador de los cambios en la atención a la salud, propendiendo a la implementación de un modelo universal, integral, equitativo y ético”, integrar el conocimiento específico del área con las otras áreas académicas, presentar los fundamentos y componentes de la UR y de las profesiones de la salud integrados al contexto social, propender a “la aplicación del método científico en las disciplinas de la salud”, a efectos de estudiar el proceso salud – enfermedad del individuo

como ser biopsicosocial, a través de los contenidos y métodos de la Epidemiología y “reconocer los aspectos que hacen a la gestión de los servicios de salud en general y odontológicos en particular, y su aplicación práctica” (pp. 27-28).

La mayoría de sus objetivos remiten a la construcción de competencias de salud pública y de interacción con los otros profesionales de la salud. Aunque no la menciona explícitamente, recoge varios principios de la estrategia de APS en la medida que se propone aportar herramientas al odontólogo “que le permitan constituirse en dinamizador de los cambios en la atención a la salud, propendiendo a la implementación de un modelo universal, integral, equitativo y ético”. Asimismo, destaca la importancia de concebir al individuo como un ser biopsicosocial, remite a los determinantes sociales de la salud, pretende incluir conocimientos generales relacionados con las ciencias sociales y señala la importancia de capacitar al estudiante en “la gestión de los servicios de salud en general y odontológicos en particular” (p. 28).

Comprende cuatro unidades curriculares, que parten de un estudio general de la Universidad y de las profesiones de la salud, procurando ubicar al estudiante “desde lo institucional, en su responsabilidad social y ética”. Con respecto a las UDA define tres áreas del conocimiento: las ciencias sociales en referencia a la comprensión del proceso salud - enfermedad, la epidemiología general y bucal y los modelos asistenciales, así como la gestión de los servicios de salud. Asimismo, se describen acciones de integración con otros cursos y programas.

Finalmente, en relación con los **Cursos Optativos**, se describen tres tipos. El primer grupo tiene como objetivo aportar herramientas o instrumentos que faciliten el desarrollo académico de los estudiantes (Iniciación a la investigación científica, Comprensión lectora del idioma inglés y Curso básico de informática). El segundo grupo “ofrece espacios de formación orientados a obtener un dominio básico de técnicas de comunicación social y prácticas de salud para su aplicación específica, o de soporte, en el acto odontológico” (p. 29), mientras que el tercero ofrece una introducción a los niveles de especialización previstos para el nivel de postgrado.

Los cursos correspondientes al primer grupo podrían aportar al desarrollo de competencias de salud pública por cuanto contribuirían a capacitar al graduado para llevar a cabo investigaciones y para realizar un adecuado procesamiento de la información en los servicios de atención comunitaria.

En cuanto a los del segundo grupo, no resulta clara la vinculación entre los cursos anunciados (Atención de pacientes odontológicos en situación de emergencia general e Incidencia de factores psicológicos en la práctica odontológica) y la intención de “obtener un dominio básico de técnicas de comunicación social”. Se volverá sobre el punto cuando se analicen los programas específicos de cada unidad curricular.

Los cursos optativos del tercer grupo refieren claramente a la articulación grado – postgrado.

El sexto capítulo plantea los diagramas curriculares de los cuatro cursos centrales, su organización en función de los cinco años y medio de duración de la carrera, así como su distribución horaria por año. Se especifica que “la estructura horaria básica contempla una actividad de enseñanza presencial durante 9 meses de entre 25 y 30 horas semanales /estudiante”, y que en el caso de las pasantías II y III, “se estima una asistencia estudiantil de 20 horas semanales” (p.36).

De acuerdo con estos diagramas, los cuatro cursos centrales tendrían una participación significativa a lo largo de toda la carrera. No obstante, se observan importantes asimetrías respecto al peso de cada uno en la formación. Mientras que el Curso de Tratamiento (aunque incluya aprendizajes no referidos a la terapéutica) tiene una carga horaria total de 3030 horas, solo se asignan 370 al Curso de Odontología Social.

El séptimo y último capítulo describe sintéticamente los contenidos de cada una de las unidades de aprendizaje, pasantías y cursos optativos que componen el Plan de Estudios 2001. Dado que se va a realizar un análisis detallado de los programas de cada unidad curricular, se posterga para esa instancia su comparación con los contenidos mínimos consignados en este capítulo.

4.2. Los programas de las unidades curriculares

Se realizó un estudio pormenorizado de los 43 programas proporcionados por la institución, que corresponden a la totalidad de unidades curriculares que integran la carrera, siguiendo su orden de sucesión en la carrera (ver Anexo A). Pero, dada su extensión, se realizó una síntesis de los mismos, agrupándolos en función del curso central al que pertenecen.

El **Curso de Morfofunción** comprende seis unidades de aprendizaje que tienen una carga horaria global de 850 horas. Todas las unidades académicas participantes (Anatomía General y Buco Dental, Bioquímica y Biofísica, Fisiología General y Buco Dental, Histología, Microbiología general y buco dental, Anatomía patológica y Fisiopatología general y buco dental) tienen un perfil definidamente biológico.

Las seis unidades de aprendizaje se encuentran ubicadas en el primer y segundo año de la carrera y no se percibe, a partir del análisis documental, que estas estructuras docentes tengan una intervención significativa en instancias posteriores de la formación de grado. Aunque los diagramas curriculares y de distribución horaria del Plan 2001 (pp. 30 – 36) prevén “actividades de integración básico-clínicas” a cargo del Curso de Morfofunción en el tercer, cuarto y quinto año de la formación, con una carga horaria de 10 horas en cada año, no fue posible identificarlas a nivel de los programas estudiados. Por lo tanto, parecería que, siguiendo los criterios tradicionales, la enseñanza de los contenidos básicos se ubica en los primeros tramos de la formación, en escasa interacción con los contenidos aplicados, que se concentran en los tramos posteriores.

Los programas de las seis UDA de Morfofunción afirman que el contenido temático es “planificado interdisciplinariamente en función del saber odontológico”. Sin desmedro de valorar positivamente la intención educativa de organizar y exponer de forma integrada los aportes de las diferentes unidades académicas participantes en cada UDA, no queda claro el concepto de “interdisciplina” que se maneja. Aunque la denominación de las unidades académicas participantes remite a diferentes ámbitos de la biología humana y de la odontología, es discutible que todas ellas constituyan disciplinas autónomas desde una perspectiva epistemológica. Más bien, parecen referir a

campos diferenciados o especializados del conocimiento dentro “del saber odontológico”. Por otra parte, dado que el enfoque considera exclusivamente la dimensión biológica del individuo, la integración disciplinar, aún dentro del campo de la odontología, estaría excluyendo las otras dimensiones destacadas en el texto del plan de estudios.

La metodología de enseñanza explicitada en los programas de las seis UDA del Curso de Morfofunción es prácticamente idéntica y responde a los lineamientos anunciados en el plan de estudios, en la medida que prevé que “el aprendizaje se realiza en grupos de tamaño medio adaptado a las posibilidades y características de cada una de las unidades académicas participantes” y que busca “promover el aprendizaje significativo y crítico”.

El sistema de evaluación de las seis UDA de Morfofunción es plenamente consistente con los lineamientos del Plan 2001, en tanto contempla componentes continuos (resolución de situaciones problema, trabajos escritos sobre temas delimitados, interpretación de esquemas, gráficos, etc. en forma individual o grupal, participación e interés del alumno), así como aspectos sumativos (prueba teórica final).

Dado que se trata de integrar “los conocimientos anatómicos, histológicos, bioquímicos y fisiológicos del sistema estomatognático”, y considerando la necesidad de desplegar las lógicas disciplinares en forma sistemática, no resulta sorprendente que se aborde el estudio de estas estructuras desde una perspectiva biológica. Sin embargo, es llamativa la ausencia de referencias, en los seis programas del Curso, a cualquier diferencia que pudiera surgir en la conformación del sistema estomatognático en función de las condiciones sociales, económicas, psicológicas, culturales o ambientales en que se desarrolla el individuo. Esto supondría considerar el desarrollo de un ser humano de naturaleza exclusivamente biológica, que podría permanecer ajeno a los determinantes sociales de la salud.

Desde la perspectiva de las categorías de análisis consideradas, estas UDA parecen contribuir exclusivamente a la construcción de competencias técnico – profesionales para la atención odontológica, en lo referente a “poseer conocimientos sólidos respecto al funcionamiento normal del sistema estomatognático”. Como corresponde a la situación que ocupan en el

currículo, se evalúan en los primeros niveles de desarrollo de la competencia: conocimiento teórico y adquisición de ciertas habilidades que permiten su aplicación a situaciones problema planteadas en el aula.

El **Curso de Patología** comprende ocho UDA, de las cuales seis se desarrollan en forma integrada con el Curso de Tratamiento y dos (UDA 4 y 5) en forma autónoma. La carga horaria total correspondiente a este curso es de 600 horas y se encuentran distribuidas entre el segundo y el quinto año de la formación de grado. Las dos primeras UDA refieren al control de la transmisión de infecciones (UDA 3/1) y al diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento adecuado (UDA 4/2), mientras que la tercera (UDA 5/3) está destinada al estudio de las enfermedades más prevalentes del sistema estomatognático. Este último programa enfatiza el fomento de la salud, el enfoque preventivo y la necesidad de planificar el tratamiento “en forma interdisciplinaria”, aunque la perspectiva es exclusivamente odontológica.

Las UDA 4 y 5 del Curso de Patología remiten a la semiología de “las manifestaciones estomatológicas de enfermedades sistémicas” y la “patología inflamatoria, infecciosa y tumoral”. Pese al énfasis en la prevención anunciado en los objetivos de ambos programas, sus contenidos se centran en la identificación y el tratamiento de variadas enfermedades del aparato estomatognático.

Las tres últimas unidades, coordinadas con el Curso de Tratamiento, proponen “introducir al estudiante en los conocimientos teóricos y prácticos de la Cirugía Buco – Máxilo – Facial”, tomando en cuenta la dimensión biológica, así como los aspectos psicológicos, de género y étáeos implicados. Aunque no se reportan prácticas interprofesionales, es un espacio curricular de la carrera donde la interdisciplina es concebida como interacción con profesionales ajenos al ámbito médico-odontológico (asistentes sociales, fonoaudiólogos, psicólogos).

La metodología de las UDA participantes es consistente con los lineamientos del Plan de Estudios, en la medida que combinan instancias teóricas magistrales, grupos de discusión y actividades prácticas que implican “tareas de asistencia clínica con tutoría docente”.



Los sistemas de evaluación jerarquizan el “proceso de formación clínica así como la síntesis e integración del conocimiento adquirido”. La evaluación continua contempla “la capacidad de manejo del ambiente de trabajo, las relaciones humanas, la autonomía de actuación, una adecuada fundamentación teórica de la práctica y la calidad de la atención odontológica brindada”, así como “el rendimiento del trabajo clínico, estimando la relación entre el tiempo clínico y la cobertura asistencial brindada”. La aprobación de esta evaluación continua constituye un prerrequisito para rendir la prueba final del curso.

En función de las cuatro categorías de análisis consideradas, estas UDA parecen aportar fundamentalmente a la construcción de competencias técnico - profesionales del odontólogo respecto a: desempeñarse en consonancia con los principios y normas de la bioseguridad, intervenir en el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento de las enfermedades bucales de mayor prevalencia, así como la identificación de las patologías de mayor complejidad para su apropiada derivación.

Respetando los niveles crecientes de complejidad de la formación, en los primeros cursos se privilegia la adquisición de conocimientos teóricos y el desarrollo de habilidades incipientes para aplicarlos a situaciones hipotéticas planteadas a nivel de aula. Mientras que en los cursos más avanzados, se incorpora la exigencia de su demostración en ambientes controlados.

El **Curso de Tratamiento** es el más extenso de la carrera considerando su carga horaria global de 3030 horas y se encuentra presente en los cinco años y medio de duración de la carrera. Comprende 18 unidades de aprendizaje (seis de ellas integradas con el Curso de Patología), once Clínicas correspondientes a las UDA y tres pasantías de Atención Odontológica en Servicios y Comunidad. Las UDA involucradas son: Introducción a la atención odontológica y materiales dentales, Introducción a la prostodoncia y oclusión, Trasmisión de infecciones, Diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, Tratamiento de las enfermedades más prevalentes I y II, Cirugía buco-máxilo-facial I, II y III, Tratamiento de la edentación I, II y III, Pediatría I y II, Odontología restauradora, Terapéutica periodontal, Terapéutica endodóntica y Ortodoncia. Las Clínicas correspondientes son: las Clínicas integradas de adultos I, II, III y IV, la Clínica de prostodoncia removible, las Clínicas

quirúrgicas I, II y III, las Clínicas integradas pediátricas I y II, y la Clínica de ortodoncia.

Este curso central aborda aspectos tan diversos como: el modelo integral de atención odontológica con énfasis en el enfoque preventivo y la promoción de la salud, el conocimiento y la manipulación de los materiales dentales, el conocimiento y la aplicación de las normas de bioseguridad, el estudio clínico de la oclusión y de las alteraciones que se producen como consecuencia de la pérdida de piezas dentales, la rehabilitación de la edentación parcial o total, el tratamiento no invasivo de las enfermedades más prevalentes, la operatoria dental, las técnicas restauradoras, la terapéutica periodontal y endodóntica, la cirugía buco-máximo-facial y la atención odontológica del niño y el adolescente.

La metodología de las UDA es consistente con lo propuesto en el plan de estudios, visto que alternan clases magistrales, talleres o discusión en grupos acerca de temas específicos, demostraciones clínicas y atención de pacientes. El sistema de evaluación articula la modalidad continua para la valoración del desempeño en los grupos y en la actividad clínica, con la modalidad sumativa, que procura verificar la síntesis e integración del conocimiento adquirido mediante pruebas puntuales. Los aspectos a evaluar en la clínica comprenden: el cumplimiento de las normas de bioseguridad, el manejo de la atención del paciente y del ambiente de trabajo, las relaciones humanas, el trabajo en equipo, la autonomía de actuación, la aplicación de los fundamentos teóricos, las destrezas y la calidad de la atención. Cabe preguntarse qué actividades permiten a los estudiantes capacitarse respecto a “las relaciones humanas” y “el trabajo en equipo”, dado que estos contenidos no figuran a texto expreso en los programas, aunque se les evalúa en función de su desempeño.

Desde la perspectiva de las categorías de análisis consideradas, estas UDA privilegian la construcción de competencias técnico – profesionales para la atención odontológica, aunque también remiten a algunas competencias de salud pública (cuidado integral y continuo centrado en la persona, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, capacidad para llevar a cabo investigaciones) y de competencias para trabajar en un equipo interdisciplinario de salud. Sin embargo, no resulta claro qué peso se asigna a la adquisición de las competencias de salud pública y de trabajo

interprofesional. Según los programas, los estudiantes no parecen intervenir en actividades regulares de formación para la investigación, ni interactuar con profesionales de otras disciplinas.

En relación con la adquisición de las competencias técnico-profesionales, visto que los sistemas de evaluación privilegian la valoración de la asistencia odontológica brindada y su debida fundamentación teórica, se estaría exigiendo el conocimiento teórico - práctico, así como la demostración de la capacidad de desempeño en el marco de una práctica asistencial supervisada. Por el contrario, los programas no consignan actividades que exijan poner en juego la demostración de habilidades para realizar investigaciones, ni para trabajar en un contexto interprofesional. Por lo tanto, es razonable suponer que la construcción de estas competencias no supere el nivel del conocimiento teórico.

Las tres pasantías previstas por el Curso de Tratamiento tienen características diferentes. La que se desarrolla en el tercer año es consistente con la síntesis de contenidos del plan de estudios (p. 41) y propone como objetivos generales:

- “Contribuir a la formación de nuevos recursos humanos en Odontología con una visión científica e integral de la Salud Bucal, con énfasis en lo Educativo – Preventivo y Asistencial, capacitándolo para la resolución de los problemas sanitarios que afectan a las comunidades.
- Insertarse en la práctica odontológica en Servicios de salud y Programas Comunitarios.
- Valorar los aspectos sociales y biológicos para la comprensión del proceso salud – enfermedad en sus dimensiones colectiva e individual.
- Participar del modelo de atención educativo-preventivo-asistencial, adecuado a cada ámbito asistencial y su contexto social.
- Capacitarse en la planificación, programación, ejecución y evaluación de programas educativo – preventivo - asistenciales.”

Sus contenidos analíticos señalan que los estudiantes realizan actividades en los programas educativo-preventivo-asistenciales a nivel escolar y en los

servicios de salud bucal y que el programa está dirigido “fundamentalmente a la población escolar de 1º a 6tos años...procurando fijar conductas y actitudes favorables respecto a la Salud Bucal, donde el niño se sienta sujeto de este proceso”, cuya finalidad es capacitarlo para reconocer su propia salud y su derecho a la salud. Respecto al estudiante, se propone “brindarle una herramienta idónea” que “complementa y amplía su visión de la práctica profesional al trasladar el acto odontológico de la esfera individual a la colectiva con la utilización de técnicas de alternativas y de alto contenido preventivo”. Los contenidos fundamentales remiten a la epidemiología oral y sus principales indicadores, la programación, la educación y las técnicas de comunicación y la utilización del flúor y de diferentes técnicas en los programas escolares. La metodología es consistente con lo anunciado en el plan de estudios y con lo esperable en una pasantía de naturaleza comunitaria, en la medida que considera “la resolución de problemas concretos”, la “coordinación con las personas que desde otros campos disciplinarios se desempeñan en el local escolar”, así como procurar establecer coordinaciones con el personal docente y con los padres de los escolares. Se prevé que los estudiantes realicen acciones de carácter educativo por franjas de edad, acciones preventivas (revelado y control de la placa microbiana, enseñanza del cepillado, cepillado con gel fluorado y enjuagatorios fluorados) previa autorización de los padres y bajo supervisión docente, así como acciones asistenciales en colaboración con los estudiantes del 5to año de la carrera. Su sistema de evaluación es consistente con lo expresado en el plan de estudios, en la medida que privilegia una modalidad de evaluación continua que valora la asistencia, el desempeño en la pasantía, el manejo del material bibliográfico proporcionado y la elaboración del informe final solicitado. La bibliografía condice con el programa, en la medida que incluye textos de epidemiología, modelos de atención en salud, participación comunitaria, educación para la salud y comunicación.

Desde la perspectiva de las categorías de análisis consideradas, se trata de una pasantía que aporta a la construcción de competencias técnico profesionales del odontólogo requeridas para “desempeñarse con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la promoción y educación de la salud”. Pero también contribuye a la construcción de competencias de salud pública, en la medida que expone a los estudiantes a prácticas de APS en la comunidad, los capacita en los principios básicos de la



planificación y programación de las tareas y enfatiza la perspectiva de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Asimismo, puede contribuir a la construcción de competencias interculturales, en la medida que incluye en sus contenidos “técnicas de comunicación” y promueve el intercambio “con las personas que desde otros campos disciplinarios se desempeñan en el local escolar, procurando un enfoque interdisciplinario de la realidad”. Aunque prevé la comunicación “con los Servicios de Salud de la zona y la comunidad organizada”, no resulta evidente que se pretenda capacitar para trabajar en un equipo interdisciplinario de salud, considerando que el objetivo explícito de esta actividad es “difundir el programa, sus objetivos y actividades”.

La segunda pasantía, figura en el cuarto año de la formación aunque el programa indica que se realiza en el quinto. En consonancia con lo establecido en la síntesis de contenidos (p. 44), sus objetivos generales proponen “integrarse a la práctica odontológica en Servicios de salud y Programas comunitarios”, “participar del modelo de atención educativo – preventivo – asistencial adecuado a cada ámbito asistencial y su contexto social” y “elaborar y realizar planes de tratamiento individuales que tengan en cuenta las necesidades asistenciales y los recursos de los servicios, manejando niveles de atención y de resolución pertinentes”. No obstante lo anterior, los objetivos específicos no reflejan el enfoque comunitario anunciado, en la medida que se centran en la atención de individuos (“manejar diferentes opciones de planes de tratamiento en niños, adolescentes y adultos de acuerdo a los criterios de riesgo” y “ejecutar las técnicas clínicas necesarias de acuerdo a los planes de tratamiento propuesto”. Los restantes objetivos específicos refieren al pasaje de los estudiantes por los servicios de Registro y Admisión, Urgencia y Radiología de la Facultad. En dos de estos servicios se manifiesta que el estudiante tendrá la oportunidad de trabajar “en un equipo multidisciplinario” y “aprender la relación interdisciplinaria”, pero claramente refiere a la intervención conjunta de especialidades odontológicas diversas.

Sus contenidos comprenden: la estrategia docencia – servicio – investigación, la participación comunitaria, la gestión de servicio en los diferentes ámbitos de trabajo, el modelo de atención integral y la evaluación de los programas de

salud en desarrollo. Sin embargo, da la impresión que la mayor parte de estos contenidos son trabajados en lo que su metodología define como “actividad preclínica”, dado que en la actividad en los servicios solo se menciona que “se desarrollarán ateneos, presentación de historias clínicas y planes de tratamiento, así como situaciones clínicas de interés para el grupo”. El estudio del programa no permite establecer qué peso tienen en esta pasantía: “la participación comunitaria”, “la gestión de Servicio en los diferentes ámbitos de trabajo”, “la evaluación de los programas de salud en desarrollo” y la investigación. El sistema de evaluación reafirma esta impresión, en la medida que exige “llevar a 3 pacientes al Alta Básica o Alta Básica Modificada”, y “presentar un paciente atendido con su historia clínica y plan de tratamiento en cada área” (niño, adolescente, adulto), pero no menciona nada respecto a las otras temáticas.

Por lo tanto, en referencia a las competencias técnico-profesionales, el estudiante es evaluado a partir de su desempeño en la clínica individual, donde se le exige el dominio de conocimientos teórico-prácticos y la capacidad de demostrar su aplicación en el contexto de una práctica asistencial supervisada. Sin embargo, dada la ausencia de actividades que permitan evaluar “la participación comunitaria”, “la gestión de Servicio en los diferentes ámbitos de trabajo”, “la evaluación de los programas de salud en desarrollo” y la investigación, resulta razonable presumir que dichas competencias no se desarrollen más allá del nivel teórico.

En cuanto a los otros espacios previstos para la pasantía, se expresa textualmente que: “Los servicios de Registro y Admisión, Urgencia y Radiología instrumentan su propia evaluación, la cual se promedia con la que surge de las pasantías realizadas en los servicios extramurales”. En función de lo anterior, no resulta posible valorar la naturaleza de las actividades desarrolladas en esos espacios, ni su eventual contribución a la construcción de competencias específicas.

Desde la perspectiva de las categorías de análisis consideradas, esta pasantía parece aportar fundamentalmente a la construcción de competencias técnico – profesionales para la atención odontológica, aunque también se trabajan (en el nivel teórico) temas vinculados a competencias de salud pública (participación comunitaria, gestión de servicios, evaluación de

programas de salud e investigación). La bibliografía propuesta reafirma esta perspectiva, en la medida que abunda en textos referidos a los sistemas alternativos de atención odontológica colectiva, la promoción de la salud y los programas comunitarios específicos que se desarrollan en el país y el extranjero.

La tercera y última pasantía de la carrera propone como objetivos generales “integrarse a las prácticas de salud bucal de los Servicios de Salud y Programas Comunitarios” y “promover un modelo de asistencia odontológica educativo – preventivo – asistencial adecuado a cada ámbito de atención y contexto social”. En consonancia con la síntesis de contenidos del Plan de Estudios 2001 (p. 45), sus objetivos específicos prevén “desarrollar una práctica pre-profesional” integrándose a “los equipos de salud de los servicios con los cuales la Facultad posee Convenios Docente –Asistenciales”, participar del modelo de asistencia del servicio en cuestión “tendiendo a la difusión del enfoque que propone actualmente la Facultad de Odontología”.

En los contenidos se explicita que esta pasantía constituye “el nivel de mayor autonomía en la formación pre-profesional” y que “supone un aprender prestando servicios con un abordaje interdisciplinario y multiprofesional” bajo la dirección de un profesional experimentado. El estudiante mantiene un vínculo con la Facultad a través de la coordinación de la pasantía, que permite canalizar los problemas que se presenten en la práctica a los espacios donde corresponda. Se insiste que su objetivo fundamental no es adquirir nuevos conocimientos, sino poner en práctica los adquiridos previamente, y que será el estudiante quien deba establecer qué nuevos conocimientos debe procurarse. La metodología prevé que el estudiante desarrolle su actividad en el servicio, bajo la supervisión del profesional odontólogo, y que asista a tres talleres en la Facultad a cargo del docente coordinador de la pasantía. Se precisa que “el trabajo en un servicio permite a los estudiantes integrar equipos multiprofesionales, dar un enfoque integral a la atención y relacionarse con la comunidad”, aunque se aclara que “el encuadre está dado por la institución receptora”. Por lo tanto, no estaría garantizado que se funcione en un equipo multiprofesional, ni que existan mecanismos de participación organizada de la comunidad. Se afirma que “se establece un relacionamiento con la comunidad y los grupos comunitarios que permite el conocimiento de los ámbitos sociales de la actividad del servicio,

sus características culturales, socio-económicas, organizacionales que ubican la atención en el marco de la realidad de los grupos sociales participantes”, pero esto dependerá del encuadre de trabajo de la institución receptora. Por otra parte, cabe recordar que prácticamente no se encontraron espacios de formación previa relacionados con la adquisición de competencias interculturales, ni para trabajar en un equipo multiprofesional. De modo que el estudiante no contaría con apoyaturas sólidas para encarar estas tareas.

En consonancia con lo establecido en el plan de estudios 2001, su sistema de evaluación “conjuga el conjunto de las evaluaciones continuas realizadas por los profesionales odontólogos” y el informe final elaborado por el estudiante, aunque el juicio definitivo está a cargo del docente responsable de la pasantía. Los aspectos a ser valorados por los odontólogos incluyen: “asiduidad, puntualidad, integración al equipo, autonomía de actuación, manejo del ambiente de trabajo, calidad de la atención, actividades de promoción y prevención, trato con los usuarios, registros y promoción del modelo asistencial”. Por lo tanto, la valoración del “relacionamiento con la comunidad y los grupos comunitarios, que permite el conocimiento de los ámbitos sociales de la actividad del servicio, sus características culturales, socio-económicas, organizacionales que ubican la atención en el marco de la realidad de los grupos sociales participantes”, mencionados en el programa, no parece estar específicamente contemplada en la pauta de evaluación de esta pasantía.

El **Curso de Odontología Social** es el más breve en su carga horaria (370 horas) y se encuentra situado en el primero, tercero y quinto año de la carrera. Comprende un curso de introducción y tres UDA: Salud y Prevención I y Salud Colectiva I y II.

El curso introductorio (80 horas) se encarga de ubicar al ingresante a la Facultad de Odontología en el contexto de la UR y de su Área Salud. Comprende tres unidades temáticas que abordan sucesivamente: el contexto de la Universidad, el plan de estudios de las tres carreras de grado que ofrece la Facultad y la promoción de la salud. En esta última se indican como contenidos: las profesiones de la salud, el trabajo en equipo, la promoción y la técnica preventiva del cepillado dental. Su metodología incluye clases

teóricas, instancias teórico-prácticas y “una salida a terreno para conocer experiencias de Extensión universitaria”.

La UDA 1 (80 horas) aborda sucesivamente: el estudio del ser humano como ser biopsicosocial, la evolución histórica del concepto salud, del proceso salud – enfermedad, de las teorías acerca del mismo y de las prácticas de salud. Posteriormente, ingresa al estudio de los conceptos de salud pública, salud comunitaria, salud colectiva y salud bucal colectiva; aborda el sistema de salud uruguayo, la estrategia de APS y los niveles de atención en salud, con particular atención al sector odontológico y la epidemiología bucal. También se introducen contenidos referidos a la bioética, la promoción de la salud, la educación para la salud y la prevención de enfermedades en sus diferentes niveles. Finalmente, se estudia la odontología comunitaria y sus modelos de intervención, dedicándose una unidad temática a la participación social y el proceso de empoderamiento. Los contenidos son plenamente consistentes con los anunciados en el Plan de Estudios, con excepción de los determinantes sociales de la salud que no son explícitamente mencionados en los contenidos de este programa.

La UDA 2 (120 horas) se ubica en el tercer año, se divide en dos módulos y propone “integrar los conocimientos de las ciencias sociales, la epidemiología, la estadística y la metodología de la investigación para la comprensión del proceso salud enfermedad como parte de la salud colectiva”. En la medida que se relaciona con orientaciones centrales planteadas en los Fundamentos, Objetivos y Perfil del Graduado y que ya fueran anunciados en la UDA 1, resulta llamativo que recién se ubique en el tercer año de la formación. Su primer módulo se denomina “Ciencias Sociales y Salud” e incluye elementos de estadística, demografía, sociología de la salud, antropología cultural, métodos cualitativos de investigación social, diagnóstico comunitario y políticas de salud. Su inclusión en este módulo sugeriría que dichos contenidos son considerados como externos al campo odontológico. De esta forma, temas como los determinantes sociales de la salud, la equidad en salud, la situación socio-sanitaria del país, los estilos de vida, las pautas culturales, el diagnóstico y la participación comunitaria son abordados como aportes de las ciencias sociales (sociología, antropología cultural) y no como contenidos intrínsecos al “enfoque preventivo asistencial” postulado por el Plan de Estudios 2001 (p. 10). El segundo módulo realiza un planteo



sistemático del papel de la epidemiología general y buco dental para la atención de la salud a nivel colectivo.

La UDA 3 del quinto año (100 horas) propone “integrar los conocimientos de la salud pública, los aspectos ético-legales y la administración de servicios de salud en particular, para la comprensión del proceso salud enfermedad”. Sus objetivos específicos expresan que se trata de: “analizar los sistemas de salud en términos generales y el caso particular del sector salud de nuestro país en el contexto regional e internacional”, “analizar la situación de la profesión odontológica”, “conocer los aspectos básicos de la administración y gestión en salud”, “conocer la salud ocupacional y ambiental y su relación con la práctica odontológica” y “estudiar los aspectos ético legales de las prácticas en salud”. Sus contenidos remiten a una multiplicidad de temas que se encuentran agrupados en dos módulos. El primero versa sobre temas de salud pública y comprende: el estudio de la evolución histórica de los conceptos de salud pública y salud colectiva, la situación del sector salud en el país, el derecho a la salud y las políticas públicas correspondientes, los principios de bioética, la estrategia de APS y los diferentes niveles de atención, el Sistema Nacional Integrado de Salud uruguayo, la situación de la profesión odontológica a nivel nacional e internacional, las enfermedades ocupacionales en odontología y su prevención, las normativas relacionadas al ejercicio profesional del odontólogo, la ética profesional y el código deontológico. El segundo módulo remite a la administración y gestión de los servicios odontológicos y también comprende doce unidades temáticas, una de las cuales está destinada al estudio del “trabajo en equipo” y “los equipos multiprofesionales e interdisciplinarios”. La gran variedad de temas incluidos en las 24 unidades temáticas del programa sugiere la imposibilidad de tratarlos con mínima profundidad, considerando que la carga horaria total es de 100 horas, de las cuales 40 están destinadas a la exposición teórica y 40 a las actividades teórico-prácticas.

La metodología de las tres UDA es consistente con lo propuesto en el plan de estudios, en la medida que alterna: exposiciones teóricas por parte de los docentes, paneles para la discusión de algunos temas, trabajos grupales centrados en la resolución de ejercicios o estudios de caso, y trabajo práctico. En la primera UDA, la práctica consiste en “una pasantía por diferentes servicios de salud donde el estudiante realiza una observación de las



prácticas odontológicas que se realizan” y presenta un informe grupal que sistematiza la experiencia. Las tareas prácticas de la UDA 2 consisten en un ejercicio de diagnóstico comunitario y su presentación oral en clase para el Módulo 1, y un ejercicio de investigación socio-epidemiológica para el Módulo 2. La actividad definida como “práctica” de la UDA 3 implica la elaboración de una monografía, relacionada con alguno de los temas de salud colectiva abordados.

Desde la perspectiva de las categorías de análisis consideradas, estas tres UDA del Curso de Odontología Social contribuyen a la construcción de competencias de salud pública, en la medida que enfatizan la importancia de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, proporcionan conocimientos generales en relación con las ciencias sociales y la situación socio-sanitaria del país, promueven la realización de investigaciones epidemiológicas, resaltan los aspectos éticos de la intervención del odontólogo y señalan la necesidad de planificar, monitorear y evaluar el proceso de trabajo que se desarrolla en los servicios. Asimismo, podrían contribuir a capacitar al estudiante para intervenir en un equipo interdisciplinario de salud, aunque las referencias a este tema están muy acotadas y sugieren que su abordaje no supera el nivel del conocimiento teórico.

Los **Cursos Optativos** previstos por el Plan 2001 responden a tres criterios diferenciales: cursos de desarrollo académico, técnicas de apoyo a la atención odontológica, e introducción a los niveles de especialización. Se distribuyen en el primero, segundo y tercer año de la formación y en el semestre 11, que constituye el final de la formación de grado.

En consonancia con lo previsto en el plan de estudios, los que se ofrecen al comienzo de la formación (Curso básico de Informática, Comprensión lectora del idioma inglés e Iniciación a la investigación científica) tienen por cometido promover el desarrollo de habilidades inherentes al desempeño académico de los estudiantes.

Considerando las categorías de análisis seleccionadas, la adquisición de este tipo de habilidades aporta indudablemente a la formación técnico- profesional del odontólogo, pero también a la construcción de competencias de salud

pública, en la medida que favorecen el acceso a textos en inglés, el tratamiento sistematizado de la información a nivel de la gestión de los servicios de salud y el desarrollo de investigaciones.

El grupo de optativas destinadas a “obtener un dominio básico de técnicas de comunicación social y prácticas de salud” se ubica en el tercer año de la carrera y comprende los cursos “Atención de pacientes odontológicos en situación de de emergencia general” e “Incidencia de factores psicológicos en la práctica odontológica”. En ninguno de ambos cursos se plantea explícitamente la enseñanza de “técnicas de comunicación social”, ni su ejercitación práctica. El primero refiere a prácticas de atención a la emergencia de diferentes patologías sistémicas en el acto odontológico, tal como lo sugiere su denominación. El segundo aborda la problemática del vínculo profesional - paciente - acto odontológico y los factores psicológicos que inciden en la atención de niños, adolescentes, adultos mayores y en el propio odontólogo, ante la situación clínica, pero no contempla la enseñanza de técnicas de comunicación social. No obstante, cabe destacar los aportes que ambos cursos pueden realizar a una comprensión más contextualizada del acto odontológico.

El tercer grupo de optativas, orientado a introducir en los niveles de especialización posteriores, se ubica en el Semestre 11 y comprende los siguientes cursos: Bases fundamentales de la atención a pacientes especiales, Principales problemas que aborda la prótesis buco-máxilo-facial, Atención odontológica del adulto mayor, y Odontología legal y forense. En consonancia con lo establecido en el plan de estudios, se trata de cursos optativos que promueven la articulación entre el grado y el postgrado, posibilitando el acercamiento del estudiante a campos específicos que le resulten de interés con vistas a su futura especialización.

Desde la perspectiva de las categorías de análisis consideradas, los cuatro cursos aportan a la construcción de competencias técnico – profesionales para la atención odontológica. El de Odontología Legal y Forense, también contribuye a la construcción de competencias en salud pública, en la medida que promueve la observancia de una conducta ética frente al paciente, preservando sus derechos y su privacidad. Los tres restantes informan sobre la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario y del enfoque

multiprofesional, pero no se reportan ni evalúan instancias de aprendizaje en conjunto con otros profesionales. Por lo tanto, la construcción de esta competencia quedaría en el nivel del conocimiento teórico.

A efectos de visualizar un resumen de la totalidad de programas de las unidades curriculares integrantes de la carrera Doctor en Odontología (Plan 2001) y su análisis en referencia a las cuatro categorías consideradas, se sugiere consultar el cuadro que figura en el Anexo A.

4.3. La visión de los actores institucionales

Siguiendo los criterios anunciados en el capítulo 3, se entrevistó a la totalidad de informantes clave que - integrando la lista proporcionada por las autoridades de la Facultad - respondieron afirmativamente a la invitación cursada y concretaron finalmente su encuentro con la investigadora.

A modo de primer contacto, se les envió un correo electrónico (ver Anexo B) informándoles de la propuesta y solicitando su participación en la investigación. Ocho de las doce personas contactadas respondieron afirmativamente a la invitación, mientras que las restantes cuatro no contestaron el correo en el correr de las siguientes cuatro semanas. A quienes accedieron a participar, se les envió un segundo correo, procurando concretar fecha, hora y lugar de la entrevista y solicitando su autorización para realizar un registro grabado de la misma. Todas las entrevistas se realizaron en dependencias de la Facultad de Odontología y todos los entrevistados accedieron a ser grabados. Por razones que se desconocen, no fue posible concretar el encuentro con una de las personas que había aceptado participar en primera instancia.

Previo a la realización de las entrevistas, se elaboró un guión en el que se incluyó la consulta expresa respecto a eventuales cambios a introducir en el currículo para atender a los requerimientos del SNIS, así como preguntas destinadas a profundizar en aspectos de los documentos curriculares, que generaban dudas o que presentaban aparentes inconsistencias, en opinión de la investigadora. Dicho guión de entrevista quedó finalmente conformado de la siguiente manera:

- ¿Considera que la actual formación de grado de los odontólogos debería ser revisada en algún aspecto para responder a los lineamientos del Sistema Nacional Integrado de Salud, propuesto en la Ley 18.211, y en actual proceso de implementación? Si así fuera, ¿en qué aspectos?
- El plan de estudios 2001 reafirma la necesidad de revertir el enfoque curativo tradicional de la odontología hacia un enfoque preventivo asistencial. ¿Qué avances considera que se han producido en esta dirección?
- En su opinión, ¿qué lugar ocupa la estrategia de APS en el plan de estudios 2001 y qué competencias específicas adquieren los estudiantes de odontología, durante su formación de grado, para desempeñarse en ese modelo?
- En el plan de estudios y en varios programas de la carrera se señala la importancia de considerar los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales del paciente. Me ha quedado claro el lugar que ocupan los factores biológicos, pero me gustaría conocer su opinión respecto al lugar que tienen los aspectos sociales, psicológicos y culturales en la formación actual del odontólogo.
- En las unidades curriculares que implican la atención de pacientes, se evalúa a los estudiantes en función de los componentes técnicos de la asistencia y de “las relaciones humanas” que establecen. Dado que en los programas del Plan 2001 no encontré referencias explícitas a la enseñanza de estrategias para relacionarse con los pacientes, ¿cómo considera que los estudiantes adquieren estas habilidades?
- El SNIS señala que “las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios”. En su visión, ¿se desarrollan actividades durante la formación de grado de los odontólogos que los preparen para integrar equipos interprofesionales (o sea, equipos conformados por otros profesionales de la salud, como

médicos, asistentes sociales, enfermeros, psicólogos, nutricionistas, etc.)?)

- ¿Hay algo más que quisiera agregar en referencia a estos temas?

Por tratarse de entrevistas de carácter abierto, las preguntas no siempre se sucedieron en el mismo orden, pero fueron planteadas a la totalidad de participantes. En función del perfil de cada entrevistado, se intentó que incluyera referencias al lugar específico desde el cual hablaba (estudiante, docente, egresado, integrante de un determinado organismo de cogobierno, etc.). Asimismo, se habilitó la inclusión de temas originalmente no previstos, que pudieran enriquecer la comprensión de los puntos de vista de los informantes.

La muestra intencional quedó finalmente compuesta por cinco docentes, un egresado y un estudiante. Cuatro de ellos pertenecían a organismos de co gobierno de la Facultad (Consejo y/o Claustro), mientras que los restantes integraban o habían integrado recientemente la UNSTRAC. Dado el alto grado de coincidencia de las opiniones vertidas por los siete entrevistados respecto a las interrogantes planteadas, y su correspondencia con lo observado previamente en la fase de análisis de los documentos curriculares, se consideró que se había alcanzado un grado de saturación suficiente y que era innecesario solicitar una nueva lista de posibles informantes.

En referencia a si la formación de grado de los odontólogos debería ser revisada en algún aspecto para responder a los lineamientos del SNIS, la unanimidad de los entrevistados consideró que no se requerirían cambios de importancia en el currículo, más allá de los ya propuestos en el Plan de Estudios 2011. Es de destacar que durante la realización de este trabajo, el CDC procedió a aprobar el nuevo plan de estudios para la carrera Doctor en Odontología, que comenzará a implementarse en 2012. Las respuestas de los siete entrevistados son elocuentes al respecto:

“no creo que fueran necesarios demasiados cambios...el perfil de egreso que logramos hoy es generalista...integrador, porque salió de la etapa del diente y piensa un poco en las personas...de prevención y

promoción de salud...Para actuar en los niveles que reclama el SNIS, yo creo que está muy bien”

“si nos planteamos un escenario de aplicación de la estrategia de APS, lo que el plan de estudios de la Facultad ha implementado es formar un odontólogo capaz de trabajar en el marco de la aplicación de la estrategia de APS...un odontólogo formado para promover la salud, para prevenir la enfermedad y para tratar todo el espectro de prestaciones que se requieren, desde las más sencillas hasta las más complicadas, dentro de lo que un odontólogo general debe manejar, no las especializadas que pertenecen a la especialización, al postgrado ... un odontólogo de esta institución puede trabajar en atención primaria en un sistema nacional de salud...tenemos las herramientas para responder a los cambios que deberían surgir en el SNIS”

“en este momento se han realizado muchos cambios y se están profundizando...Y en ese perfil se establece claramente que los odontólogos egresados tendrán las capacidades como para integrarse a los sistemas de asistencia colectivizada, con un criterio amplio, preventivista, con un criterio de interdisciplina, con un criterio de atención integral biopsicosocial al paciente... ¿Si habría que hacerle cambios ahora? No, los cambios que había que hacer ya se hicieron. Hay que ver ahora cómo funciona el plan nuevo y probablemente habrá que seguir haciendo cambios ¿no? ”

“No, no, no. La Facultad forma los profesionales capaces de insertarse en eso... Si comparamos a este plan 2001 con el plan 66, es lo que hace las grandes diferencias...prepara hacia un perfil de egreso que mira hacia el problema de la sociedad en salud bucal...Nos preparábamos para ser muy buenos técnicos...pero desde una visión muy preciosista, muy tecnicista, que no está en el primer nivel de atención. Es decir, nos preparaban para la consulta privada y a la consulta privada accedía el 6.7% de la población. Ahora salen preparados para atender al 100%”.

“Incorporamos un cambio de perfil justamente para que sea un egresado con capacidades, competencias, para integrarse a un

sistema nacional integrado de salud. Para eso fortalecimos todo lo que sea el desarrollo del conocimiento desde un punto de vista social, porque entendemos que en el ámbito de un sistema integrado tenés que, además, trabajar con una situación social determinada.... Entonces, uno de los criterios que tuvimos para implementar eso fue un contacto más temprano con la realidad social, ya desde el primer año, que no lo teníamos en el 2001”.

“la formación nos habilita ampliamente para trabajar...la formación teórica es excelente y la práctica también, solo que me parece que se debería hacer más hincapié en la integralidad de esa práctica. Pero la formación es muy profunda, sumamente profunda. Así que estamos muy bien preparados... ya hice el semestre 11 y realmente me sentí muy segura con lo que aprendí en el plan 2001”

Los informantes clave coincidieron en que se han operado cambios sustantivos en la formación de grado de los odontólogos, orientados a formar profesionales generalistas, capacitados para operar en un sistema de salud centrado en la estrategia de APS y que privilegia el primer nivel de atención. Sus discrepancias y malestares no parecen referirse al modelo teórico invocado por la ley 18.211, sino a la modalidad de implementación del SNIS adoptada hasta el momento por el MSP que, en opinión de varios entrevistados, no otorga a la odontología el lugar que entienden le correspondería en el nuevo sistema:

“el SNIS no nos da lugar a ingresar en las unidades básicas...sí hemos generado algún material, junto con el Ministerio, de pautas, que eran como las primeras fases que estaban en la estrategia del programa. Eso se ha cumplido...El programa de salud bucal está esperando. Está escrito y se lo hemos reclamado, pero el argumento es que estamos todavía en un escalón de crear las orientaciones y todo lo demás, y que va a venir. La promesa es que va a venir”.

“no es bien claro en el SNIS, cuál es la estrategia de atención que se plantea...es más, yo diría que sigue predominando el mismo modelo de atención que ha prevalecido históricamente en el país... En la odontología, todavía estamos muy sin señales...no hay señales de

cuál debería ser la formación que tendría que tener un odontólogo para integrar el SNIS”

“yo no tengo muy finamente claro el tema del plan nacional, del SNIS, y mucho menos tengo claro cómo van a insertar a la odontología. Ni ellos lo tienen claro, ni el poder político lo tiene claro... El tema de quién va a financiar, qué salarios se van a pagar, cómo se va a implementar para que los odontólogos se integren finalmente a un sistema de estas características y hagan todo lo que tienen que hacer, desde todo punto de vista”

“el MSP casi nos dio la espalda, nosotros tendríamos que ser un prestador del sistema...el SNIS no tomó en cuenta a la Facultad de Odontología como prestador...le traspasa la responsabilidad a las instituciones de asistencia médica y, bueno, arréglense como puedan. ...Es un problema de salud pública por la alta prevalencia, es un problema de Estado. El MSP nunca nos pasó dinero a la Facultad... Hay instancias de negociación. No tengo la interna de la cuestión, pero sé que no somos prestadores para el SNIS...y nosotros no tenemos plata para pagar todos los materiales que se necesitan. Entonces, que se termina en el viejo esquema de la mutilación, terminamos extrayendo”

En relación con los avances logrados en el pasaje del modelo curativo tradicional al modelo preventivo asistencial, las respuestas también revelan sustantivas coincidencias:

“el escenario de cambio pasaría por una atención que cubriera a toda la población en la aplicación de una estrategia de APS, o sea, que toda la población llegara a tener una cobertura en lo que es fundamental: mantener la salud bucal en condiciones y realizar el tratamiento de los primeros estadios de la enfermedad...Son tendencias, porque tú ahí permanecés con núcleos docentes que provienen de otra formación y que arrastran esos conceptos formativos y concepción de la odontología que no es la que está planteada...y eso hace que, por supuesto, el compromiso con este cambio es desparejo en la institución”



“los avances que se están produciendo a nivel de la Facultad de Odontología, yo creo que son fuertes y son buenos. Los avances que se puedan ver después, de los impactos de esos avances internos en la enseñanza y en el aprendizaje, ya son más dudosos. Porque creo yo que el modelo hegemónico aún persiste... Hay sistemas colectivizados que se están imponiendo...pero, a nivel de los consultorios particulares, no te olvides que la odontología aún sigue fuertemente en la profesión liberal, de corte individualista... Es claro que lo que se está enseñando acá es bastante diferente de lo que se estaba enseñando hace veinte años...Siempre se le dio mucha importancia al aspecto curativo, la patología ya instalada...cómo revertir esa situación y el preciosismo de la restauración que uno tiene que colocar...Hoy insistimos muchísimo que la Universidad tiene que ser una escuela de ciudadanía y, en segundo lugar, en lo específico de la formación odontológica, una estrategia que conduzca a prevenir más que a curar porque, además, desde el punto de vista de la eficacia y de la eficiencia es mucho mejor, mucho más abarcativa”.

“Primero que nada, en el enfoque del individuo como un ser biopsico social...el enfoque era individual y curativo...el tema preventivo no se encausaba por ningún lado o, por lo menos, no era sistemático”

“Antes, la Facultad y su proceso educativo eran conducentes hacia la parte artesanal de la odontología, teniendo prescindencia de lo que es la ciencia cariológica y, por efecto de eso, todo lo que es la prevención ...En consecuencia, en los programas anteriores, lo que tú tenías era mucha ejecución de realizaciones, que se efectivizaban en unidades dientes...la realidad curricular llevaba al estudiante a que mirara el diente y no al paciente...no importaba el paciente, sino que importaba la restauración que ibas a hacer...ahora, el estudiante tiene que poder darle el enfoque biopsicosocial del paciente, hacer un enfoque preventivo al tratamiento, pero también tiene que conocer las técnicas curativas restauradoras”

“No puedo comparar un plan de estudios con el otro porque solo conozco el 2001...pero considero que la formación fue progresiva.

Empezamos conociendo al ser humano en salud...luego empezamos a conocer las diferentes patologías que puede presentar el ser humano ...y luego aprendimos a tratar...Y a su vez, siempre con una visión del ser humano todo...del ser humano en sociedad...los factores sociales que afectan el proceso salud – enfermedad”.

“una es la orientación general que tiene el plan y otra es los programas de las cátedras, lo que se hace en las clínicas...algunas tienden a responder exactamente a lo que el plan de estudios establece y otras son la continuidad, los docentes son los mismos y las cabezas lentamente van cambiando, van cambiando de orientación lentamente. Van cambiando fundamentalmente los más jóvenes, ya se van formando en una nueva orientación”.

Los entrevistados coinciden en afirmar que se han realizado importantes avances en el proyecto curricular, tendientes a revertir el modelo curativo tradicional. Sin embargo, admiten que el viejo esquema persiste todavía en algunos espacios de la propia Facultad, así como en la práctica privada que se desarrolla a nivel de los consultorios.

En referencia al lugar que ocupa la estrategia de APS en el plan de estudios 2001 y las competencias que adquieren los estudiantes para desempeñarse en ella, todos le otorgan un lugar relevante en la formación:

“bueno, sobre todo lo de promoción y prevención...el Ministerio tiene priorizado materno infantil y niños... En lo que significa la prevención materno infantil, que es absolutamente de impacto en odontología, yo creo que están muy bien capacitados...y para niños, lo que yo he podido recoger de ellos mismos es que, para ese nivel de atención, también”.

“desde el punto de vista teórico, tiene un lugar muy fuerte y muy preponderante. Obviamente hay disciplinas que son más específicas para lograr impactos de ese tenor. Ahora, desde el punto de vista práctico, donde se desarrolla más fuertemente...es en lo que hacemos de extensión y a nivel de los servicios colectivizados... Y ahí tiene un lugar muy claro, establecido, donde se está aplicando

permanentemente...Lograr el impacto final a nivel de la masa profesional depende de otras cosas que muchas veces se nos escapan...Se va a un servicio...donde tiene su director, su forma de trabajo...el estudiante que ingresa va elevando sus novedades, sus nuevos conocimientos, pero muchas veces se ve atrapado por una dinámica de trabajo determinada, que finalmente lo arrastra. Entonces, no puede aplicar la estrategia de APS...En esa vorágine de querer hacer cosas...lo que se produce más son restauraciones sobre patología instalada, o sea, que se vuelve sin querer a lo anterior”.

“Tiene un peso importante. Creo que la estrategia de APS, que reconoce las patologías más prevalentes y, por lo tanto, si es de mayor prevalencia, tiene que estar en el sistema de salud, es lo que se priorizó en este plan de estudios. Y es lo que hizo que tuviera un cambio significativo en el curso de la formación de grado...donde se salió de un esquema muy tecnicista, con contenidos curriculares de gran peso en el desarrollo de las destrezas...y se pasó a una formación con una visión más prevencionista, con un perfil un poco más académico y no técnico del egreso”.

“la estrategia de APS la trabajan en los cursos de Odontología Social y en las prácticas en extramuros. Lo que pasa es que como se consideran “pasantías”, no tenés que tener un programa académico: es aplicar lo que aprendiste...todo eso se maneja en el semestre 10 en forma de aplicación”.

“Y...por ejemplo, en la parte de extensión del plan de estudios: la promoción y la prevención que hacemos a nivel de las escuelas. Ahí creo que tiene un gran componente en la aplicación de la APS. En primero hay un primer acercamiento...y en tercero ya hacemos APS, o sea promoción y prevención...y determinadas intervenciones primarias también: topicaciones con flúor y todo eso, que entran dentro del primer nivel de atención. Creo que donde más se aplica es en la parte de extensión y en las escuelas, con el Programa Docencia en Servicio”.

Consultados respecto al lugar que ocupan en el plan 2001 los aspectos psicológicos, sociales y culturales, todos los informantes concuerdan en admitir carencias al respecto, aunque establecen diferentes énfasis:

“En cuanto al conocimiento que hemos recibido con este plan de estudios, lleva a un profundo análisis de todo el cuerpo humano y, a su vez, del ser humano en sociedad, un alto componente social dentro de la odontología en sí, los factores sociales que afectan el proceso salud – enfermedad... Y me parece, si bien no conozco en profundidad el plan anterior, es un componente que no tenían en cuenta... Actualmente los aspectos psicológicos están en una optativa...eso quiere decir que si no la tomaste, eso se ve reflejado en la formación. Y, a su vez, la cantidad horaria que se le dedica es bastante baja... entonces, ya tenemos una falencia porque no considera lo psicológico como un carril obligatorio más”.

“es una facultad biologicista...el ingreso de lo social...si bien ya es muy viejo, porque el ingreso de la cátedra de Odontología Social proviene del plan 1966, en realidad, ha sido como un cuerpo extraño que ha estado en la carrera...ha ido ampliando el campo de su actividad, fundamentalmente a través de las pasantías...y ha ido aumentando, cada vez más, una marca de los aspectos sociales de la profesión: la investigación epidemiológica y la investigación sociológica...Donde, indudablemente, las carencias son mayores es en los aspectos psicológicos...una de las trabas mayores para asumir la atención odontológica que tienen las personas es el miedo al odontólogo...en eso tenemos un gran atraso, no se ha puesto en los puntos más importantes del orden del día, más allá de que hoy tenemos un curso optativo”.

“Como que los aspectos psicológicos o los aspectos sociológicos han empezado hace poco, muy poco. Y en un plan que todavía tiene mucho de tecnológico, como que se piensa que hay cosas que no entran...Ahora, ya te digo, creo que no cruza el currículo la formación social, sino que lo tienen determinados grupos bajo su responsabilidad. Y en algunas áreas...si no lo tenés en cuenta, no podés trabajar “.



“En la consideración teórica, lo tenemos muy claro y cada vez estamos resaltando más la importancia de lo psicológico...más allá de que lo social también influye...lo que sucede es que nos cuesta implementar o articular el trabajo en equipo. Se están dando pasos concretos para implementar estas cosas: hoy tenemos una psicóloga en Facultad, está el curso optativo...”.

“Apuntando específicamente a lo psicológico, yo creo que hay mucho para experimentar, que no está claramente establecido en el plan. Esto lo planteo más que nada en el pasaje, cuando vos terminás, lo planteo como estudiante ¿no?...vos ves estudiantes que se estresan mucho, muchas veces los desborda la atención del paciente...el paciente percibe la cuestión, no se respeta su componente psicológico...no te digo que no tenemos ninguna formación, sino que hay que mejorar en ese aspecto...para mí sigue en esa etapa de pulmón, de los núcleos docentes que le dan más prioridad o menos prioridad, en determinados espacios de la carrera...Con respecto al tema de los aspectos sociales ...desde que un estudiante cruza las puertas de la Facultad sabe que está entrando en una universidad pública, donde se lo trata de integrar a eso...tenemos cursos específicos de la parte de Odontología Social, que enfoca todas estas cuestiones a través de la formación en la parte teórica, y en la clínica también, por toda la parte de extensión y los programas de Docencia en Servicio”.

“Para mí es básico. Hemos luchado, hemos logrado la optativa. Ahora lo queremos incorporar...dentro de la primera clínica, el primer contacto que tiene el estudiante con el paciente, tiene que tener una base de comportamiento...conocer la psicología para atender al paciente y tener herramientas de comunicación que le permitan comunicarse efectivamente...Ahora, por ejemplo, queremos articular Odontología Social, lo queremos articular porque para los estudiantes es árido...ya empezamos, con el nuevo plan de estudios 2011, a incorporar esas cosas en cada uno de los parámetros ... Viste que se daba en forma teórica...ahora lo vamos a dar en el momento adecuado...por eso es que para el estudiante son áridas, porque las ven descolgadas”.

“Si no lo tenemos en cuenta, no estamos trabajando bien...Yo siempre digo, no tenemos una boca y un problema, tenemos una persona que tiene problemas en la boca. Y es bien distinto. Y, si no trabajamos con la psicología aquí adentro, no estamos haciendo odontología del siglo XXI. Es un déficit del plan 2001 y, para el plan 2011, tenemos que ver de qué manera vamos a poder incorporar esto. Creo que si eso no lo logramos anclar, vamos a seguir con déficit.”

La unanimidad de los entrevistados admite carencias en alguna de las tres dimensiones consideradas. Sin embargo, se observa una mayor disposición a reconocer falencias en la consideración de los aspectos psicológicos, en detrimento de los factores sociales o culturales. En este punto debe tenerse en cuenta que los entrevistados estaban en conocimiento que la investigadora es psicóloga, y aunque se procuró presentarlos en idéntico nivel de importancia, se hace necesario considerar la eventualidad de que sus opiniones se inclinaron a privilegiar el componente psicológico por hallarse en presencia de una integrante de ese colectivo. Igualmente, todos destacaron que el tratamiento de los aspectos psicológicos se restringía a un curso optativo y que, por ende, solo una parte de la población estudiantil recibe este tipo de formación.

En cuanto a la consideración de los aspectos sociales, todos se remitieron a los cursos de Odontología Social y a las pasantías extramurales, aunque varios señalaron la necesidad de una mayor articulación con la formación clínica.

Solo dos de los entrevistados se refirieron espontáneamente a la importancia de atender los factores culturales visto que la mayoría de los estudiantes pertenece a sectores socioculturales diferentes de aquellos a los que pertenece la población consultante:

“En odontología tenemos ciertas costumbres y ciertas creencias que son un factor etiológico directo de la enfermedad...Desde que entra el estudiante en el curso introductorio...uno trata que tenga contacto con eso. Porque el mate dulce - y además hay que tener mucho cuidado porque a veces es lo único calentito o dulce que toman determinados sectores - el chupete con miel, el pecho o la mamadera toda la noche.

...Hay costumbres que realmente son determinantes de la salud bucal y todavía es un debe de la odontología mundial. Algunas no son solo de Uruguay”.

“nuestros estudiantes, a veces pasa, si viven en Pocitos, lo único que conocen es Pocitos. Y cuando empiecen a trabajar en otros lugares externos y empiecen a conocer otras situaciones de vida...ahí tenemos el problema de cómo se vinculan con otros extractos sociales, que no eran lo que ellos estaban acostumbrados. Entonces, uno de los criterios que tuvimos para implementar eso [en el plan 2011] fue un contacto más temprano con la realidad social, ya desde el primer año, que no lo teníamos en el 2001”.

Se consultó a los restantes entrevistados si consideraban que los estudiantes adquirirían habilidades, durante su formación de grado, que les permitiera interactuar con personas provenientes de grupos sociales diferentes al suyo y se obtuvieron las siguientes respuestas:

“No, no creo, no tengo claro. Por lo menos en lo que respecta a mi, no. Se da espontáneamente, el paciente que viene acá y, en general, cuando se va a otros lados, es más o menos igual”

"Puede ser...yo creo que eso habría que analizarlo de acuerdo a cada uno de los impactos...yo justamente tuve mi experiencia en el Policlínico del Cerro...aprendí cómo se manejan determinadas cosas en una comunidad organizada y que es mucho más fácil trabajar de esa manera. Con todos los problemas que tiene, pero que es una forma más sencilla de trabajar. Y bueno, eso también colabora con que pueda haber más contacto.”

“Eso ha habido. No en forma constante, pero en Docencia en Servicio ha habido talleres, participación de gente, tanto de Psicología como de Ciencias de la Comunicación. Lo que no ha habido es una integración permanente en el currículo, ha habido intentos diversos de poder hacerlo”.

“Yo creo que esto surge de la propia valoración del paciente: están sus hábitos, su estilo y calidad de vida y entender desde esa óptica, cuál es la problemática que está viviendo y darle los instrumentos al paciente. Cómo desde la realidad del medio que proviene poder tener prácticas y hábitos que le permitan llegar a un estado de salud...Creo que no, que surge permanentemente y el estudiante lo reconoce y trata de elaborar su propuesta terapéutica reconociendo esa realidad”.

Las respuestas obtenidas sugieren que la consulta no fue realizada con la claridad suficiente, o que no constituye un tema de preocupación para estos informantes, dado que no observan barreras culturales que pudieran afectar significativamente la interacción entre estudiantes y consultantes.

Asimismo, se les planteó cómo consideraban que los estudiantes adquirirían la habilidad para vincularse en forma adecuada con los pacientes, dado que “las relaciones humanas que establece” constituye uno de los criterios de evaluación en muchos cursos, pero no se encontraron contenidos referidos a ese tema en los programas estudiados. En este tópico, las respuestas de los informantes pertenecientes al orden docente fueron bastante homogéneas:

“Nuestra Facultad se caracteriza por una convivencia entre el estudiante y el docente...entonces, vos, estando en tu grupo de estudiantes hacés correcciones...Todo eso surge de la convivencia... que tiene que haber sucesivas devoluciones durante el año como para decirle: tú no estás todavía incorporando los factores de relacionamiento correcto que tenés que tener; falta en esto y en esto. Está como implícito, trasciende desde la esencia de la carrera, desde la academia nuestra, es anterior al programa 2001.”

“En el entrenamiento que él tiene para abordar la clínica. Cuando el estudiante, en el comienzo de un curso, recibe sus primeras charlas fuera del marco magistral, en un preclínico y en un teórico – práctico. Es decir, el estudiante aborda la clínica recibido por el equipo docente, y el equipo docente, en las primeras sesiones, establece lo que son las normas del juego para esta clínica, el perfil del paciente...y el manejo de la especialidad...y se decide en la práctica, no a través de protocolos”.



“Con la comunidad; lo van aprendiendo a través de su práctica. Acá en la Facultad, en el relacionamiento individual con las personas. Y cuando van a policlínicos, barrios, escuelas, aprenden a relacionarse con grupos humanos. Lo hacen a través de lo social, en lo psicológico, a puro sentido común y quizás copia de lo que los docentes le van enseñando, de la experiencia que tienen los docentes en ese relacionamiento y, bueno, lo van aprendiendo a través de la práctica, pero no de una formación sistemática que debería requerir”.

“Hemos crecido un poquito, ahora tenemos un curso optativo de psicología, que seguramente maneja el tema del vínculo, pero es optativo...Supongo que en odontopediatría también. Son más autodidactas y de alguna manera se manejan las diferencias. Pensando que ya tienen asumida la relación con el adulto, planteamos las diferencias, que no es solo con el niño sino con los otros también, los padres, o quien sea. Y Odontología Social algo también tiene”.

“Claro, eso queda librado a cada profesor de cada cátedra, que inculca en sus profesores que están haciendo el trabajo de campo directo con los estudiantes, determinadas modalidades de cómo hacerlo...hay ciertas indicaciones que sí están escritas de cómo debería abordar el estudiante al paciente para conquistarlo...Incluso, en la clase inaugural que yo doy, siempre hablo de ese tema y enfatizo...determinadas estrategias de cómo hacer para conquistar al paciente. Es un tema que no es menor. Y después, está cada docente que trabaja directamente con los estudiantes, que está dando permanentemente su bagaje de conocimientos y especialmente su experiencia al respecto”.

En cambio, los representantes de estudiantes y egresados aportaron una visión diferente sobre este tema:

“Hace mucho que no me siento en un teórico, pero hay cosas que siento que no han cambiado mucho...Había docentes que conseguían gratificaciones de los estados de los pacientes y te lo transmitían de esa manera. Pero no tenía un componente profesional realmente, que estuviera trabajando en la materia y lo transmitiera...los que se

encargan de hacer esa transmisión de conocimientos son docentes y, yo siento, que no están preparados para el tema porque no tienen la formación. Ellos están formados en el área en la cual están especializados, o en la que han incursionado como docentes.”

“No tenemos formación en cuanto a la relación paciente – profesional. No sabemos cómo enfrentar determinadas situaciones porque no tenemos la formación y, a su vez, creo que nuestros docentes no están capacitados para formarnos al respecto...Capaz que con algún consejo que te dan, uno aprende a utilizar esa herramienta para manejarse. Pero no como algo de formación en sí y que se le dé la real importancia que tiene, que a su vez determina otras cosas ¿no? También afecta el stress que nosotros tenemos en la carrera...Capaz que algunos sí lo transmiten. Pero no, no creo que el docente, como profesional de la salud, se haya detenido a reflexionar en estos aspectos.”

A diferencia de las anteriores consultas, esta interrogante parece generar una división clara entre la visión de los informantes que pertenecen al cuerpo docente y los representantes de los otros dos órdenes. Aunque el tamaño de la muestra no habilita ningún tipo de generalización, los integrantes del orden docente parecen inclinarse a respaldar una tradición centrada en los procesos de impregnación y de transmisión intergeneracional de los modelos de atención odontológica, que incluye el vínculo con el paciente. Por su parte, los representantes de estudiantes y egresados coinciden en destacar las carencias que observan en la propuesta curricular y en sus docentes para formarlos en este aspecto.

En referencia a la adquisición de competencias para formar parte de un equipo multiprofesional, los informantes concuerdan que es insuficiente, aunque tienen matices en cuanto a las posibilidades de revertirla:

“Ha habido algunos proyectos particulares de estudiantes...Pero, realmente, la interdisciplina la viven algunos estudiantes que eligen sus pasantías en hospitales...los estudiantes que hacen sus pasantías en servicios que los eligen por ser simples, en realidad, se quedan con una carencia. Los que viven su pasantía en el Pereyra Rossell, en el

Maciel y en el Clínicas, lo que destacan es la interdisciplina. Hay algunos de la Intendencia, también, que tienen el núcleo interdisciplinario.”

“Muy pocas, muy pocas. Yo te diré que el mayor intento que hubo fue cuando la Facultad tenía una mayor inserción que la que tiene ahora en el APEX...Y, justamente, en las evaluaciones que realizan los servicios en los cuales los odontólogos nuestros se insertan, marcan como una deficiencia la dificultad que tienen de insertarse en grupos multiprofesionales...supongo que si le preguntás lo mismo a los médicos, los enfermeros o los psicólogos, va a ser exactamente igual. Estamos formados por disciplinas y el trabajo conjunto no se logra, más allá de una coordinación, más allá de un acuerdo, pero no hay una transferencia de saberes y un trabajo conjunto para encarar una acción sobre un grupo, o sobre los seres humanos individuales. Eso es una falencia que creo que está en la base de construcción de esta Universidad”.

“No, no hay actividades específicas con los estudiantes, por lo menos hasta donde yo sé...Sí, en cambio, hay actividades de ese tipo a nivel docente...a nivel estudiantil eso está muy verde...deberíamos tener equipos acá, trabajando en la Facultad, o llevar a los estudiantes a otros lugares donde estuvieran armados los equipos, como para que ellos se pudieran embeber de toda esta situación. Y esa la veo muy complicada y está verde todavía”.

“Han participado estudiantes de la Facultad en programas de extensión donde hay multidisciplina, o sea, donde hay psicólogos, médicos, odontólogos...Vos trabajás con pacientes hospitalizados y entonces vos tenés un vínculo distinto. Hace a lo formativo, es parte de lo que es trabajar con otras disciplinas, ahí vos tenés contacto con otras disciplinas, más que nada con la parte médica”.

“Por supuesto, en lo extramural. En el APEX hicimos trabajos continuos multiprofesionales, sobre todo con el grupo de fonoaudiología, con Medicina. Nosotros teníamos todos los estudiantes que iban en rotaciones de seis meses...el APEX después se

desmembró, en cuanto a la participación curricular de todas las carreras. Y actualmente la multidisciplina la tenemos concretamente en muy contados lugares, sobran los dedos de la mano. La tenemos más a nivel intramural que a nivel extramural, gracias a la colaboración de algunas optativas que vienen de otras carreras... Son puntuales, pero están presentes. Eso es en definitiva lo que importa. Hay que multiplicarlo ¿no?”

“estoy concursando...para crear acá un espacio multi, inter y transdisciplinario con la participación de odontólogos, psicólogos, fisioterapeutas y fonoaudiólogos, en la instancia de diagnóstico, de programación del tratamiento y tratamiento en simultáneo de los cuatro profesionales. La verdadera interdisciplina. Porque acá se habla de interdisciplina, que yo trabaje con el de operatoria y con el de prótesis. Eso falta. No está...Tiene que haber más trabajo en conjunto, porque creo que la interdisciplina no se soluciona con la derivación. En la formación, tenemos que estar juntos. Tenemos que entender juntos el problema. Tenemos que diagnosticar juntos el problema desde visiones formadas diferentes y tenemos que llegar a conclusiones diagnósticas juntos y a planes de tratamiento conjuntos. Ese es el ideal, creo que falta mucho para que podamos trabajar en esas condiciones.”

“No, no, no, con otras profesiones no. Incluso el encare que hace el plan de estudios es un enfoque de trabajo en equipo: asistente, higienista y odontólogo trabajando en equipo, compartiendo un caso. Y eso, en la práctica, no se lleva a cabo. Sí teóricamente. En la práctica no se lleva a cabo. Y después en las clínicas estamos con el paciente y no tenemos contacto directo con un asistente. Nuestros propios compañeros que hacen carreras técnicas...tienen prácticas en otros organismos, o mismo dentro de la Facultad, pero no con estudiantes que están haciendo la carrera de Doctor en Odontología. Y me parece ese es un gran debe que se puede implementar fácilmente”.

Cuando al final de las entrevistas se les consultó si deseaban agregar algo más en referencia a los temas abordados, la mayoría de los entrevistados se mostraron optimistas respecto a la posibilidad de lograr mejoras en relación a



los problemas planteados y comprometidos con su concreción a nivel institucional. En varios casos lo vincularon con la inminente implementación del plan 2011:

“la verdad, es muy, muy positivo el futuro de la Facultad... Como todas las cosas, hasta no verlo en la cancha... Como pasó con el plan 93, el 2001 corrigió algunas cosas, pero hasta no verlo en la cancha con todos los ajustes”

“Pero, bueno, está en los objetivos, está en la mira ¿no? Por lo menos tenemos claro que es importante ir caminando hacia eso. No sé las estrategias, los caminos, cómo lo vamos a lograr; creo que lo vamos a franquear”

“Haciendo un balance, me parece que hay cuestiones que se tienen que mejorar, que es muy corto el camino de este cambio curricular que se ha hecho en la Facultad... Yo siempre miro para la mejora, pero, sí, yo creo que el camino de la Facultad está dentro de lo que la sociedad requiere”

“Sí, podría ser el elemento que detectamos en el plan 2001, que estamos tratando de ajustar para el 2011. Insuficiencias. Profundizar más aún en el perfil académico de la carrera. Es decir, logramos sacarlo del tecnicismo al pasar del 93 al 2001. Y ahora, al salir del 2001 al 2011, profundizar las fortalezas del 2001 y profundizar en el perfil académico... había materias que eran optativas que no podían ser optativas, como investigación científica, idioma inglés. ¿Cómo vamos a exigir una mayor profundidad hacia la investigación, si no tienen idiomas?”

“capaz que en cuanto al plan 2001, muchas de las cosas que no se pudieron llevar a cabo es por la estructura que tiene la Facultad... se está trabajando en tratar de departamentalizar la Facultad, pasar de las viejas cátedras a estructuras de departamentos... Creo que el nuevo proyecto de departamentalización va a ayudar... Bueno, recién va a salir el planteo. Yo espero que salga”



5. Discusión de los resultados

Se procura establecer si la formación que brinda el Plan 2001 de la carrera Doctor en Odontología de la UR permite adquirir a sus graduados las competencias necesarias para desempeñarse en un sistema de salud centrado en la estrategia de APS y que prioriza el primer nivel de atención, como el propuesto por la ley 18.211.

A efectos de ordenar la discusión, se abordan en primer lugar los cambios observados en la formación de grado de los Doctores en Odontología de la UR, en referencia a la intención de evolucionar desde el modelo curativo tradicional a un modelo preventivo - asistencial. En segunda instancia, se discuten los resultados del análisis documental y de la consulta a los actores institucionales, desde la perspectiva de las categorías de análisis elaboradas y el marco teórico seleccionado.

5.1. El cambio de modelo en la formación de grado de los odontólogos

Como afirman de Carvalho Weyne (1997), Kriger (Cormack, 2001) y otros autores, el descubrimiento de la naturaleza multifactorial, infecciosa y socio-económica-cultural de los procesos de generación de la caries y las afecciones periodontales sacudió las bases tradicionales de la profesión y dio inicio a lo que definen como un “cambio de paradigma” en el campo de la odontología. Aunque este proceso comenzó en la sexta década del siglo pasado, recién se consolidó varios años más tarde. Considerando que la UR estuvo intervenida por la dictadura hasta 1984, es razonable afirmar que la Facultad de Odontología logró integrarse rápidamente a este proceso. Entre 1986 y 1993 pudo debatir y acordar una serie de transformaciones que se plasmaron en el Plan de Estudios 1993. Sus principios orientadores ya recogían la pretensión de revertir el enfoque curativo hacia el preventivo asistencial, así como la preocupación por las carencias del sistema de

atención odontológica imperante en el país. Dado que el Plan 2001 reafirma y profundiza estas orientaciones, puede afirmarse que la formación de grado de los odontólogos de la UR ha evolucionado significativamente en consonancia con el modelo emergente a nivel internacional. Todos los informantes egresados de planes anteriores resaltaron este cambio, insistiendo en el carácter “tecnicista”, “dentocéntrico”, y “preciosista” de una formación que los preparaba para realizar restauraciones sobre una patología ya instalada, pero que no tenía en cuenta la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, ni la consideración del paciente como un ser humano integral. Asimismo, destacaron su orientación hacia un ejercicio privado de la profesión, que restringía el acceso de vastos sectores de la población. Reforzando lo anterior, la representante estudiantil plantea que el conocimiento que ha recibido “lleva un profundo análisis de todo el cuerpo humano y, a su vez, del ser humano en sociedad: los factores que afectan el proceso salud enfermedad”.

Parece razonable presumir que la mayoría del colectivo apoya este cambio de modelo, dado que han logrado discutir y aprobar, en menos de veinte años, tres planes de estudios que avanzan en la misma dirección. El Plan 1993 ya denunciaba la obsolescencia de un enfoque centrado en la enfermedad y la ausencia de contenidos relativos a la educación para la salud. El Plan 2001 reafirma estas bases conceptuales y, aunque no hace mención expresa a la estrategia de APS, recoge en sus fundamentos varios de estos principios rectores. Por último, el nuevo Plan 2011 refiere específicamente a la creación del SNIS y a la intervención del odontólogo en “la atención de la salud bucal, a través de abordajes individuales y colectivos en una red de servicios con una estrategia de Atención Primaria de la Salud que priorice el primer nivel de atención” (2011, pp. 13-14).

El texto del plan de estudios 2001 y los objetivos expresados en los programas de las unidades curriculares muestran un alto grado de concordancia respecto a la pretensión de revertir el modelo curativo tradicional y orientarlo hacia un enfoque que privilegie la promoción de la salud, la prevención de las afecciones prevalentes del sistema estomatognático y la asistencia odontológica básica, correspondiente al primer y segundo nivel.

Sin embargo, cuando se examinan los contenidos de algunos programas, estos énfasis en la promoción y en la prevención se debilitan y pasa a predominar el tratamiento de las patologías y de las múltiples técnicas curativas necesarias para llevarlo a cabo. Principalmente en las UDA del Curso de Tratamiento correspondientes a los dos últimos años de la carrera, estos contenidos técnicos son evaluados en un nivel superior de adquisición de la competencia (demostrar cómo). Mientras tanto, los contenidos referidos a las competencias de salud pública no figuran en los requisitos de aprobación, o son evaluados en niveles incipientes de su desarrollo (saber o saber cómo). Esto sugiere que, en algunos espacios curriculares, se han integrado contenidos referidos a la nueva orientación, pero que se continúa priorizando la formación técnica tradicional.

La visión de algunos informantes parece confirmar esta percepción, cuando señalan que muchos catedráticos siguen siendo los mismos y que el cambio de orientación se produce más lentamente cuando se trata de docentes que tienen una larga trayectoria en un campo profesional especializado. Esto parece confirmar lo observado por Kriger (Cormack, 2001) respecto a las dificultades de muchas universidades brasileñas para formar odontólogos generalistas y lo atribuye a que la mayoría de sus profesores son especialistas en su área y orientan a los estudiantes en esa dirección.

En referencia a la resignificación del paciente como “ser bio-psico-social-cultural”, se observan avances dispares según la unidad curricular considerada. Mientras que el Curso de Morfofunción refiere a un ser humano de naturaleza exclusivamente biológica, los programas de otros cursos destacan la importancia de tener en cuenta los aspectos psicológicos y sociales del consultante. Los informantes clave se mostraron contestes en reconocer carencias en la formación del odontólogo respecto a los aspectos psicológicos, pero mostraron diferencias respecto al peso otorgado por el currículo a los aspectos sociales y culturales. Todos destacaron el peso creciente del Curso de Odontología Social en el currículo, aunque varios señalaron la necesidad de una mayor articulación con la formación clínica. Solo dos entrevistados aludieron espontáneamente a los aspectos culturales y, aunque los restantes fueron repreguntados, no parecieron jerarquizar o comprender la pregunta acerca del peso de los factores culturales en el

ejercicio de la profesión, especialmente cuando se desarrolla en ámbitos comunitarios.

5.2. Pertinencia del plan 2001 según las categorías consideradas

5.2.1. Las competencias técnico – profesionales

La reciente acreditación de la carrera Doctor en Odontología Plan 2001 por parte del Sistema ARCU-SUR parece constituir una garantía más que suficiente respecto a que sus egresados adquieren las competencias técnico – profesionales exigidas a nivel regional.

Sin embargo, a los efectos de este estudio, se hace necesario contrastar el perfil construido con asistencia experta, los resultados del estudio documental realizado y la opinión de los entrevistados. Como puede apreciarse en el Anexo A, se corrobora que todas las competencias que se integraron en esta categoría son trabajadas en diversas unidades curriculares a lo largo de la carrera, con niveles crecientes de complejidad.

El conocimiento acerca del funcionamiento normal del sistema estomatognático es abordado fundamentalmente en las seis UDA pertenecientes al Curso de Morfofunción, aunque también se retoma en dos UDA del Curso de Tratamiento (10 y 8) para considerar su especificidad en niños, adolescentes y adultos mayores.

Con respecto al Curso de Morfofunción, su enfoque es exclusivamente biológico. Aunque se comprende la necesidad de desarrollar estrategias pedagógicas que respeten las lógicas disciplinares, resulta llamativa la ausencia total de referencias en el texto de los seis programas del Curso de Morfofunción respecto al papel de los determinantes sociales en el desarrollo normal del aparato estomatognático. No obstante, cabe tener en cuenta la opinión de los informantes clave respecto a los avances logrados a partir de una enseñanza integrada de contenidos básicos que antes se ofrecían de forma inconexa (anatomía, bioquímica, histología, fisiología, etc.). Esto parece

indicar que se han realizado avances significativos en la integración de conocimientos, aunque persista un enfoque del desarrollo normal que sólo considera los aspectos biológicos. En cambio, las unidades del Curso de Tratamiento referidas al estudio del desarrollo infantil (UDA 10) y el proceso de envejecimiento del aparato estomatognático (UDA 8) incorporan la dimensión psicológica y, en menor medida, la social.

Los “conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la promoción y educación de la salud, el diagnóstico, la prevención la rehabilitación y el mantenimiento en salud de las afecciones del sistema estomatognático, a nivel individual y colectivo, con respaldo en la evidencia científica” atraviesan la totalidad del currículo. En la construcción de esta competencia de tan alta complejidad intervienen los Cursos de Tratamiento, Patología, Odontología Social y algunos cursos optativos. Se identificaron 26 UDA relacionadas con dicha competencia. La promoción y educación de la salud se aborda desde el primer año de la carrera y se vincula fundamentalmente al Curso de Odontología Social y a la Pasantía del tercer año de la carrera. El aprendizaje de la prevención y del tratamiento de las patologías bucales prevalentes en la población ocupa un lugar muy relevante a partir del segundo año, con considerable integración de las UDA pertenecientes a los cursos centrales de Patología y Tratamiento. Asimismo, concuerdan con las competencias técnico - profesionales requeridas internacionalmente para un desempeño acorde con la estrategia de APS, que privilegia el primer nivel de atención (OMS, 2003) (Cowpe et al., 2010).

En cuanto a la capacitación para “indicar e interpretar los estudios paraclínicos necesarios”, se aborda en dos unidades conjuntas de los Cursos de Tratamiento y Patología (4/2 y 6/6). Lo mismo ocurre en referencia a la adquisición de competencias para desempeñarse de forma acorde con los principios y normas de bioseguridad, que se trabajan en las UDA 3/1 y 6/6, aunque también se encontraron menciones puntuales en otros programas de cursos obligatorios y optativos.

Respecto a manejar procedimientos clínicos y prácticas necesarias para la atención inicial de urgencias y emergencias, se trabajan principalmente en el curso optativo La emergencia general en la asistencia odontológica. Según afirman los entrevistados, se trata de un curso tomado por la mayor parte de

los estudiantes. Para el representante de los egresados, esto resulta lógico porque “a esa altura de la carrera, tenés mucho más miedo a lo que te pueda pasar si un paciente hace una hemorragia, o tiene una enfermedad sistémica que se te descompensa en el consultorio”.

La capacidad de “reconocer y orientar la derivación de los pacientes que por su patología deban ser referidos a otro nivel de atención” se desarrolla particularmente en la UDA 8 de Tratamiento, pero se observan menciones puntuales al tema en otras varias UDA.

En referencia a las estrategias de enseñanza y aprendizaje previstas para la adquisición de estas competencias, los programas de las unidades curriculares contemplan varias de las recomendaciones incluidas en el *Documento Marco* elaborado por el Grupo de Investigación en APS de Porto Alegre (2008): participación activa del estudiante en su formación, con orientación tutorial continua por parte de los docentes, en escenarios variados (aula, clínicas de la Facultad, centros de salud, comunidad), utilizando múltiples fuentes de conocimiento (bibliotecas, laboratorios de simulación, recursos informáticos, atención directa de pacientes, etc.) y combinando criterios de evaluación formativa y sumativa. También corresponde destacar la existencia de “clínicas integradas” por niveles de complejidad creciente y el “programa docencia – servicio – investigación en centros de salud y a nivel comunitario”. No obstante, cabe recordar que la integralidad de la atención queda limitada al campo odontológico y que el componente investigación tiene un escaso desarrollo curricular en el Plan 2001.

5.2.2. Las competencias en salud pública

La adquisición de estas competencias se vincula a nivel curricular con las tres UDA del Curso de Odontología Social, las pasantías desarrolladas en servicios y comunidad, las UDA 10 y 12 del Curso de Tratamiento y algunos cursos optativos. Al igual que en el apartado anterior, todas las competencias consideradas en esta categoría aparecen representadas de alguna forma en el currículum, aunque se observan diferencias en la trascendencia que se les otorga.



El reconocimiento de la importancia de la estrategia de APS se trabaja, a nivel teórico, en las UDA 1 y 3 de Odontología Social y adquiere relevancia a nivel práctico en la Pasantía I, que implica la participación del estudiante en los programas educativo preventivo asistenciales en escuelas y servicios de salud bucal.

La “comprensión de los determinantes sociales de la salud” no se menciona a texto expreso en los contenidos de la UDA 1 del Curso de Odontología Social. No obstante, la representante estudiantil fue enfática al afirmar que se comienza a trabajar en dicha unidad de aprendizaje. A nivel de los programas, este contenido figura en la UDA 2, como parte de la unidad temática denominada “Sociología de la salud 2”, lo que implicaría desconocerlo como un componente intrínseco al modelo preventivo asistencial sustentado. Sin embargo, el propio texto del Plan 2001 podría estar induciendo a este enfoque cuando prescribe, como primer contenido básico de esta UDA, “el concepto de salud - enfermedad desde el aporte de las Ciencias Sociales” (p. 41).

Los aportes de varios informantes parecen confirmar la necesidad de una mayor integración entre los componentes sociales y asistenciales de la formación: “lo queremos articular porque para los estudiantes es árido (...) cuando ellos eligieron la rama biológica y les hacen estudiar sociología, les resulta árido”; “los aspectos sociológicos han empezado hace poco, muy poco, y en un plan que todavía tiene mucho de tecnológico, como que se piensa que hay cosas que no entran”. Otro informante es más drástico al afirmar: “el ingreso de la cátedra de Odontología Social y de lo social en la formación proviene del Plan 66, pero, en realidad, ha sido como un cuerpo extraño que ha estado en la carrera. Con los planes 93 y 2001 ha ido adquiriendo una presencia cada vez mayor...fundamentalmente a través de las pasantías”.

Esta dificultad para articular los componentes sociales y biológicos de la formación odontológica sugiere que, pese a la adhesión del Plan 2001 al modelo de comprensión de la salud iniciado por Laframboise (1973) y Lalonde (1974), el enfoque clínico hegemónico denunciado por Saforcada (1997),

Morales Calatayud (1999), de Lellis (2006) y otros autores, todavía continúa operando en un segundo plano de la formación.

El “cuidado integral y continuo centrado en la persona, con énfasis en la promoción y la prevención”, es transversal al currículo en cuanto refiere a los fundamentos de este proyecto curricular. Pero se trabaja con mayor especificidad en la UDA 1 de Odontología Social, en la Pasantía de tercer año, en las UDA 10 y 12 del Curso de Tratamiento y en el curso optativo Incidencia de los factores psicológicos en la práctica odontológica.

La “observancia de una conducta ética frente al paciente, el equipo de salud y la comunidad” es mencionada en muchos programas, aunque se aborda en profundidad en las UDA 1 y 3 de Odontología Social y en el curso optativo Odontología legal y forense. Según una de las entrevistadas, este sería un aspecto a profundizar en la implementación del nuevo Plan 2011.

Como ya fue comentado, las UDA 1 y 2 de Odontología Social tienen entre sus cometidos proporcionar “los conocimientos generales relacionados con las ciencias sociales y la realidad sociopolítica y cultural del país”.

El requisito de “exposición temprana del estudiante a prácticas comunitarias enmarcadas en la estrategia de APS” se cumple parcialmente. La UDA 1 de Odontología Social prevé “una pasantía por diferentes servicios de salud donde el estudiante realiza una observación de las prácticas odontológicas que se realizan”, debiendo presentar un informe sistematizado acerca de esta experiencia. Según se consigna en el programa, esta práctica implica solo ocho de las 80 horas del curso. Cabe destacar la importancia de promover, desde el primer año de la carrera, la capacidad de observación del estudiante acerca de la realidad socio-sanitaria de la población y su habilidad para sistematizarla en un informe. Pero el tiempo destinado es tan breve, que resulta difícil visualizarla como una pasantía. Según el *Manual de Indicadores de las Metas de los Objetivos de Toronto* (2010), esta orientación supondría “contemplar una actividad específica dentro de la formación, por ejemplo, a través de estadías prolongadas en centros comunitarios y de atención primaria” (p. 43). Aunque este criterio se cumple en las pasantías que se desarrollan a partir del tercer año de la carrera - dado que tienen cargas

horarias cercanas a las 300 horas - ya no implican una “exposición temprana a la estrategia de APS”, considerando su ubicación en el currículo.

La “capacidad de desarrollar investigaciones” - que supone el dominio de la metodología específica, el manejo de idiomas extranjeros y de la tecnología informática - también se cumple en forma parcial. Se desarrolla casi exclusivamente en tres cursos de naturaleza optativa: Informática, Inglés, e Inicio a la investigación científica. La excepción la constituyen dos puntos del programa de la UDA 2 de Odontología Social, que refieren a los “métodos cualitativos de investigación social” y “la investigación epidemiológica”. Varios informantes clave son contestes en la necesidad de transformarlos en contenidos obligatorios del currículo de grado: “está reconocida absolutamente como una debilidad”; “en el planteo 2011, la investigación cruza todo el currículo de 1º a 6º”; “¿cómo vamos a exigir una mayor profundidad hacia la investigación si no tienen idiomas?”.

En referencia a la capacidad para “planificar, monitorear y evaluar el proceso de trabajo que se desarrolla en los servicios de salud”, se encontraron referencias significativas en los programas de la UDA 3 de Odontología Social y en la Pasantía 1. Mientras que en la primera, la adquisición de la competencia no supera el nivel del conocimiento teórico, en la pasantía se exige el nivel de la demostración.

5.2.3. Las competencias para trabajar en un equipo multiprofesional

Como ya se ha señalado, la propuesta del Plan 2001 respecto a realizar “un enfoque interdisciplinario del conocimiento” refiere, casi exclusivamente, a la integración de diferentes “disciplinas” o especializaciones dentro del campo odontológico. Excede a este estudio la discusión epistemológica acerca de si constituyen disciplinas autónomas, o se trata de especialidades dentro del campo odontológico. De todas formas, esta intención educativa de abordar los conocimientos odontológicos de forma integral resulta de gran interés en el proceso de transformación curricular pretendido, considerando las observaciones de Kriger (Cormack, 2001) respecto a la tendencia tradicional

a la especialización y la resistencia de muchas universidades a formar odontólogos generalistas.

La ley 18.211 tampoco es precisa cuando establece que “las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios” (art. 36). Aunque en el campo de la salud es habitual referirse a “equipos interdisciplinarios” para identificar aquellos conformados por egresados de diferentes formaciones (médicos, enfermeros, psicólogos, asistentes sociales, promotores de salud, etc.), es muy discutible que constituyan disciplinas. Más bien parece tratarse de formaciones profesionales que, como señalan Gómez Campo y Tenti Fanfani (1993), presentan un panorama de creciente fragmentación, que dificulta “el trabajo cooperativo entre diferentes especialistas, porque la lógica del desarrollo de los campos genera distintos conjuntos de intereses, de actitudes, y por último, de lenguajes” (p. 52).

En este sentido, el *Manual de Indicadores de las Metas de los Objetivos de Toronto* (Meta 17) (2010) resulta más preciso porque hace referencia a la “formación interprofesional”, la define como la “formación de estudiantes de diversas profesiones de la salud de manera integrada” y la caracteriza por la existencia efectiva de “estrategias para la formación interprofesional” (p. 44).

Desde esta última perspectiva, se encontraron referencias específicas a la interacción con otras profesiones de la salud en los programas de Introducción a la Odontología del Curso de Odontología Social, en la Pasantía del Semestre 11 y en el curso optativo Incidencia de los factores psicológicos en la práctica odontológica. Sin embargo, no fue posible identificar instancias prácticas en la formación de grado de los odontólogos, que permitan asegurar la adquisición de esta competencia, más allá de sus componentes informativos.

Varios entrevistados coinciden en afirmar que existen limitaciones en la adquisición de competencias interprofesionales: “La verdadera interdisciplina: acá se habla de interdisciplina que yo trabaje con el de operatoria y con el de prótesis. Eso falta”; “Las evaluaciones que realizan los servicios donde nuestros odontólogos se insertan marcan como una deficiencia la dificultad que tienen de insertarse en grupos multiprofesionales”. Asimismo, se

recuerda que la representante estudiantil fue enfática al afirmar que no tenían contacto con profesionales de otras carreras del Área.

Sin embargo, se aprecian diferencias a la hora de explicar sus causas, o proponer alternativas para intentar resolver sus efectos. Algunos entrevistados señalan las condiciones estructurales de la UR como el principal obstáculo para alcanzar una interacción efectiva con integrantes de otras carreras: “Estamos formados por disciplinas y el trabajo conjunto no se logra más allá de una coordinación...Esta es una falencia que creo que está en la base de construcción de esta Universidad”. Esta postura parece respaldar lo planteado por Morin (2002), respecto a los inconvenientes de una enseñanza por disciplinas y la necesidad de una reforma universitaria radical que permita trascenderla.

Otros entrevistados rescatan la participación continuada de la Facultad de Odontología en los programas integrales de la UR, pero se muestran escépticos respecto a sus resultados: “APEX fue el programa universitario que con más fuerza intentó lograr un acceso multiprofesional a la atención de la salud y fracasó ... el Programa Integral Metropolitano fue otro intento...y también terminó sin concretar este esfuerzo”; “en el APEX hicimos trabajos continuos multiprofesionales...después, como que se desmembró”.

Por su parte, el representante del orden de egresados relativiza el problema por considerarlo común a todas las formaciones profesionales del Área Salud: “de lo poco que yo pueda saber de lugares donde han trabajado estudiantes de odontólogo, que había médicos y había psicólogos, se dan los mismos problemas... desde el inicio ya empieza a haber distancias”.

Parece razonable admitir que la actual estructura de la UR, y de su Área Salud, no favorece en absoluto el desarrollo de actividades de carácter interprofesional. Sin embargo, resulta llamativo el escepticismo de la mayoría de los entrevistados respecto a la posibilidad de generar propuestas que permitan un abordaje de naturaleza multiprofesional. Tanto las explicaciones referidas a las condiciones estructurales de la UR, como las que apelan al relato de experiencias integrales que consideran frustradas, o las que relativizan su importancia argumentando que ocurren en todos los colectivos del Área, parecen depositar las causas de este fracaso en el afuera

institucional. No obstante, es necesario recordar el planteo de la representante estudiantil respecto a las falencias que observa a nivel del campo odontológico: “el encare que hace el plan de estudios es un enfoque de trabajo en equipo (asistente, higienista, laboratorista y odontólogo compartiendo un caso) y eso en la práctica no se lleva a cabo... Me parece que éste es un gran debe que se puede implementar fácilmente, que los compañeros asistentes e higienistas hagan sus prácticas con los compañeros de Odontología”. Cabe plantearse, entonces, si las dificultades para trabajar en equipo solo remiten al afuera institucional, o tienen su génesis en la propia dinámica de un campo profesional tradicionalmente caracterizado por su fragmentación en especializaciones, pese a los loables intentos de la Facultad por propender a su articulación.

Pese a lo señalado por varias fuentes bibliográficas (Grupo de Investigación en APS de Porto Alegre, 2008) (Morales Calatayud, 2010) (Nebot, Rosales y Borrel, 2009) (OPS, 2010) respecto a la conveniencia de “deshospitalizar” las prácticas, resulta llamativo que varios informantes destaquen la importancia de las pasantías a nivel hospitalario como principal vía de acceso a la experiencia interdisciplinaria. Esto parece explicarse por la ausencia de oportunidades, en las inserciones de naturaleza exclusivamente odontológica, para interactuar con estudiantes y profesionales de otras carreras. En ese sentido, las pasantías por hospitales generales parecen garantizar, cuando menos, el intercambio con integrantes del campo de la medicina.

Llegados a este punto, cabe preguntarse si existen diferencias de significación entre la situación actual del ejercicio profesional de los odontólogos y la de otros profesionales del campo de la salud. En la mayor parte de las carreras de Medicina, Enfermería, Psicología y Nutrición, el ejercicio liberal de la profesión ha ido involucionando hacia una creciente proletarización del vínculo, que implica la participación habitual en calidad de asalariados, en variadas instituciones públicas o privadas de asistencia colectiva (Gómez Campo y Tenti Fanfani, 1993) (Artigas, Cabezas y Diez, 2004). En el caso de los odontólogos, este proceso de cambio se presenta de forma atenuada. Aunque las instituciones de asistencia privada han debido incorporar algunas prestaciones básicas en odontología y esto ha implicado la contratación de profesionales, el ejercicio liberal de la profesión sigue constituyendo la principal fuente laboral de los odontólogos. Dado que la

mayoría de estas prestaciones se desarrollan en la intimidad de un consultorio privado, resulta legítimo presumir que tengan menos contacto con otros profesionales de la salud y, por ende, mayores dificultades para visualizar su integración a un equipo de naturaleza interprofesional.

Es indiscutible que la Facultad de Odontología adhiere a los lineamientos teóricos de la reforma sanitaria, posición que se refleja en los fundamentos de su Plan 2001 y se reafirma en el nuevo Plan 2011. Sin embargo, parece razonable admitir la posibilidad de que los conflictos ya señalados, respecto a las condiciones de incorporación de los odontólogos al SNIS, estén avivando temores y desconfianzas subyacentes, en relación al cambio que una reforma como la proyectada introduciría en el modelo de ejercicio tradicional de esta profesión. La siguiente afirmación resulta paradigmática de lo expresado:

“uno en la profesión liberal...se desenvuelve económicamente, cobra por sus honorarios y llega a un determinado nivel que se plantea: unos más, otros menos. Pero, cuando se trata de instaurar este tipo de régimen con asalariados, hay que ver qué salarios se pagan...eso lo he mencionado en reiteradas oportunidades pero es un tema tabú, del que no se habla demasiado: el tema de quién va a financiar, qué salarios se van a pagar, cómo se va a implementar...”

Más allá de los actuales defectos de implementación del SNIS, si estos temas no han sido discutidos en profundidad en el ámbito odontológico, es dable presumir la existencia de un conflicto subyacente entre la voluntad manifiesta de adherir a un sistema de salud integral, como el propuesto por la ley 18.211, y los efectos que su implementación tendría sobre el estatus de estos profesionales. Asimismo, resulta indispensable considerar que las reglas del mercado operan a la interna del currículo y regulan, en cierta medida, las condiciones de trabajo y las expectativas de remuneración.

La mayoría de los odontólogos, ¿estará dispuesta a resignar su posición actual de autonomía absoluta en el consultorio para trabajar en instituciones públicas o privadas colectivas, formando parte de un equipo interprofesional? Aunque logran negociar retribuciones dignas con las autoridades, ¿estarán dispuestos a renunciar a su condición de profesionales liberales para transformarse en asalariados del sistema de salud? En todas las instituciones

públicas y privadas de asistencia, los médicos siguen ocupando un lugar dominante; ¿estarán dispuestos los odontólogos a aceptar estas relaciones de poder? En ese sentido, se observaron comprensibles temores: “sé que los médicos, con sus corporaciones, han logrado muchas cosas, pero nosotros estamos muy débiles; nuestra Asociación Odontológica, creo yo, no está trabajando fuertemente en ese tema y...debería jugar un papel muy importante”. Esta visión, que seguramente sería compartida por otros profesionales del Área Salud, parece operar como reforzador de la desconfianza hacia las condiciones de implementación del nuevo sistema sanitario. Pero también oculta el hecho primordial de que todo sistema integral de salud implica una modificación sustantiva en el ejercicio liberal de las profesiones.

No cabe duda que los más convencidos acerca de las bondades del nuevo modelo sanitario sigan trabajando para lograr consolidarlo. Pero sería necesario explicitar y profundizar esta discusión a nivel colectivo, dado que – aún en el mejor de los escenarios posibles - introducirá cambios importantes en el ejercicio de la profesión odontológica, que muy pocos actores institucionales parecen advertir con claridad. A estos efectos, parece esencial establecer la diferencia entre la adhesión teórica a un modelo de atención, más justo y equitativo para la mayoría de la población, y la aceptación explícita por parte de los odontólogos de condiciones laborales inevitablemente diferentes de las actuales.

5.2.4. Las competencias interculturales

En referencia a la adquisición de competencias para “interactuar con la comunidad, promoviendo su participación activa en el sistema de salud”, la UDA 1 del Curso de Odontología Social incluye una unidad temática destinada al estudio de la participación social, el proceso de empoderamiento y el ciclo de la participación, que es evaluada a nivel teórico, dado que la práctica prevista no menciona estos temas. Asimismo, el programa de la Pasantía I del tercer año explicita en sus contenidos que se trata de “fijar conductas y actitudes favorables respecto a la Salud Bucal, donde el niño se sienta sujeto y no objeto de éste proceso que tiene como fin capacitarlo para

reconocer su propia salud y su derecho a la salud”. Sin embargo, no fue posible establecer qué peso específico se le asigna a esta tarea de empoderamiento en la formación de grado, dado que no figura en los aspectos a evaluar. Considerando que este aspecto tampoco es mencionado en las otras dos pasantías previstas, es de presumir que los graduados tengan algunas limitaciones, a nivel de la práctica, para promover la participación activa de la comunidad en la defensa de su derecho a la salud.

En relación con las “habilidades interactivas y de comunicación para trabajar con grupos étnicos, lingüísticos, religiosos o socioeconómicos diversos” se encontraron algunas referencias de carácter puntual en las Pasantías I y III del Plan 2001. No obstante, es de destacar que dichas habilidades no figuran explícitamente en los aspectos a evaluar en ambas pasantías. Esto parece coincidir con lo señalado en el primer apartado de este capítulo, respecto a la dificultad de varios entrevistados para comprender la pregunta respecto al papel de los aspectos culturales en la atención brindada por los estudiantes. Como se recordará, solo dos informantes se refirieron de forma espontánea a la importancia del componente cultural, considerando que la mayor parte de los estudiantes pertenece a un grupo social diferente al de los consultantes. Los restantes entrevistados minimizaron esta circunstancia, argumentando que los pacientes que se atienden en los diferentes servicios de la Facultad son más o menos parecidos, o sugiriendo que ese aspecto forma parte de la valoración integral que realiza el estudiante al elaborar su plan de tratamiento. Lo expuesto parece sugerir cierta invisibilidad acerca de la importancia de los factores culturales en el desempeño de los promitentes graduados y desconocer lo planteado por Freire (2004), respecto a la necesidad de discutir con los estudiantes la razón de ser de sus saberes socialmente construidos, especialmente cuando se trata de formar profesionales comprometidos con las necesidades de una comunidad cuyos saberes populares suelen diferir bastante de los que porta la mayoría de los estudiantes.

6. Conclusiones y sugerencias

En las últimas dos décadas, la formación de grado de los Doctores en Odontología de la Universidad de la República ha sufrido un importante proceso de transformación, orientado a revertir el modelo curativo tradicional, centrado en la enfermedad y en la boca, de naturaleza biologicista, que privilegia la atención individual desde una perspectiva restauradora, tendiente a la super especialización y a la utilización de tecnologías cada vez más complejas. El modelo emergente procura formar un odontólogo generalista, capacitado para dar respuesta a las necesidades de la población, a través de acciones socioeducativas, preventivas, asistenciales e investigativas, que consideren las dimensiones sociales, psicológicas, éticas y políticas de una asistencia odontológica integral.

Este proceso de transformación curricular acompaña los cambios producidos a nivel internacional, respecto a formar odontólogos con un perfil científico-técnico y humanístico, de alcance generalista, capacitados para dar respuesta a las necesidades de salud bucal de la población. También resulta concordante con los principios rectores del SNIS, en la medida que reconoce la salud como un derecho humano fundamental y se propone contribuir al bienestar de la población, jerarquizando la promoción, la prevención y la asistencia integral e integrada. Estas orientaciones, que figuran a texto expreso en el Plan 2001, se refuerzan en el Plan 2011 cuando sostiene:

“el proceso de formación profesional debe contribuir a formar odontólogos que sean capaces de participar en la Red de Servicios de salud organizada por niveles de atención, según prevé el Art. 34 de la Ley 18.211...considerando que la estrategia del sistema es la Atención Primaria de la Salud y que es priorizado el primer nivel de atención” (p. 13).



El texto del Plan 2001 y los objetivos anunciados en los programas de las unidades curriculares son consistentes con el modelo emergente, en la medida que: enfatizan el enfoque preventivo – asistencial, procuran la enseñanza integrada de los conocimientos aportados por las diferentes áreas del campo odontológico y jerarquizan una formación clínica integral, centrada en el consultante, que avanza, progresivamente, desde las demostraciones prácticas iniciales hacia la realización de pasantías en servicios de atención a la población, con niveles crecientes de autonomía por parte del estudiante.

Aunque el compromiso con este cambio es predominante en el currículo de grado de los odontólogos, cuando se examinan los contenidos de algunos programas, estos énfasis en la promoción y en la prevención se debilitan, pasando a privilegiar el tratamiento de las patologías y la enseñanza exhaustiva de técnicas curativas requeridas para llevarlo a cabo. Este contraste sugiere la existencia de espacios curriculares en los que el enfoque curativo tradicional aún persiste. De todas formas, el paradigma emergente supone un cambio cultural tan radical para la “tribu” odontológica, que resulta totalmente comprensible la presencia de resistencias a la hora de su efectiva implementación.

En referencia a la pregunta de investigación, y desde la perspectiva de las categorías de análisis construidas, es posible concluir que la formación técnico – profesional de los egresados de la carrera Doctor en Odontología de la UR es pertinente para brindar una atención de calidad, centrada en la estrategia de APS, en el primer nivel de atención.

En relación a la resignificación del paciente como un “ser bio-psico-social-cultural”, se observan avances dispares. El Plan de Estudios 2011 reconoce “el predominio aún marcado de una formación biologicista” (p. 8), lo que resulta coincidente con las carencias observadas en este estudio, respecto a la adquisición de competencias relacionadas con los aspectos sociales, psicológicos y culturales involucrados en la atención odontológica. Aunque los componentes sociales han estado presentes en el currículo de grado desde hace más de dos décadas, su articulación con la formación clínica es aún limitada. Pese a su peso creciente en la formación de los odontólogos, la consideración de los determinantes sociales de la salud y la promoción de los procesos de empoderamiento social no parecen superar los niveles iniciales

de desarrollo de esas competencias. Si como afirman varios informantes clave, la mayoría de los estudiantes homologa los contenidos del Curso de Odontología Social con el estudio de la Sociología, sería necesario articular la formación teórica en estos aspectos sociales, con su aplicación a nivel práctico, desde el inicio de la formación. Esto facilitaría la comprensión integral de su importancia para el desempeño profesional, así como la adquisición de estas competencias en niveles que superen el mero conocimiento teórico.

En referencia a los aspectos psicológicos, parece existir unanimidad respecto a la necesidad de otorgarles un lugar de mayor peso en la formación de grado y la conveniencia de que sean impartidos por especialistas en la disciplina. En este sentido, se observan visiones muy críticas de los representantes de estudiantes y egresados, respecto a la escasa competencia profesional de los docentes especialistas en odontología, para orientar a los estudiantes respecto a los componentes psicológicos involucrados en la asistencia. De todas formas, sería necesario garantizar que estos aportes se integren a la formación general, de manera que los conocimientos teóricos acompañen el desarrollo de las habilidades y actitudes pertinentes y permitan su ejercitación práctica.

Por el contrario, la preocupación por los aspectos culturales ocupa un lugar de segundo orden, tanto en los programas de las unidades curriculares analizadas, como en la visión de los entrevistados. En este sentido, se observa cierto extrañamiento de los actores institucionales respecto a la necesidad de que los estudiantes desarrollen habilidades interculturales que tengan en cuenta la diversidad de la población consultante. Si bien es cierto que en Uruguay no existen culturas originarias establecidas - como sucede en la mayor parte de América - es indudable que la mayoría de los estudiantes pertenece a capas sociales medias o altas. Por lo tanto, parece lógico presumir que desconozcan los saberes culturales de los sectores menos privilegiados y que carezcan de las habilidades comunicativas para interactuar con ellos. Aunque dos informantes señalaron que estos aspectos se trabajan en las prácticas a nivel comunitario, sería conveniente revisar su peso relativo en el currículo de grado. El Plan 2011 no es explícito al respecto, pero estos contenidos podrían estar considerados en el cuarto objetivo de la reforma curricular, cuando propone “Fortalecer el componente

de formación general...primordialmente en los aspectos relativos a la formación social, ética y comunicacional” (p. 19).

En relación con las competencias de salud pública, la capacidad de desarrollar investigaciones (que supone el dominio de la metodología específica, el manejo de idiomas extranjeros y de la tecnología informática), se cumple muy parcialmente en el Plan 2001. Tanto los informantes clave, como el Plan 2011, la reconocen claramente como una debilidad, por lo que proponen fortalecer el perfil académico de la formación e incorporar la investigación como uno de sus componentes transversales.

La exposición temprana del estudiante a prácticas comunitarias enmarcadas en la estrategia de APS es también relativa, considerando que - a excepción de alguna visita puntual - recién en el tercer año de la formación los estudiantes desarrollan una pasantía extensa en el ámbito comunitario. El formato curricular del Plan 2011 no permite establecer si esta situación se modifica, aunque una entrevistada asegura que “uno de los criterios que tuvimos para implementar eso, fue un contacto más temprano con la realidad social, ya desde el primer año, que no teníamos en el 2001”. No obstante, en materia de pasantías, el Plan 2011 sostiene que “las mismas se desarrollarán de forma creciente a partir de tercer año” (p. 29).

Con respecto a la adquisición de competencias interprofesionales, es evidente que la actual estructura de la UR no favorece el desarrollo de este tipo de actividades y también es razonable admitir que los actores institucionales se muestren escépticos respecto a la capacidad demostrada por la UR para generar propuestas efectivas de naturaleza multiprofesional. El Plan 2001 destaca su importancia a nivel teórico, pero no contempla la adquisición práctica de dichas competencias. El Plan 2011, la reconoce claramente como una carencia, tanto a nivel del equipo odontológico como del equipo integral de salud. Pese a que la incluye como una competencia general en el perfil de sus egresados, no resulta evidente la estrategia que pretende implementar para desarrollarla.

El ejercicio profesional de los odontólogos presenta algunas diferencias significativas respecto al estatus de otros egresados del campo de la salud. Actualmente, la mayoría de los médicos, enfermeros, psicólogos,

nutricionistas, etc., ejerce su profesión en relación de dependencia, en instituciones públicas y privadas de carácter colectivo. Por el contrario, el ejercicio liberal sigue constituyendo la principal fuente laboral de los odontólogos, pese a algunos cambios operados en los últimos años, que han implicado su lenta incorporación a instituciones colectivas de atención a la salud.

Sin embargo, la mayoría de las prestaciones odontológicas continúa desarrollándose en la intimidad de un consultorio privado, por lo que resulta legítimo presumir que estos profesionales tengan menor contacto relativo con otros colegas del campo de la salud y mayores dificultades para visualizar su participación como integrantes de un equipo de naturaleza interprofesional.

Aunque resulta indiscutible la adhesión de la Facultad de Odontología a los lineamientos teóricos de la reforma sanitaria en curso, los conflictos vigentes con el MSP respecto a las condiciones de incorporación de los odontólogos al SNIS, podrían estar movilizando temores y desconfianzas, no suficientemente discutidos, respecto a los cambios que una reforma como la proyectada introduciría en el ejercicio cotidiano de esta profesión. Decididamente, no es lo mismo trabajar, con absoluta autonomía, en la intimidad de un consultorio privado, que pertenecer, en calidad de asalariado, a un sistema integrado de salud, caracterizado por la existencia de una “Red de Servicios”. A esto debe agregarse que los médicos continúan ejerciendo un poder hegemónico en las instituciones públicas y privadas de atención colectiva y que los odontólogos carecen de experiencia a nivel interprofesional. Aún reconociendo los defectos evidentes en la implementación actual del SNIS y la legitimidad de los planteos de la Facultad de Odontología respecto a las dificultades para concretar la incorporación de los odontólogos al SNIS, se presume la existencia de una problemática no suficientemente discutida acerca de las consecuencias derivadas de la inserción de estos profesionales en un sistema de salud, como el proyectado en la ley 18.211.

Atendiendo a estos planteos, parece crucial promover un debate, a nivel del colectivo institucional, que permita hacer visible para sus integrantes las consecuencias inherentes a su inserción en un sistema de salud, que - de concretarse - implicará cambios sustantivos para el ejercicio tradicional de la profesión odontológica.

En función de lo expuesto, es posible concluir que la formación de grado de los Doctores en Odontología de la UR (Plan 2001) es consistente con los objetivos del SNIS y con las recomendaciones de los organismos internacionales (OPS/OMS) respecto a la adquisición de las competencias técnico – profesionales suficientes para brindar una atención apropiada en el primer nivel de atención, centrada en la estrategia de APS. Sin embargo, se aprecian algunas limitaciones en referencia a la adquisición de competencias socioculturales y de salud pública, que el nuevo Plan 2011 pretende corregir. Las competencias requeridas para integrar un equipo interdisciplinario de salud presentan un menor desarrollo, consecuente con las dificultades observadas para un funcionamiento coordinado del equipo odontológico y el desempeño habitual del odontólogo, que continúa caracterizado por su intervención autónoma en la intimidad de un consultorio. En este sentido, cabe destacar que las dificultades observadas respecto al trabajo interprofesional, no son responsabilidad exclusiva de la Facultad de Odontología, sino que constituyen un problema institucional, que compromete integralmente a la UR.

Por tratarse de un estudio de caso único, centrado en la consideración de la carrera Doctor en Odontología de la UR, resulta redundante advertir respecto a las limitaciones de los hallazgos obtenidos. Si se pretendiera examinar la pertinencia de las diferentes formaciones ofrecidas por las carreras del Área Salud de la UR para responder a las exigencias del SNIS, sería necesario repicar este estudio en las diferentes carreras, así como estudiar los particulares estilos de participación de cada profesión en el nuevo modelo de atención.

Bibliografía

- Andreozzi, M. (1996) *El impacto formativo de la práctica. Avances de investigación sobre el papel de las prácticas de formación en el proceso de socialización profesional*. Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación, UBA, V (9), 21 – 25.
- Andreozzi, M. (1998) *Sobre Residencias, Pasantías y Prácticas de Ensayo: una aproximación a la idiosincrasia clínica de su encuadre de formación*. Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación, UBA, VII (13), 33 – 43.
- Artigas, S., Bonaba, R., Bragaña, S., Cabezas, A., Fachinetti, V...Rocha, F. (2006) *Proyecto Formación Didáctica de los Docentes del Área Salud. Investigación evaluativa de las acciones de formación docente implementadas (2001 – 2004)*, elevado a la Comisión Sectorial de Enseñanza para su publicación.
- Artigas, S., Cabezas, A. y Diez, L. (2004) *El Proyecto Formación Didáctica de los Docentes del Área Salud*. Trabajo presentado para la aprobación del Seminario “Las acciones de apoyo pedagógico: análisis de prácticas, formación e intervención”, organizado por la CSE – UR, a cargo de las Profas. Elisa Lucarelli y Lidia Fernández de la UBA, en el marco del Programa de Fortalecimiento de las Unidades de Apoyo a la Enseñanza de la U.R.
- Bardin, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid: Akal Universitaria.
- Becher, T. (2001). *Tribus y territorios académicos. La indagación intelectual y las culturas de las disciplinas*. Barcelona: Gedisa
- Bianchi, D. y Gómez, O. (Coords.) (2008). *Informe Preliminar de Autoevaluación, Programa APEX – Cerro, UdelaR*. (No publicado)
- Borrel, R. y Rovere, M. (2004). *La formación de posgrado en salud pública: nuevos desafíos, nuevos caminos* Buenos Aires: OPS / OMS.
- Bresolin Pinto, M. E. (2008) Ponencia realizada en ocasión de su visita al Programa APEX – Cerro de la Universidad de la República el 08/12/08. (no publicado)
- Cabezas, A. (2006) *Propuesta integradora de Formación Docente en el Área Salud: Proyecto Institucional de Formación Didáctica de los Docentes del Área Salud*. Ponencia en XII Congreso Internacional Odontológico, Primer Encuentro de Educación Superior en Ciencias de la Salud – UR, Hotel Radisson Victoria Plaza, Montevideo, 2 – 6 de octubre 2006 (no publicado)
- Camilloni, A. (2010) *La enseñanza para la formación de profesionales: dilemas y certidumbres*. Ponencia en Panel Abierto Dilemas y Transiciones de la Educación Superior, organizado por el comité académico del Programa de Especialización y Maestría en Enseñanza Universitaria (Área Social – CSE),

- Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo, 28 de setiembre de 2010 (no publicado)
- Coll, C (1997). Niveles de concreción del currículum. En *Relatorías del Programa de Formación de Especialistas en Innovación Curricular*, Asociación de Unidades Académicas de Psicología, UBA (no publicado)
- Comisión Mixta Ministerio de Salud Pública - Área Salud de la Universidad de la República (2010). Actas.
- Cormack, Elson(2001) Mudancas no mercado de trabalho odontológico. Entrevista realizada en el marco del X Congreso ABOPREV, Río de Janeiro, 4 – 6 de mayo de 2001 Recuperado de <http://www.odontoconcursos.com.br/kriger.htm>. Consultado 3 de mayo, 2011.
- Cowpe et al. (2010). Profile and competences for the graduating European dentist – update 2009 *Eur. J. Dent. Educ.*, 14, 193–202 Recuperado de http://www.adee.org/cms/uploads/adee/TFI_Profile_Competence_2010.pdf. Consultado 8 de mayo, 2011.
- De Carvalho Weyne, S. (1997). A Construção de Paradigma de Promoção de Saúde: um Desafio para as Novas Gerações En Kriger, L. *Promoção de Saude Bucal: paradigma, ciencia, humanização*. San Pablo: Artes Médicas.
- De Lellis, M. y otros (2006). *Psicología y políticas públicas de salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Diaz Barriga, A. (2006). El enfoque de competencias en la educación: ¿Una alternativa o un disfraz de cambio? *Perfiles educativos* [online], 28 (111), 7-36. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/scielo> Consultado 20 de octubre, 2010.
- Diez, L. y Hernández, S. (Coords.) (2008) *Investigación evaluativa acerca de la docencia en el Programa APEX – Cerro*, mayo. Programa APEX – Cerro (no publicado)
- Fernández, L. M. (1993) *Instituciones educativas. Dinámicas institucionales en situaciones críticas*, Buenos Aires, Paidós.
- Freire, P. (1996). *Política y Educación*. México: Siglo Veintiuno.
- Freire, P. (2004) *Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa* San Pablo: Paz e Terra.
- Gandolfi, A. (comp.) (2002) *Psicología de la salud: escenarios y prácticas* Montevideo: Psicolibros / UDELAR-FP.
- Gandolfi, A. y Cortázar, M. (2006) *El desafío de la Interdisciplina en la formación de los profesionales de la salud*. Recuperado de <http://www.psico.edu.uy/academic/apas/gamon.pdf>. Consultado 20 de setiembre, 2008.
- Glasser B. y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research* New York: Aldine.

- Gómez Campo, V. y Tenti Fanfani, E. (1993) *Universidad y Profesiones. Crisis y alternativas*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- González, T. y Olesker, D. (comp.) (2010). *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005 – 2009* Recuperado de <http://www.msp.gub.uy/ucnis>
- Green, L. (1996) Bringing People Back to Health. *Promotion and Education*, 3(1), 23-26 Recuperado de <http://ped.sagepub.com>. Consultado 16 de abril 2011.
- Grupo de Investigación en Atención Primaria de Salud de Porto Alegre (2008). *Documento Marco: La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina*. Recuperado de <http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/biblioteca/00515.pdf>
- Kruger, L. (1997). *Promoção de Saude Bucal: paradigma, ciencia, humanização*. San Pablo: Artes Médicas.
- Laframboise H. L. (1973). Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *CMAJ* (108), 388-91.
- Lalonde M. (1974) [A new perspective on the health of Canadians. A working document](http://www.hc-sc.gc.ca). Recuperado de <http://www.hc-sc.gc.ca>. Consultado 30 de junio 2010.
- Lalonde, M. (2002). New perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Rev Panam. Salud Pública* [online], 12 (3), 149-152. Recuperado de <http://www.scielosp.org/scielo.php> Consultado 30 de marzo 2011.
- Lopez Jordi, M.C. (2010). *La clínica odontológica como espacio de práctica: eje del nuevo modelo pedagógico y profesional*. Monografía final de la Especialización en Enseñanza Universitaria, UR (no publicado)
- Mc Kay, L. (2000). *Making the Lalonde report. Towards a New Perspective on Health Project. Health Network, CPRN Background Paper*. Recuperado de: http://www.cprn.org/documents/18406_en.pdf Consultado 30 de marzo 2011
- Miller G.E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. En *Acad Med* (65) S, 63 – 67.
- Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Morales Calatayud, F. (2010). Ponencia presentada en el Foro Reforma en el sistema de salud ¿Reforma en la formación de recursos humanos? Programa APEX- Cerro, UdelaR, 13-14 de octubre de 2010 (no publicado)
- Morin, E. (1999). *La cabeza bien puesta. Repensar la reforma. Reformar el pensamiento*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002.
- Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrell Bentz R.M. (2009) Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Rev. Panam Salud Pública*. 26(2), 176–83
- Neiman, G. y Quaranta, G. (2006). Los estudios de caso en la investigación sociológica, en Vasilachis de Gialdino, E. (Coord.). *Estrategias de investigación cualitativa*. (pp. 213 - 236). Madrid: Gedisa.

- Olabuenaga J. y Izpirúa, M.A. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa* Bilbao: Universidad de Deusto.
- OMS .*Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de setiembre de 1978. Recuperado de <http://www.paho.org>. Consultado 28 de setiembre 2009.
- OMS. *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York ,19 de junio al 22 de julio de 1946. *Official Records of the World Health Organization* (2), 100. Recuperado de <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/> Consultado 16 de abril 2011.
- OMS. *World Oral Health Report 2003*
Recuperado de http://www.int/entity/oral_health/media/en/orh_03_en.pdf. Consultado: 7 de mayo 2011 Recuperado de www.ops.org.bo/servicios (versión resumida en español)
- OPS (2007). *Estrategias para desarrollar las competencias para la salud pública en la fuerza de trabajo: basadas en políticas actuales y evidencias*. Serie Recursos Humanos para la Salud No. 51. Washington, DC: OPS.
- OPS/OMS (2003). *Resolución Consejo Directivo CD44. R6*. Washington DC : OPS . Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf>
- OPS/OMS (2005). *Llamado a la Acción de Toronto 2006– 2015: Una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas*, VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos, OPS, Salud Canadá y el Ministerio de Salud de Ontario y *Long Term Care*. Toronto, Canadá, octubre de 2005. Recuperado de <http://www.observarh.org/fulltext/desafios-toronto.pdf>
- OPS/OMS (2006). *Planes decenales de recursos humanos en salud: hacia una visión común*. VIII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, OPS y el Ministerio de Salud de Perú, Lima, noviembre de 2006. Washington DC: OPS.
- OPS/OMS (2007). *Metas regionales en materia de Recursos Humanos para la Salud 2007 – 2015 En 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana; 59ª sesión del Comité Regional (CSP27/10)*. Washington DC: OPS.
- OPS/OMS (2007). *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS*. Washington DC: OPS.
- OPS/OMS (2008). *La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud* (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N° 2) Washington DC: OPS Recuperado de: www.lachealthsys.org
- OPS/OMS (2008). *Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de la Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Unidad de Servicios de Salud. Washington, DC: OPS.
- OPS/OMS (2010). *Cuarta revisión del manual de indicadores de las metas de los objetivos de Toronto luego de su validación por países andinos*. Reunión realizada en Argentina, abril 2010. Washington, D. C. : OPS.

Perfil de los Sistemas de Salud. República Oriental del Uruguay. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma, Washington DC OPS, 2009.
Recuperado de www.lachealthsys.org. Consultado 30 de setiembre 2010.

Perrenoud, P. (1999). *Construir competencias desde la escuela*. Santiago: Dolmen.

Perrenoud, P. (2005). *Diez nuevas competencias para enseñar*. Barcelona: Graó.

Piaget, J. (1979). La epistemología de las relaciones interdisciplinarias En Apostel, Berger, Briggs y Michaud, *Interdiscipliniedad. Problemas de la enseñanza y de la investigación en las Universidades* (pp. 153-171). México: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior.

Quiñones, M. (2008). *Discusión sobre métodos de análisis cuantitativos y cualitativos*. Apuntes de clase. Programa de Especialización y Maestría en Enseñanza Universitaria 2007- 2008, UDELAR.

Rovere, M. (1993). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Washington DC: OPS. Serie Desarrollos de Recursos en Salud N° 96

Rudolf, S. (2006). *Alternativas de formación profesional interdisciplinaria – Programa APEX Cerro* Ponencia presentada en el 1er. Encuentro de Educación Superior en Ciencias de la Salud, XII Congreso Internacional de Odontología, Montevideo (no publicado)

Rudolf, S., Bagnato, M. J., Güida, C., Rodríguez, A. C., Ramos, F., Suárez, Z.,... Arias, M. (2009) *Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud. Una mirada desde la psicología*. Montevideo: Fin de Siglo.

Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención a la salud*. Buenos Aires: Paidós.

Sautu, R. (2003). *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires: Lumiere.

Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Paidós.

Sistema Nacional Integrado de Salud. Exposición de Motivos. Recuperado de <http://www.msp.gub.uy/ucnis>. Consultado 2 de setiembre, 2010.

Starfield, B. (2001). Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos *Revista Gerencia y Políticas de Salud* [en línea], 1(1), 7-16 Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdf>. Consultado 1 de abril de 2011.

Starfield, B. (2006) *Global Imperatives for Primary Care*. Ponencia presentada en el Primer Congreso Regional Iberoamericano- WONCA CIMF, Buenos Aires, Argentina, 12 de octubre.

Supervielle M (2003). Grounded Theory o Teoría Fundada En *Glosario de Conceptos y Procedimientos de la Teoría Fundada*. Bibliografía del curso “Métodos y técnicas cualitativas en investigación social” Quiñones, 2008 Programa de Especialización y Maestría en Enseñanza Universitaria 2007- 2008, Área Social, UR. (no publicado)

UNESCO-IESALC (2008). *Declaración Final de la Conferencia Regional de Educación Superior en América Latina y el Caribe* (CRES 2008). Cartagena de Indias, Colombia,

UNESCO. *Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y Acción* Documento aprobado en la Conferencia Mundial sobre Educación Superior, París, 5-9 de octubre de 1998.

Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Odontología. *Plan de Estudios Carrera de Doctor en Odontología 2011*. Recuperado de <http://www.odon.edu.uy>

Universidad de la República (Uruguay) (2001). Facultad de Odontología. *Plan de Estudios Carrera de Doctor en Odontología*. Montevideo: UdelaR.

Universidad de la República (Uruguay) (2010) *Programas de la carrera Doctor en Odontología de la Universidad de la República Plan 2001*(no publicado).

Universidad de la República (Uruguay). *Plan de Desarrollo Estratégico de la Universidad de la República (2000-2004)*. Recuperado de <http://www.universidad.edu.uy/gestion/pledur.htm>. Consultado 26 de octubre 2008.

Universidad de la República (Uruguay). *Plan de Desarrollo Estratégico de la Universidad de la República (2005- 2009)* Recuperado de http://www.universidad.edu.uy/gestion/doc_tr10.pdf. Consultado 26 de octubre 2008.

Universidad de la República (Uruguay).CDC, *Ordenanza del Programa Apex –Cerro*, aprobada en Sesión de fecha 23/11/93.

Universidad de la República (Uruguay).CSE (2005) *Pautas para el impulso de acciones de flexibilización curricular y movilidad estudiantil en la enseñanza de grado*. Montevideo: Comisión Sectorial de Enseñanza – UdelaR.

Universidad de la República (Uruguay).Documentos de Trabajo del Rectorado N° 10, *Plan de Desarrollo Estratégico de la Universidad de la República 2000 – 2004*.Montevideo: UdelaR

Universidad de la República (Uruguay).Hacia la Reforma Universitaria N° 3. Notas para la actualización de la Ley Orgánica de la Universidad de la República. Documento del Rectorado de la UR, Febrero 2008 Recuperado de: <http://www.universidad.edu.uy/> Consultado: 1 de noviembre 2011

Universidad de la República (Uruguay) CDC, Resolución N° 12 del 04/12/07 Recuperado de: <http://www.universidad.edu.uy/prensa>. Consultado 2 de setiembre, 2010

Universidad de la República (Uruguay) CDC, Resolución N° 7 del 18/08 de 2011. Recuperado de: www.expe.edu.uy/resoluciones

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. *Programa Nacional de Salud Bucal*. Recuperado de <http://www.msp.gub.uy>. Consultado 2 de septiembre, 2010.



- Uruguay. Poder Ejecutivo. *Decreto 133/ 005 del Poder Ejecutivo del 11/04/2005*. Recuperado de <http://www.msp.gub.uy/ucnis> . Consultado 2 de setiembre, 2010.
- Uruguay. Poder Legislativo. *Ley Orgánica de la Universidad de la República*. Publicada en el Diario Oficial el 29 de octubre de 1958. Recuperado de <http://www.universidad.edu.uy>
- Uruguay. Poder Legislativo. *Ley 18.211*. Aprobada por el Poder Legislativo el 05/12/2007 Recuperado de <http://www.msp.gub.uy/ucsnis>. Consultado 2 de setiembre, 2010
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2008) *Orientaciones para el equipo de salud del primer nivel de atención. Atención de la salud bucal de las gestantes y niños/as de 0 a 36 meses* MSP: Uruguay
- Valles, M. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis
- Vasilachis de Gialdino, I. (2009). Los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la investigación cualitativa. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 10(2) Art. 30. Recuperado de <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902307> Consultado 2 de febrero 2011
- Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.) (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Venturelli, J. (2002). *Nuevos enfoques, metas y métodos. Inminencia y necesidad del cambio en el camino de la equidad, calidad y eficiencia de una Salud para Todos*. Washington DC: OPS – OMS. Serie Paltex Salud y Sociedad 2000, N° 5.

Abreviaturas y siglas

- ABOPREV: Asociación Brasileira de Odontología Preventiva
- APS: atención primaria de la salud
- CDC: Consejo Directivo Central de la Universidad de la República
- INAU: Instituto de la Niñez y la Adolescencia del Uruguay
- MSP: Ministerio de Salud Pública
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OPS: Oficina Panamericana de la Salud
- PIT-CNT: Plenario Intersindical de Trabajadores – Convención Nacional de Trabajadores
- SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud
- SNS: Seguro nacional de salud
- UDA: unidad integrada de aprendizaje
- UDELAR: Universidad de la República
- UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación
- UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- UNSTRAC: Unidad de Supervisión y Transformación Curricular
- UR: Universidad de la República

ANEXOS

A. Análisis de los programas de la Carrera Doctor en Odontología a partir de las categorías de análisis propuestas

1. Competencias técnico-profesionales	Unidades curriculares involucradas	Contenidos	Estrategias enseñanza y aprendizaje previstas	Niveles en los que se evalúa la competencia
Poseer conocimientos sólidos respecto al funcionamiento normal del sistema estomatognático	Curso de Morfofunción (UDAs 1,2, 3, 4, 5 y 6)	Componentes óseoartromuscular y neurovascular, cavidad bucal, biología celular y tisular, medio interno y sistema estomatognático	Clases teóricas y prácticas (observación de preparados, disecciones, experimentación con bio materiales)	Conocimiento teórico y saber cómo
	Introducción a la prostodoncia y oclusión (UDA 2T, UT 1)	Sistema estomatognático del paciente dentado natural y bases conceptuales de la oclusión natural	Clases teóricas, grupos de discusión, demostraciones teórico prácticas a cargo de docentes y estudiantes	Conocimiento teórico y saber cómo
	Tratamiento de la edentación I (UDA 8T- UT Gerodontología)	Proceso de envejecimiento y características del aparato estomatognático del adulto mayor	Clases magistrales, seminarios, talleres	Conocimiento teórico
	Pediatría I (UDA 10 T)	Desarrollo psicológico del niño. Crecimiento, desarrollo general y craneofacial. Desarrollo del sistema estomatognático y de las funciones	Clases magistrales, talleres de contenido teórico práctico y práctico	Conocimiento teórico y saber cómo

Desempeñarse con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la promoción y educación de la salud, el diagnóstico, la prevención, la rehabilitación y el mantenimiento en salud de las afecciones del sistema estomatognático, a nivel individual y colectivo, con respaldo en la evidencia científica.	Introducción a la Odontología (curso de OS)	Promoción de la salud. Manejo de la técnica preventiva del cepillado dental.	Clases teóricas, grupos de discusión y visita a programa de extensión	Conocimiento teórico
	Salud y prevención (UDA 1 OS)	Concepto de salud bucal colectiva, introducción a la epidemiología bucal, la odontología comunitaria y sus modelos de intervención	Clases teóricas, paneles de discusión, trabajos en grupo y práctica (visitas de observación a servicios de atención bucal y presentación de informe grupal)	Conocimiento teórico, saber cómo
	Introducción a la atención odontológica y materiales dentales (UDA 1T)	Introducción a la atención odontológica, con énfasis en el estudio y manipulación de los materiales odontológicos	Clases magistrales, seminarios y prácticos (manipulación de biomateriales dentales)	Conocimiento teórico. Saber cómo (en relación a la manipulación de materiales)
	Introducción a la prostodoncia y oclusión (UDA 2T)	Diagnóstico y tratamiento de la oclusión, introducción a la prostodoncia y elección terapéutica protésica en la rehabilitación oclusal	Clases magistrales, grupos de discusión, demostraciones teórico – prácticas y realizaciones prácticas a cargo del estudiante	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo
	Transmisión de infecciones (UDA 3/1 T y P)	Procesos involucrados en la transmisión de infecciones y su control, técnicas de asepsia, antisepsia, desinfección y esterilización	Clases teóricas, seminarios y prácticas de laboratorio y a terreno (clínicas, quirófano, servicio de urgencia y centro de materiales)	Conocimiento teórico, y saber cómo
	Diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento (UDA 4/2 T y P)	Física radiológica e imagenología, semiología y patología dentaria, con escaso énfasis en la elaboración de la historia clínica y el plan de tratamiento	Clases teóricas, seminarios, demostraciones clínicas y prácticas en el laboratorio de radiología	Conocimiento teórico y saber cómo

<p>Desempeñarse con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la promoción y educación de la salud, el diagnóstico, la prevención, la rehabilitación y el mantenimiento en salud de las afecciones del sistema estomatognático, a nivel individual y colectivo, con respaldo en la evidencia científica.</p>	<p>Tratamiento de las enfermedades más prevalentes (UDA 5/3 T y P)</p>	<p>Etiopatogenia de las enfermedades causadas por placa bacteriana y su quimioprofilaxis. Enfoque de riesgo y modelo de atención. Introducción a la operatoria dental</p>	<p>Clases magistrales, grupos de discusión, demostraciones prácticas y tareas de asistencia con supervisión docente.</p>	<p>Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo</p>
	<p>Semiología (UDA 4 P)</p>	<p>Historia clínica, métodos de diagnóstico, la perspectiva estomatológica en relación con diferentes patologías médicas. Semiología topográfica</p>	<p>Clases magistrales, seminarios y demostraciones clínicas de exploración de cara, cuello y cavidad bucal.</p>	<p>Conocimiento teórico y saber cómo</p>
	<p>Patología inflamatoria, infecciosa y tumoral (UDA 5 P)</p>	<p>Estudio de múltiples enfermedades bacterianas, micóticas, parasitarias, virósicas, inmunológicas y tumorales. Microbiología y quimioterapia de diversas infecciones.</p>	<p>Clases teóricas, clases clínicas con atención de pacientes y prácticas en el laboratorio de microbiología</p>	<p>Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo</p>
	<p>Cirugía buco-máxilo-facial I (UDA 6/6 T y P)</p>	<p>Evaluación preoperatoria, iniciación en exodoncia, postoperatorio, tratamiento del dolor e inflamación, control de la ansiedad</p>	<p>Clases teóricas, grupos de discusión, práctica clínica controlada (diagnóstico y tratamiento de pacientes seleccionados)</p>	<p>Conocimiento teórico y saber y demostrar cómo</p>
	<p>Tratamiento de las enfermedades más prevalentes II (UDA 7 T)</p>	<p>Clínica integrada, etiología, diagnóstico, planificación terapéutica y tratamiento de la lesión cariosa, el complejo dentino pulpar y las afecciones paradenciales</p>	<p>Clases magistrales, seminarios, demostraciones clínicas y participación del estudiante en la atención odontológica</p>	<p>Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo</p>

Desempeñarse con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la promoción y educación de la salud, el diagnóstico, la prevención, la rehabilitación y el mantenimiento en salud de las afecciones del sistema estomatognático, a nivel individual y colectivo, con respaldo en la evidencia científica.	Tratamiento de la edentación I (UDA 8T)	Edentación y prostodoncia, examen, diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento y rehabilitación del paciente desdentado total o casi total, mediante prótesis removibles.	Clases magistrales, demostraciones clínicas en vivo y en video, seminarios, ateneos, elaboración de prótesis	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo
	Salud colectiva I (UDA 2 OS) Módulo 2	Epidemiología general y bucal: desarrollo histórico, métodos de investigación, aspectos bioéticos, diferentes tipos de estudios, epidemiología de las enfermedades orales prevalentes y graves, sistemas de información y vigilancia, bases para la atención a nivel colectivo y estadística aplicada.	Clases teóricas, paneles de discusión, resolución de casos y trabajos prácticos (ejercicios de investigación epidemiológica)	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo
	Atención odontológica en servicios y comunidad I (pasantía)	Realizar actividades en los programas educativo - preventivos - asistenciales a nivel escolar y en los servicios de salud bucal respecto a: Epidemiología oral, principales indicadores y encuestas. Programación y programas incrementales. Educación, conceptos básicos y técnicas de comunicación. Flúor y diferentes técnicas de uso en programas escolares.	Aprender trabajando, siguiendo una estrategia de resolución de problemas concretos. Actividades de coordinación con las personas que desde otros campos disciplinares se desempeñan en el local escolar, procurando un enfoque interdisciplinario de la realidad, así como con los Servicios de Salud de la zona y la comunidad organizada para difundir el programa, sus objetivos y actividades.	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo

<p>Desempeñarse con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la promoción y educación de la salud, el diagnóstico, la prevención, la rehabilitación y el mantenimiento en salud de las afecciones del sistema estomatognático, a nivel individual y colectivo, con respaldo en la evidencia científica.</p>	<p>Cirugía bucomáxilofacial II (UDA 9/7 T y P)</p>	<p>Técnicas de diagnóstico y adiestramiento para el tratamiento quirúrgico de los focos sépticos derivados de patologías dentarias; conocimiento de las técnicas quirúrgicas en relación con la endodoncia, las infecciones y los quistes y pseudoquistes bucomáxilofaciales</p>	<p>Clases teóricas y grupos de discusión (40 horas)</p> <p>Curso clínico de práctica quirúrgica controlada y demostraciones teórico-prácticas en pequeños grupos sobre el diagnóstico y tratamiento de pacientes seleccionados (100 horas)</p>	<p>Saber y demostrar cómo: respecto a la valoración primaria del paciente, la bioseguridad, la exodoncia simple y la prescripción de fármacos</p> <p>Conocimiento teórico: sobre patología más compleja y procedimientos quirúrgicos relacionados a la misma</p>
	<p>Pediatría I (UDA 10 T)</p>	<p>Atención integral del niño y el adolescente, crecimiento y desarrollo, enfoque de riesgo, semiología y diagnóstico, prevención de caries, paradenciopatías y displasias</p>	<p>Clases magistrales, talleres de contenido teórico práctico y práctico para ejercitar las destrezas necesarias para un correcto manejo. Atención de pacientes con dentición caduca o mixta (realización de historia clínica, diagnóstico pronóstico y planteo de objetivos del tratamiento, realización de las maniobras de prevención indicadas)</p>	<p>Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo</p>
	<p>Odontología restauradora (UDA 11 T)</p>	<p>Prevención en operatoria dental. Diagnóstico, planificación del tratamiento, procedimientos restauradores coronarios específicos (parciales y totales)</p>	<p>Clases magistrales, seminarios y demostraciones didácticas. Demostraciones clínicas y reuniones grupales con discusión de problemas. Actividades</p>	<p>Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo</p>

<p>Desempeñarse con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la promoción y educación de la salud, el diagnóstico, la prevención, la rehabilitación y el mantenimiento en salud de las afecciones del sistema estomatognático, a nivel individual y colectivo, con respaldo en la evidencia científica.</p>			asistenciales en niveles de restauraciones complejas para dientes pulpados y despulpados, según el Planeo Preventivo Integral	
	Terapéutica periodontal (UDA 12 T)	Etiopatogenia y factores de riesgo. Diagnóstico, planificación terapéutica, tratamiento y mantenimiento del paciente con patología periodontal	Clases magistrales, seminarios, demostraciones clínicas a cargo de los docentes y actividades asistenciales a cargo de los estudiantes (historia clínica, educación para la salud y procedimientos preventivos)	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo
	Terapéutica endodóntica (UDA 13 T)	Diagnóstico y tratamiento endodóntico específico, con escasa referencia a los aspectos preventivos (UT 21)	Clases magistrales, grupos de discusión, ateneos y demostraciones clínicas	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo
	Tratamiento de la edentación II (UDA 14 T)	Tratamiento mediante prótesis parcial removible: historia clínica, procedimientos previos, construcción de aparatos, su instalación y mantenimiento	Clases magistrales y seminarios. Demostraciones clínicas a cargo de los docentes, ateneos a cargo de los estudiantes y ejercicios de diseño de prótesis sobre los casos en tratamiento	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo
	Atención odontológica en servicios y comunidad II (pasantía)	Estrategia Docencia - Servicio – Investigación, participación comunitaria, gestión del servicio, modelo asistencial (educación para la salud, comunicación	Actividad preclínica, donde se trabaja en forma teórica la totalidad de los contenidos anunciados en el programa Actividad clínica en los servicios (ateneos, presentación de	Los requisitos de evaluación refieren exclusivamente a la atención individual de los pacientes (conocimiento teórico, saber y demostrar cómo)

Desempeñarse con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la promoción y educación de la salud, el diagnóstico, la prevención, la rehabilitación y el mantenimiento en salud de las afecciones del sistema estomatognático, a nivel individual y colectivo, con respaldo en la evidencia científica.		educativa, adecuación a la realidad socio económica cultural, control periódico), evaluación de los programas de salud	historias clínicas y planes de tratamiento, atención supervisada de pacientes)	No se consiga evaluación de los otros contenidos mencionados en el programa
	Pediatría II (UDA 15 T)	Atención odontológica en servicios y comunidad. Quimioprofilaxis de placa microbiana. Terapéutica endodóntica en dentición temporaria y permanente joven. Terapéutica farmacológica. Odontología restauradora en odontopediatría. Técnicas anestésicas. Avulsión en dentición temporaria y permanente joven. Semiología y patología en el niño y el adolescente. Traumatismos en dentición temporaria y permanente joven. Procedimientos quirúrgicos especiales. Particularidades en la atención de pacientes especiales/ discapacitados.	Actividad preclínica: clases expositivas a cargo de los docentes, promoviendo la participación estudiantil. Actividad clínica: encuentros grupales de articulación teórico práctica. Práctica clínica individual que comprende: tratamiento integral de los pacientes, presentación de sus historias clínicas y defensa del plan de tratamiento realizado	Conocimientos teóricos, saber y demostrar cómo

<p>Desempeñarse con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la promoción y educación de la salud, el diagnóstico, la prevención, la rehabilitación y el mantenimiento en salud de las afecciones del sistema estomatognático, a nivel individual y colectivo, con respaldo en la evidencia científica.</p>	<p>Ortodoncia (UDA 16 T)</p>	<p>Evaluación diagnóstica de pacientes con diferentes tipos de disgnacias, pronóstico, plan de tratamiento, prevención, recursos terapéuticos, aparatología y su mantenimiento</p>	<p>Clases magistrales, exposiciones a cargo de los estudiantes y prácticos (ejercitación de destrezas, conocimiento de diferentes materiales y su manejo, ejercicios de adiestramiento, confección de resortes, arcos, manejo del acrílico y ubicación de brackets). Ateneos de casos clínicos y actividad clínica con pacientes.</p>	<p>Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo</p>
	<p>Tratamiento de la edentación III (UDA 17 T)</p>	<p>Etiología, prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos témporo mandibulares. Prostodoncia fija (plan de tratamiento y diferentes tipos de prótesis). Mutilaciones buco – máximo – faciales y su rehabilitación.</p>	<p>Clases magistrales, seminarios, análisis de casos en grupo y demostraciones didácticas, para el desarrollo del contenido teórico. Las actividades clínicas incluyen: demostraciones clínicas y asistencia a pacientes de baja o mediana complejidad</p>	<p>Los contenidos referidos a los TTM de baja y mediana complejidad son evaluados en los tres niveles (saber, saber cómo y demostrar cómo); los restantes contenidos solo serían evaluados en el nivel teórico</p>
	<p>Cirugía bucomáxilofacial III (UDA 18/8 T y P)</p>	<p>Tumores de la región BMF, lesiones seudo tumorales, enfermedades metabólicas del hueso, traumatismos dento-máximo faciales y afecciones de la articulación témporo mandibular y de las glándulas salivales</p>	<p>Atención de pacientes, ateneos clínicos y seminarios de profundización teórica</p>	<p>Conocimiento teórico, saber cómo y demostrar cómo</p>

Desempeñarse con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la promoción y educación de la salud, el diagnóstico, la prevención, la rehabilitación y el mantenimiento en salud de las afecciones del sistema estomatognático, a nivel individual y colectivo, con respaldo en la evidencia científica.	Asistencia odontológica en servicios y comunidad III – Pasantía	Desarrollar una práctica pre-profesional integrándose a los equipos de salud de los servicios con los cuales la Facultad posee convenios, donde odontólogos (Colaboradores Honorarios de la Facultad en Servicios y Comunidad) supervisan las tareas realizadas por los practicantes. Aprender prestando servicios con un abordaje interdisciplinario y multiprofesional.	Práctica en los servicios bajo la supervisión de profesionales odontólogos. Participación en 3 talleres de orientación en la Facultad de Odontología, con el docente coordinador de las pasantías. Entrega de informe final analizando la tarea realizada.	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo, desempeño profesional supervisado
	Bases fundamentales de la atención a pacientes especiales (optativo)	El paciente discapacitado. Comportamiento del odontólogo. Asistencia ambulatoria de postadores de diversas patologías (síndrome de Down, retardo mental, parálisis cerebral, autismo, etc.) Integración de equipos multi e interdisciplinarios	Clases teóricas y grupos de discusión	Conocimiento teórico
	Atención odontológica del adulto mayor (optativo)	Situación del adulto mayor en el ámbito nacional e internacional. Particularidades físicas, psicológicas, emocionales, comportamentales y sociales del adulto mayor y de los procesos de envejecimiento, desde los puntos de vista de salud y enfermedad, preventivo y asistencial.	Clases magistrales, taller de búsqueda de información, actividades de observación y/o ateneos con pacientes, actividades asistenciales y de educación para la salud en la Facultad de Odontología, visita a las diferentes áreas del Piñeyro del Campo	Conocimiento teórico y saber cómo

		Características diferenciales de su asistencia. Enfoque multi, inter y transdisciplinario		
Estar capacitado para indicar e interpretar los estudios paraclínicos necesarios.	Diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento (UDA 4/2 T y P) Tema 6	Exámenes complementarios: análisis de laboratorio (sangre, orina, serología, microbiología); imagenología, citología y anatomía patológica	Clases teóricas, seminarios, demostraciones clínicas y prácticas en el laboratorio de radiología	Conocimiento teórico y saber cómo
	Cirugía buco-máxilo-facial I (UDA 6/6 T y P) Módulo evaluación pre-operatoria	Exámenes paraclínicos de uso más frecuente, su indicación e interpretación	Clases teóricas, grupos de discusión, práctica clínica controlada (diagnóstico y tratamiento de pacientes seleccionados)	Conocimiento teórico y saber y demostrar cómo
Desempeñarse en forma acorde con los principios y normas de bioseguridad.	Transmisión de infecciones (UDA 3/1 T y P)	Procesos involucrados en la transmisión de infecciones y su control, técnicas de asepsia, antisepsia, desinfección y esterilización	Clases teóricas, seminarios y prácticas de laboratorio y a terreno (clínicas, quirófano, servicio de urgencia y centro de materiales)	Conocimiento teórico, saber cómo
	Cirugía buco-máxilo-facial I (UDA 6/6 T y P) Módulo introductoria	Bioseguridad. Asepsia, antisepsia y control de enfermedades transmisibles en odontología.	Clases teóricas, grupos de discusión, práctica clínica controlada (diagnóstico y tratamiento de pacientes seleccionados)	Conocimiento teórico, saber cómo y demostrar cómo
	Menciones puntuales a la temática en varias UDA y cursos optativos			

Manejar los procedimientos clínicos y las prácticas indispensables en la atención inicial de las urgencias y emergencias.	La emergencia general en la asistencia odontológica (optativo)	Importancia de las urgencias médicas en odontología. Factores que aumentan el riesgo. Emergencias en odontología, prevención y tratamiento primario de crisis de descompensación de enfermedades sistémicas. Manejo de pacientes en riesgo. Riesgos derivados del procedimiento. Identificación de eventos que requieren atención de urgencia o emergencia en la consulta odontológica. Protocolos de manejo primario.	Clases teóricas y teórico-prácticas, con aplicación de una enseñanza activa	Conocimiento teórico, saber cómo
Reconocer y orientar oportunamente la derivación de los pacientes que por su patología deban ser referidos a otro nivel de atención del sistema.	Tratamiento de la edentación I (UDA 8T)	Reconocer y diagnosticar los casos de pacientes desdentados totales y casi totales que requieran procedimientos de alta complejidad y derivar su atención a centros especializados.	Clases magistrales, demostraciones clínicas en vivo y en video, seminarios, ateneos	Conocimiento teórico y saber cómo
	Menciones puntuales a la temática en otras UDA			

2. Competencias de salud pública	Unidades involucradas	Contenidos	Estrategias de enseñanza y aprendizaje previstas	Niveles en los que se evalúa la competencia
Reconocimiento de la importancia de la estrategia de APS	Salud y prevención (UDA 1 OS) Módulo 1	Estrategia de Atención Primaria de la Salud (A.P.S). Niveles de atención a la salud. La salud como derecho. Desarrollo histórico del concepto de salud y de las teorías del proceso salud-enfermedad.	Clases teóricas, paneles de discusión, resolución en grupo de ejercicios o estudio de casos y visitas a servicios de salud con presentación de informe	Conocimiento teórico
	Salud Colectiva II (UDA 3 OS) Módulo 1	Salud pública. Salud colectiva. Situación del sector salud en Uruguay. Derecho a la salud y políticas de salud. Modelos de atención. La estrategia de APS. Niveles de atención. Sistemas locales. El Sistema Nacional Integrado de Salud. El sector odontológico en Uruguay: fortalezas y debilidades	Exposiciones teóricas por parte de los docentes, paneles de discusión de algunos temas del curso, trabajos grupales de tipo teórico-práctico centrados en la resolución de ejercicios o estudios de caso. Trabajo monográfico o de revisión bibliográfica en forma grupal.	Conocimiento teórico
	Atención odontológica en servicios y comunidad I (pasantía)	Realizar actividades en los programas educativo - preventivos - asistenciales a nivel escolar respecto a: epidemiología oral, principales indicadores y	Aprender trabajando, siguiendo una estrategia de resolución de problemas concretos que actúen como disparadores de la creatividad y	Conocimiento teórico, saber y demostrar como

		encuestas. Programación y programas incrementales. Educación, conceptos básicos y técnicas de comunicación.	el espíritu crítico del estudiante.	
Comprensión de los determinantes sociales de la salud	Salud colectiva I (UDA 2 OS)	Determinación social del proceso salud-enfermedad. Diferentes perspectivas. La equidad en salud. Género y salud. Etnicidad y salud.	Clases teóricas, paneles de discusión y resolución de casos	Conocimiento teórico
Cuidado integral y continuo centrado en la persona, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades	Salud y prevención (UDA 1 OS)	Los humanos como seres bio-psico-sociales. Concepto de salud pública, salud comunitaria, salud colectiva y salud bucal colectiva. Promoción, educación para la salud y prevención	Clases teóricas, paneles de discusión, resolución en grupo de ejercicios o estudio de casos y visitas a servicios de salud con presentación de informe	Conocimiento teórico
	Atención odontológica en servicios y comunidad I (pasantía)	Realizar actividades en los programas educativo - preventivos - asistenciales a nivel escolar y en los servicios de salud bucal	Aprender trabajando, siguiendo una estrategia de resolución de problemas concretos que actúen como disparadores de la creatividad y el espíritu crítico del estudiante.	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo
	Incidencia de los factores psicológicos en la práctica odontológica (optativo)	Concepción del paciente como Sujeto. Cuerpo y subjetividad. Perspectiva desde las ciencias médicas y	Clases teóricas y grupos de discusión	Conocimiento teórico y saber cómo

Cuidado integral y continuo centrado en la persona, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades		<p>sociales. Análisis de los aspectos vinculares en la díada odontólogo – paciente</p> <p>Imaginario social del odontólogo. Factores psicológicos que inciden en la atención de niños y adolescentes y de personas de tercera edad Impacto psico social que se produce en el odontólogo ante la experiencia de atención clínica y el estrés laboral.</p>		
	Pediatría I (UDA 10 T)	Atención integral del niño y el adolescente, crecimiento y desarrollo, enfoque de riesgo, semiología y diagnóstico, prevención de caries, paradenciopatías y disgnacias	Clases magistrales, talleres de contenido teórico práctico y práctico para ejercitar las destrezas necesarias para un correcto manejo. Atención de pacientes con dentición caduca o mixta (historia clínica, diagnóstico pronóstico y planteo de objetivos del tratamiento, realización de las maniobras de prevención indicadas)	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo
	Terapéutica periodontal (UDA 12 T)	Factores de riesgo, concepto de multicausalidad	Clases magistrales, seminarios, demostración	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo

		Repercusión periodontal de afecciones sistémicas. Condiciones medio ambientales, socioculturales y hábitos.	es clínicas a cargo de los docentes y actividades asistenciales a cargo de los estudiantes (historia clínica, educación para la salud y procedimientos preventivos)	
Observancia de una conducta ética frente al paciente, el equipo de salud y la comunidad	Salud y prevención (UDA 1 OS) Módulo 1	Ética y moral. Breve historia. Bases y principios de la bioética principalista y latinoamericana. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de 2005.	Clases teóricas, paneles de discusión, resolución en grupo de ejercicios o estudio de casos y visitas a servicios de salud con presentación de informe	Conocimiento teórico
	Salud Colectiva II (UDA 3 OS) Módulo I	Bioética. El principio de justicia. Poblaciones vulnerables. Odontología legal. Ética profesional. Código deontológico	Exposiciones teóricas por parte de los docentes, paneles de discusión de algunos temas, trabajos grupales centrados en la resolución de ejercicios o estudios de caso. Trabajo monográfico o de revisión bibliográfica en forma grupal.	Conocimiento teórico
	Odontología legal y forense (optativo)	Bioética, ética profesional, normativa legal, responsabilidad civil y legal, mala praxis y documentación odontológica	Clases teóricas, elaboración y presentación de trabajos grupales por parte de los estudiantes	Conocimiento teórico

conocimientos generales relacionados con las ciencias sociales y la realidad sociopolítica y cultural del país	Salud y prevención (UDA 1 OS)	Sistema de Salud del Uruguay	Clases teóricas, paneles de discusión, resolución en grupo de ejercicios o estudio de casos y visitas a servicios de salud con presentación de informe	Conocimiento teórico
	Salud Colectiva I (UDA 2 OS)	Elementos de estadística descriptiva, demografía, sociología de la salud, situación socio-sanitaria del país, antropología cultural, diagnóstico comunitario, políticas de salud.	Clases teóricas, paneles de discusión, resolución de casos y trabajos prácticos (ejercicios de diagnóstico comunitario)	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo
	Salud Colectiva II (UDA 3 OS)	Situación del sector salud en el país, derecho a la salud y políticas públicas SNIS, situación de la profesión a nivel del país	Exposiciones teóricas, paneles de discusión, trabajos grupales para analizar casos y monografía sobre un tema del programa	Conocimiento teórico y saber cómo
Exposición temprana a prácticas comunitarias enmarcadas en la estrategia de APS	Salud y Prevención (UDA 1 OS)	Conocimiento de un servicio de salud bucal. La técnica de observación y el diagnóstico de salud comunitario. Análisis de las prácticas en salud bucal	Visitar un servicio. Observar la realidad de la zona y las actividades de atención. Consultar con los profesionales. Elaborar informe	Conocimiento teórico y saber cómo
Capacidad para llevar a cabo investigaciones	Curso de informática (optativo)	Conceptos básicos de informática y funcionamiento de una computadora. Manejo de programas	Clases teóricas conceptuales y clases prácticas	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo

Capacidad para llevar a cabo investigaciones		informáticos. Procesamiento de textos, base de datos y presentaciones multimedia. Recursos de Internet. Fotografía digital		
	Curso de inglés (optativo)	Aspectos morfológicos y sintácticos de los textos en inglés	Clases teóricas y ejercitación en la lectura de textos en inglés	Conocimiento teórico, saber cómo
	Iniciación a la investigación científica (optativo)	El papel de la investigación, el proceso de investigación y su planificación, la búsqueda bibliográfica, la selección de la muestra y el protocolo de investigación. Estadística descriptiva e inferencial, conceptos de bioética y características del artículo científico	Clases teóricas y actividades de ejercitación práctica	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo
	Salud colectiva I (UDA 2 del curso de odontología social)	Ciencia y método científico. Proceso de Investigación. Introducción a métodos cuantitativos y cualitativos de la investigación. Búsqueda bibliográfica de literatura científica. Métodos cualitativos en la investigación en salud. Introducción a los métodos y técnicas de recolección de datos. Bioética.	Clases teóricas, paneles de discusión y resolución de casos. La actividad práctica consiste en un ejercicio de investigación socio-epidemiológica	Conocimiento teórico y saber cómo. El programa no precisa qué evaluación se realiza del ejercicio de investigación propuesto.

Capacidad para planificar, monitorear y evaluar el proceso de trabajo que se desarrolla en los servicios de salud	Atención odontológica en servicios y comunidad I (pasantía)	Principios básicos de planificación y programación de actividades. Su importancia. Programas incrementales.	Solicitud de un informe final, monitoreado periódicamente por el docente, donde conste la programación, las actividades planificadas y las tareas llevadas a cabo.	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo
	Salud Colectiva II (UDA 3 OS) Módulo 2	Administración y programación en salud. Etapas del proceso. Planificación estratégica. Importancia de la administración en el ejercicio profesional cotidiano. Elaboración de un programa de salud bucal. Gestión de servicios odontológicos individuales y colectivos. Economía de la salud. Trabajo en equipo. Relación médico – paciente. Gestión clínica. Calidad de atención.	Exposiciones teóricas por parte de los docentes, paneles de discusión de algunos temas del curso, trabajos grupales de tipo teórico-práctico centrados en la resolución de ejercicios o estudios de caso. Trabajo monográfico o de revisión bibliográfica en forma grupal.	Conocimiento teórico

3. Capacidad para trabajar en un equipo interprofesional de salud	Unidades involucradas	Contenidos	Estrategias de enseñanza y aprendizaje previstas	Niveles en los que se evalúa la competencia
Participación del estudiante en actividades de carácter interprofesional	Introducción a la odontología (OS)	Profesiones de la salud. Trabajo en equipo	Clases teóricas, grupos de discusión, visita a programa de extensión	Conocimiento teórico
	Incidencia de los factores psicológicos en la práctica odontológica (optativo)	Interdisciplina en el campo de la salud. Problemática sanitaria. Odontología y Psicología, un campo interdisciplinario teórico – técnico en construcción.	Clases teóricas y grupos de discusión	Conocimiento teórico
	Asistencia odontológica en servicios y comunidad III - Pasantía	Desarrollar una práctica pre-profesional integrándose a los equipos de salud de los Servicios con los cuales la Facultad posee convenios. Aprender prestando servicios con un abordaje interdisciplinario y multiprofesional	Actuación cuasi-autónoma del pasante, bajo supervisión del odontólogo integrante del Servicio	Se evalúa "su integración al equipo", pero dado que "el encuadre está dado por la institución receptora" no parece estar garantizado el carácter interdisciplinario y multiprofesional del Servicio

4. Competencias interculturales	Unidades involucradas	Contenidos	Estrategias de enseñanza previstas	Niveles en los que se evalúa la competencia
Habilidades interactivas y de comunicación para trabajar con grupos étnicos, lingüísticos, religiosos o socio-económicos diversos.	Atención odontológica en servicios y comunidad I (pasantía)	Educación, conceptos básicos y técnicas de comunicación.	No se especifican en relación a este contenido	No se menciona en los aspectos a evaluar
	Asistencia odontológica en servicios y comunidad III - Pasantía	Relacionamiento con la comunidad y los grupos comunitarios, que permite el conocimiento de los ámbitos sociales de la actividad del servicio, sus características culturales, socio-económicas, organizacionales que ubican la atención en el marco de la realidad de los grupos sociales participantes.	Actuación cuasi-autónoma del pasante, bajo supervisión del odontólogo integrante del servicio	Se consigna la evaluación del "trato con los usuarios" en el nivel de desempeño, pero no se menciona la evaluación de la relación con la comunidad, ni las dimensiones socio-económico-culturales, mencionadas en los objetivos
Habilidades para promover la participación activa de la comunidad en el sistema de salud	Salud y prevención (UDA 1 OS)	Participación social. Proceso de empoderamiento. Ciclo de la participación	Clases teóricas, paneles de discusión, resolución en grupo de ejercicios o estudio de casos y visitas a servicios de salud con presentación de informe	Conocimiento teórico
	Atención odontológica en servicios y comunidad I (pasantía)	Fijar conductas y actitudes favorables a la Salud Bucal, donde el niño se sienta <u>sujeto</u> de este proceso y capacitarlo para reconocer su propia salud y su derecho a la salud.	No se especifica	No se menciona en los aspectos a evaluar

B. Texto del correo enviado a los promitentes entrevistados

Estimado Dr. /Dra. /Br.:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para solicitar su colaboración en mi tesis para la Maestría en Enseñanza Universitaria de la UdelaR, que se titula *La formación de los doctores en odontología de la Universidad de la República y el Sistema Nacional Integrado de Salud: un estudio de caso*.

Con el aval del Consejo de la Facultad de Odontología, he estudiado la propuesta del Plan 2001 (plan de estudios y programas de cada unidad curricular), procurando identificar fortalezas y limitaciones de la carrera Doctor en Odontología para responder a los lineamientos del nuevo sistema de salud en proceso de implementación.

A efectos de cumplir con el último tramo de mi trabajo, la Prof. Mercedes Collazo me ha proporcionado una lista de docentes, estudiantes y egresados, que podrían operar como “informantes calificados” por su participación en la definición y/o en la conducción del plan de estudios 2001, y en la cual figura su nombre y su dirección de correo.

Mi propuesta consiste en solicitarle que tengamos una entrevista de unos 45 minutos de duración, aproximadamente, a efectos de conocer su punto de vista sobre el tema y aclarar algunas dudas que me han surgido luego de estudiar los documentos que me proporcionó la Facultad. Siguiendo la normativa que regula estas actividades, me comprometo a respetar el anonimato de sus aportes en el texto de mi tesis.

En el caso que aceptara colaborar con mi investigación, le adelanto que - exceptuando los viernes - los restantes días de la semana puedo reunirme en el lugar que le resulte más conveniente, en la mañana o en las primeras horas de la tarde (hasta las 17 PM).

Agradeciendo su atención, le saluda atentamente,

Psic. Alicia Cabezas

Maestranda en Enseñanza Universitaria - UR



Maestría en Enseñanza Universitaria

Comisión Sectorial de Enseñanza
Área Social y Artística
Consejo de Formación en Educación



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



comisión sectorial
de enseñanza



Consejo de
Formación en
Educación