



Maestría en Enseñanza Universitaria

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

MONOGRAFÍA



La clínica odontológica como espacio de práctica: eje del nuevo modelo pedagógico y perfil profesional

María del Carmen López Jordi

Junio, 2010

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

María del Carmen López Jordi

La clínica odontológica como espacio de práctica: eje del nuevo modelo pedagógico y
perfil profesional

Universidad de la República
Área Social

Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República

Monografía presentada con el objetivo de obtener el título de Especialista 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

Supervisión Académica: Prof. Claudia Lombardo

Montevideo, 09 de junio de 2010

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

SUMARIO

I. INTRODUCCIÓN

II. ANTECEDENTES

II.1 Dimensión Epistemológica. Cambio de paradigma.

II.2 Dimensión didáctica. Metodologías orientadoras de la transformación curricular.

II.3 Dimensión política. Incorporación de la práctica clínica integrada, colectiva y comunitaria como Política Educativa.

II.4 Síntesis comparada de la evolución en la enseñanza de la Odontología

III. JUSTIFICACIÓN

III.1 La práctica clínica

III.2 Diversificación de los espacios de práctica clínica odontológica

IV. ESTRATEGIAS DE ORGANIZACIÓN

IV.1 La Clínica Integrada

IV.2 El Programa docencia-servicio-investigación

V. EVALUACIÓN

VI. CONCLUSIONES

VII. FUENTES DOCUMENTALES

VIII. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA



I - INTRODUCCIÓN

El proceso de transformación curricular de la carrera de Doctor en Odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República enfatiza la importancia de la práctica clínica curricular para la formación profesional. En tal sentido, los espacios clínicos que vertebran el Plan de Estudios de Odontología constituyen instancias privilegiadas para el aprendizaje válido a considerar en su futura praxis profesional. Es en dichas instancias que el estudiante profundiza su síntesis de conocimiento científico en la identificación, prevención, tratamiento integral e investigación de los problemas en salud bucal de la población.

Esta concepción podría considerarse histórica en los planes de estudio que ha implementado la Facultad de Odontología, sin embargo a partir de la transformación vivenciada en los años 90, se establece una gran diferencia en la concepción de la práctica clínica sumando, a la tradicional, nuevos escenarios desde la perspectiva de contextos sociohistóricos específicos que definen los comportamientos del desempeño de la profesión.

Estas competencias se desarrollan a través del logro de aprendizajes complejos que integran contenidos cognoscitivos de distinto tipo: académicos, psicomotrices y socioafectivos pero que también incluyen la comprensión de los significados de la construcción sociohistórica de esas prácticas en distintos espacios de la sociedad y consecuentemente la búsqueda de respuestas pertinentes.

De esa manera las prácticas clínicas concebidas desde la realidad social de las comunidades, se definen por su dinamismo dentro del campo profesional de referencia, ya que su composición refleja las realidades de esa sociedad en particular y la vocación de dar respuesta a sus necesidades.

Desde la perspectiva social de la Odontología, las prácticas curriculares se hacen presente en el Plan de estudios a través de los perfiles profesionales, donde se expresan conocimientos, habilidades y actitudes para un ejercicio profesional generalista contemplando las condiciones contextuales (económicas, políticas, sociales del país y de la población) pero que a su vez representen una base sólida de conocimientos para quienes se motiven en la profundización disciplinar específica o especialización.

El modelo educativo innovado persigue la transformación efectiva de la práctica en salud con el propósito de mejorar el perfil sanitario de la población permitiendo al estudiante adquirir conocimientos de la realidad concreta en el ámbito local mediante un aprendizaje fundado en el aprendizaje-servicio, con énfasis en el trabajo en equipo, desarrollando actividades clínicas individuales y colectivas en los diferentes niveles de atención.

El proceso de transformación de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República se basa y apoya la afirmación de UNESCO: “La calidad de la educación es un concepto multidimensional centrada en el estudiante, lo que plantea una reformulación de los planes de estudio los cuales deben incluir la adquisición de conocimientos prácticos, competencias y actitudes profesionales, el análisis creativo, la reflexión independiente y el trabajo en equipo en contextos multiculturales”.

II - ANTECEDENTES

La carrera de Doctor en Odontología ha contado históricamente con una importante formación clínica que está también presente en el Plan de estudios 2001¹ ya que acompañando la transformación curricular estipula una carga horaria de práctica clínica correspondiente al 50% del peso relativo de la enseñanza en el currículo (teórica: 15% y teórico-práctica: 35%).

A partir de 1993 la Facultad de Odontología inicia el desarrollo de un sistema clínico integrador, como soporte del nuevo currículo, constituido por un sistema clínico integral, hacia lo interno y lo externo de la institución, conjugando las tres funciones universitarias, enseñanza-extensión-investigación².

La transformación curricular bajo la concepción innovada promueve a un profesional con capacidad de explicar en forma global la realidad, su papel en la sociedad al adquirir responsabilidad y ejercerla, de tomar decisiones y conducirse con actitud reflexiva, crítica, creadora y objetiva ante su contexto. El objetivo es 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.

II.1 Dimensión epistemológica. Cambio de paradigma de la Odontología.

La práctica odontológica se sustenta en la corriente positivista (teoría del saber que admite como realidad los hechos y las relaciones entre ellos) circunscribiéndose al abordaje de los hechos o fenómenos inherentes al proceso salud-enfermedad. La práctica odontológica como argumentación tecno-científica, académica y social de la profesión, pretende atender los problemas de la salud-enfermedad bucal a través de los procesos de la generación de conocimientos (investigación), producción de servicios (asistencia), desarrollo de recursos humanos (enseñanza) y compromiso social (extensión).

La concepción curativa de la práctica odontológica, determinista y mecanicista ha sido una limitante en la construcción del conocimiento relacionando al odontólogo con una parte (boca, dientes) de la totalidad que es el ser humano conduciéndolo a una abstracción de las múltiples interconexiones que conlleva el proceso salud enfermedad de las personas. En consecuencia la enseñanza de dicha disciplina se ha basado por muchos años en el dominio de la información y la técnica con respecto a materiales y procedimientos diagnósticos o terapéuticos con escaso juicio crítico de su quehacer cotidiano de investigación y evaluación del paradigma científico de su propia práctica

¹ PLAN DE ESTUDIOS 2001. Carrera de Doctor en Odontología. Editorial Tradinco. Diciembre 2001. Disponible en: www.odon.edu.uy

² PLAN DE ESTUDIOS 93. Carrera de Doctor en Odontología. Mayo 1993

Si bien la salud es una integralidad, la odontología por un largo período ha estado orientada bajo un enfoque científico-técnico basado en la enfermedad y limitado a la boca y aún a los órganos dentarios. Actualmente se reconoce que la profesión odontológica con carácter científico debe abordar el mantenimiento del estado de salud, la problemática que la altere y las alternativas de tratamiento, con un criterio integral que permita comprender e interpretar la realidad con una actitud de constante crítica frente a la práctica y a su compromiso social.

La experiencia en modelos de integración docencia-servicio permiten que el estudiante en el grado y en el postgrado se forme en un régimen de “aprender-haciendo” y “aprender transformando”, en contacto permanente con las necesidades y demandas de la sociedad, dirigida a una práctica social pertinente basada en los lineamientos de una planificación científica, encaminada a resolver problemas del hombre considerado integralmente.

En los años 60 comenzó un movimiento revolucionario en la ciencia odontológica basado en los resultados de la investigación tendiente a convertirla en una profesión más comprometida con la población, incorporando prácticas basadas en un profundo conocimiento de la etiología, etiopatogenia y prevención de las enfermedades más prevalentes. Esto ha llevado, partiendo de fines de los 70, a un cambio de paradigma en la práctica odontológica.

Análisis del cambio de paradigma - Thomas S. Kuhn en su obra “La Tensión Esencial” (1977) trata de explicar la concepción comprendida en un proceso típico de la Ciencia normal³. El tercer ensayo de la antología de Kuhn es el que da nombre al documento completo y trata del binomio constituido por la tradición y la innovación en la investigación científica. Fruto de esa relación tenemos al Paradigma, marco al cual el investigador científico se apegaba y constituye sus concepciones (estrella guía). En “La Estructura de la Revolución Científica”, Thomas S. Kuhn (1961) introduce la idea del “paradigma” representando la teoría general o conjunto de ideas aprobadas y sostenidas por una generación o un grupo coherente de científicos contemporáneos⁴. En esta famosa obra Kuhn usó el término paradigma con otras acepciones distintas (veintiuna) lo que contribuyó a hacerlo confuso pero luego en publicaciones posteriores sustituyó el término “paradigma” por otros dos “matriz disciplinaria” y “ejemplar” con el objetivo de ganar precisión.

De acuerdo con el esquema de Kuhn, los ciclos a que están sometidas las ciencias a través de la historia se inician por una etapa más o menos prolongada de “pre-ciencia” o periodo “pre-paradigmático”, pudiendo haber varias escuelas de pensamiento compitiendo pero sin que alguna de ellas prevalezca sobre las demás. Sin embargo, poco a poco un sistema teórico adquiere aceptación general, con lo que surge el paradigma que de acuerdo con Kuhn está formado por la amalgama de una teoría y un método, que juntos constituyen casi una forma especial de ver el mundo. Una vez establecido el paradigma, la etapa de “pre-ciencia” es sustituida por un periodo de “ciencia normal”, caracterizado porque la investigación se desarrolla de acuerdo con los dictados del paradigma prevalente y se siguen los modelos que ya han demostrado tener éxito dentro de las teorías aceptadas. Durante el periodo de “ciencia normal” los resultados incompatibles con el paradigma prevalente se acumulan progresivamente en forma de anomalías y cuando se alcanza un nivel intolerable de anomalías es que el paradigma se abandona y se adopta uno nuevo que satisfaga todas las anomalías

³ KUHN, T. S. The Structure of Scientific Revolution. University of Chicago Press, Chicago. 1962, 1969.

⁴ KUHN, T. S. La Tensión Esencial. University of Chicago Press, Chicago 1977.

acumuladas. A la ciencia que se realiza durante el periodo en que ocurre este cambio, de un paradigma por otro, Kuhn la llama "ciencia revolucionaria". Pero es precisamente en su análisis de este cambio donde el autor introdujo una de sus ideas más revolucionarias: propuso que el rechazo de un paradigma rebasado por las anomalías acumuladas y la adopción de un nuevo paradigma históricamente no ha sido un proceso racional, entre otras razones porque los distintos paradigmas son inconmensurables, lo que no significa que sean incompatibles, sino simplemente que no son comparables entre sí. La inconmensurabilidad del paradigma antiguo con el nuevo puede determinar que los mismos términos tengan diferentes significados dificultando la comunicación entre sus respectivos adeptos. Cuando finalmente se legaliza la hegemonía del paradigma entrante es que se inicia un nuevo periodo de "ciencia normal".

Esta idea de Kuhn se opone de manera más o menos frontal al esquema hipotético-deductivo de la ciencia de Popper (relativismo histórico)⁵. Mientras Popper postula que el cambio de una teoría científica por otra proviene de la falsación de la primera y el mayor poder explicativo de la segunda, o sea que se trata de un proceso lógico y racional, Kuhn insiste en que la historia muestra que el rechazo de una teoría científica y su sustitución por otra ha obedecido mucho más a fuerzas irracionales e ilógicas, más relacionadas con factores sociológicos que con principios racionales. Las revoluciones terminan con la victoria total de uno de los dos campos opuestos. En "La estructura de la revolución científica", Kuhn señala el mecanismo de crecimiento de la ciencia en los periodos de "ciencia revolucionaria", dice que el nuevo paradigma no será aceptado por los científicos a menos que se convenzan de que se cumplen dos importantes condiciones: a) el nuevo paradigma debe parecer resolver algún problema importante y generalmente reconocido, que no se ha podido resolver de ninguna otra manera y b) el nuevo paradigma debe garantizar la conservación de una parte relativamente grande de la capacidad para resolver problemas que la ciencia ha alcanzado a través de sus predecesores. De esto resulta que los nuevos paradigmas generalmente conservan una gran parte de los aspectos previos y permiten soluciones adicionales a otros problemas concretos. A pesar de la inconmensurabilidad de los paradigmas en competencia, el nuevo está obligado a garantizar la preservación de mucho de lo aprendido en los periodos previos de ciencia normal permitiendo el crecimiento de la ciencia.

Como se analiza más adelante, el proceso evolutivo observado en la Odontología se enmarca en las respuestas de Kuhn plasmado en la citada obra "La estructura de las revoluciones científicas" (1962) que supuso un gran cambio en el debate filosófico del momento, dado que el modelo formalista que imperaba fue desafiado por otro siguiendo determinadas fases (Fig. 1):

1. Establecimiento de un paradigma
2. Ciencia normal
3. Crisis
4. Revolución científica
5. Establecimiento de un nuevo paradigma

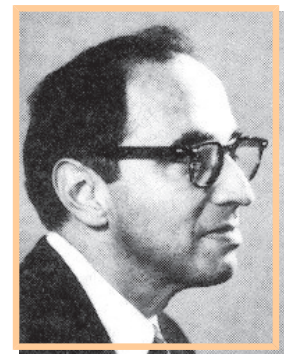


Fig. 1 - Thomas Samuel Kuhn (1922-1997)

Un paradigma es un modelo o patrón aceptado por los científicos; representa un término bidireccional en tanto que un paradigma es lo que los miembros de una comunidad

⁵ POPPER, K R. La lógica de la investigación científica. Editorial Tecnos 1985.

científica comparten, y, recíprocamente, una comunidad científica consiste en hombres que lo comparten. Kuhn expresa:

"Considero a los paradigmas como realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica"; macro teorías que se aceptan de forma general por toda la comunidad científica y a partir de las cuales se realiza la investigación. Los paradigmas son, por tanto, un marco o perspectiva bajo la cual se analizan los problemas y se trata de resolverlos y al proceso de investigación basado en un paradigma se le denomina "ciencia normal".

En un determinado tiempo, un paradigma no es capaz de resolver todos los problemas y comienza a ponerse en cuestión y los científicos comienzan a considerar si supone el marco más adecuado o la forma más correcta de abordar los problemas o si debe ser abandonado. La crisis supone la proliferación de nuevos paradigmas, en principio, tentativos y provisionales, con vistas a resolver la o las cuestiones más problemáticas. Estos nuevos paradigmas compiten entre sí y cada uno trata de imponerse como el enfoque más adecuado. Finalmente se produce una revolución científica cuando uno de los nuevos paradigmas sustituye al paradigma tradicional,

"las revoluciones científicas se consideran aquí como aquellos episodios de desarrollo no acumulativo en que un antiguo paradigma es reemplazado, completamente o en parte, por otro nuevo". Tras la revolución el ciclo comienza de nuevo y el paradigma que ha sido instaurado da pie a un nuevo proceso de ciencia normal.

Kuhn muestra que la ciencia no es solamente un contraste neutral entre las teorías y la realidad, sino que hay diálogo, debate, y también tensiones y luchas entre los defensores de los distintos paradigmas. Desde un paradigma resulta difícil entender el punto de vista alternativo, ya que siempre se parte de un paradigma determinado. No existe forma de alejarse de todos los paradigmas y compararlos de forma objetiva, sino que siempre estamos inmersos en uno de ellos y conforme al mismo interpretamos el mundo que nos rodea.

En referencia a la práctica odontológica, se puede acordar que su proceso evolutivo se enmarca en las respuestas de Thomas Kuhn partiendo del reconocimiento, por muchos años, que un buen desempeño estaba definido por la implementación de técnicas obturadoras de las cavidades que sufrían los órganos dentarios como consecuencia del proceso carioso. Este esperar la aparición de los daños en la dentición y a partir de allí iniciar el llamado "tratamiento curativo" de las lesiones representó el paradigma de la Odontología que mucho tenía de técnica pero muy poco de ciencia. Trabajando sobre la égida de esa filosofía fue posible observar tanto en los consultorios privados como en los servicios que muchas veces no se había finalizado de "tratar" con restauraciones un sector de la cavidad bucal del paciente que ya se identificaban nuevas cavidades cariosas. Esta odontología "curativa" basada en un desarrollo absoluto de la investigación tecnológica, llevaba a eliminar generosas porciones de diente sustituyéndolo por materiales restauradores que aparecían en el mercado de una forma muy acelerada sabiendo que seguramente con el paso del tiempo iba a ser necesario realizar una restauración mayor, más compleja y naturalmente más costosa. Muchas veces cumpliéndose el círculo vicioso del tratamiento quirúrgico-restaurador se culminaba con la extracción del diente, luego la realización de una prótesis apoyada en amplias restauraciones o coronas totales y... el resto de la historia es bien conocido.

En los años 60 la investigación epidemiológica comienza a ser aceptada en los poderosos espacios científicos concluyendo que esa forma de atención odontológica basada exclusivamente en procedimientos restauradores (asistiendo la enfermedad) no se mostraba capaz de controlar las enfermedades bucales ni evitar que aún las personas que recibían tratamiento odontológico culminaran perdiendo todos sus dientes a edades



tempranas. El paradigma quirúrgico-restaurador condenaba al dentista a ser apenas un espectador actuando como “fiscal de demolición” (Leo Kriger, 1997)⁶ representando una mayor frustración para los profesionales que para los pacientes. Aún en los grupos más privilegiados que accedían a los sofisticados tratamientos y equipamientos fue imposible documentar una elevación del nivel de salud bucal. Asimismo, este sistema privilegiaba la necesidad cada vez mayor de dentistas, aumento en el número de facultades, multiplicación del equipamiento para atender una demanda de restauraciones, extracciones dentarias y protésicas que, paradójicamente, no paraba de crecer a pesar del formidable ejército de recursos humanos, del inmenso aparato tecnológico y de los inconmensurables costos financieros.

El cambio en la filosofía introdujo la importancia del componente social de la salud, de su promoción y de la prevención de enfermedades llevando implícito un cambio de paradigma de la Odontología que se apoya en su aplicación como ciencia de y para la SALUD y no como rellenos preciosistas de la enfermedad. En las décadas de los 60 y los 70 muchos países comenzaron a comprender que los considerables volúmenes financieros destinados al tratamiento de las consecuencias de la caries dental a través de procedimientos restauradores no obtenían una buena relación costo-beneficio. Los resultados de la investigación epidemiológica mostraban que este tipo de asistencia odontológica no era capaz de mejorar los niveles de salud bucal de las personas y tampoco reducía la incontrolable demanda de los servicios quirúrgicos-restauradores. Una evaluación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 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.

Esa fragilidad conceptual y científica de la salud odontológica lleva a que en esos años los países industrializados concentren un importante volumen de recursos en la investigación científica del proceso salud-enfermedad con el objetivo de llegar a entender las verdaderas causas de las enfermedades, su etiopatogenia y le valor de la cultura y subculturas de las comunidades para su mantenimiento y control. Esto generó un cuerpo básico de conocimientos científicos que permitió algunos años más tarde la estructuración de un nuevo paradigma de práctica odontológica. Con esta nueva filosofía de atención los países desarrollados consiguieron en menos de tres décadas cambiar el perfil epidemiológico de sus poblaciones, elevando sustancialmente el nivel de salud bucal como demuestran los resultados de los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y detallados en su Global Oral Health Data Bank.⁷

El proceso de “crisis del paradigma curativo de la odontología, basado en la enfermedad” comienza a materializarse en la década de los 60 con las investigaciones científicas (en animales de experimentación) de Paul Keyes y Robert Fitzgerald (1961)^{8, 9} demostrando que la caries dental es una enfermedad infecciosa, microbiana, y transmisible y de Harold Löe y col. (1966)¹⁰ quienes comunicaban también la naturaleza infecciosa de las patologías gingivo-periodontales. Poco a poco comenzaron a aparecer los estudios clínicos confirmando en el hombre los resultados del laboratorio. La concepción infecciosa de las enfermedades bucales más prevalentes (caries y enfermedades

⁶ KRIGER L. Promoção de Saude bucal: paradigma, ciencia, humanizaçao. Cap.1. Construcción del paradigma de promoción de salud. Pag.14-24. Aboprev. Editora: Artes Médicas, 2ª. edição, 1997. São Paulo. Brazil

⁷ Global Oral Health Data Bank. Disponible en [www.who.int/oral health/databases/en/index.html](http://www.who.int/oral_health/databases/en/index.html)

⁸ KEYES P.H; FITZGERALD, R. Recent advances in dental caries research bacteriology. Int. Dent. Journal 1961: 12, 443.

⁹ KEYES P.H. The Non-Surgical Solution to Oral Health. <http://www.drpaulhkeyes.com>

¹⁰ LÖE H. A longitudinal clinical and bacteriological investigation. J. Periodont.1966; Res. 1:1-13.



gíngivo-periodontales) así como lo determinante de los contextos sociales sacudieron todos los pilares en que se edificaba la odontología quirúrgico-restauradora mostrando una gran fragilidad en sus concepciones.

Entre los años 70 y 80 se ha acumulado conocimientos científicos para comprender la etiología, etiopatogenia de las enfermedades bucales, establecer medidas de promoción y mantenimiento de la salud, controlar los factores que puedan alterarla de acuerdo al medio social de referencia y por supuesto también restaurarla. A partir de los 80 en los países en desarrollo los dentistas comenzaron a desistir de centrar su práctica en el tratamiento de lesiones establecidas ya que reconocían que este no era un procedimiento que permitiera controlar *la infección* del ecosistema bucal de las personas y las comunidades. La idea dogmática que una vez iniciada la enfermedad inexorablemente continuaría hasta cavitarse el diente o aún necesitar su extracción demostró ser absolutamente equivocada a la luz de los conocimientos científicos sobre el desarrollo de los procesos y la influencia de diferentes y múltiples factores del ecosistema bucal, del propio individuo, del estilo de vida, de las creencias y costumbres en y para la salud de ellos mismos y de las comunidades en que están insertos. Es decir entra en la valoración no solamente los seres humanos sino un plano más profundo y amplio integrado por las condiciones socio-económicas-culturales y las políticas de salud de los gobiernos establecidos.

Se inicia entonces la actividad de núcleos de discusión y análisis permanente y comienza la divulgación dentro de la profesión de la necesidad de una filosofía preventiva. La Odontopediatría y la Odontología Social se posicionan como vanguardistas sobre la necesidad de un cambio de paradigma a fin de adoptar los nuevos conocimientos de esta "revolución científica" que se fue dando durante 30 años. (Fig.2). En la década de los 90 se llega a la aceptación generalizada de la "Odontología preventiva" dirigiendo el énfasis de los cuidados hacia la salud, promoción y mantenimiento. A partir de los años 90 la revolución se instaló en los materiales dentales, tanto preventivos como rehabilitadores, para apoyar esta nueva filosofía de la práctica odontológica surgiendo la denominada "odontología adhesiva" con un desarrollo continuo y dinámico hasta nuestros días, potencializando los pilares que dieron fundamento al nuevo paradigma ya establecido.

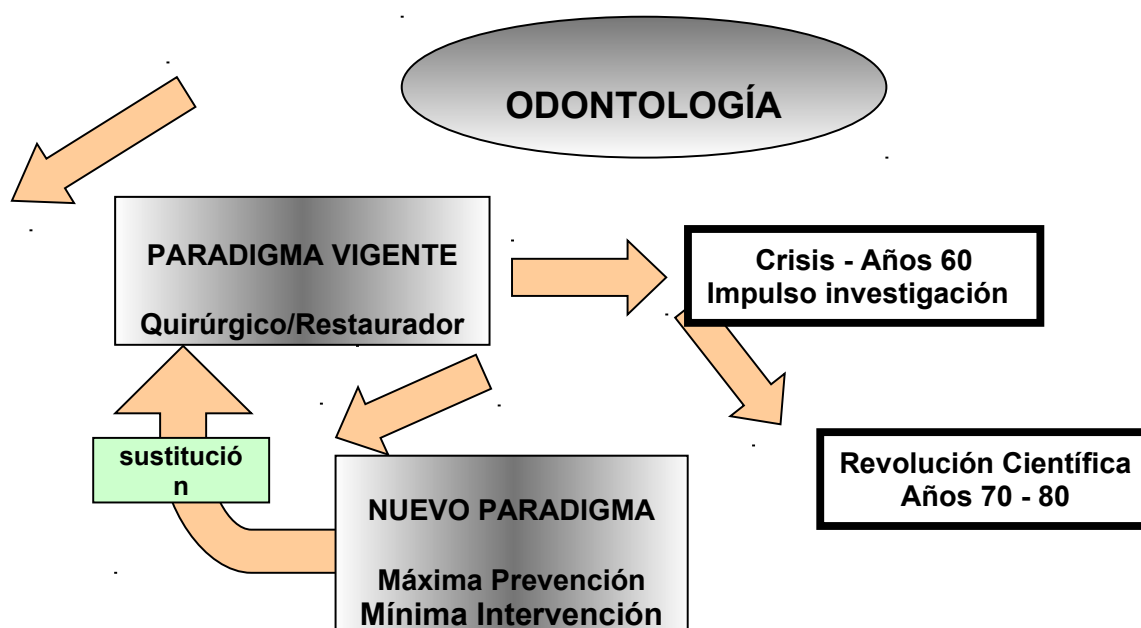


Fig. 2 - Proceso evolutivo de la Odontología

Cuando un paradigma triunfa, se convierte en una disciplina científica (matriz disciplinar de Kuhn), y pasa a estudiarse en las universidades, entrando así en la actividad académica (Fortes A. 2000)¹¹. Los Planes de estudio 93 y 2001 de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República del Uruguay para la carrera de Doctor en Odontología plantean como necesidad un perfil del egreso de acuerdo a este nuevo paradigma. El último párrafo del capítulo Presentación del Plan de estudios 2001 (pág. 5) dice: “.... La transformación curricular desarrollada en forma ininterrumpida por la Facultad de Odontología desde 1993 supone esencialmente, de este modo, la ruptura con la tradicional enseñanza por disciplinas, adecuándose en el plano académico no sólo a las tendencias epistemológicas más modernas, sino también a las necesidades sociales que se plantean en el momento histórico actual. Se trata así de un verdadero proceso de transformación académica y social desde el seno de una institución educativa; proceso abierto en el que se deliberan y confrontan de forma permanente concepciones filosóficas, científicas, pedagógicas y políticas, y a través del cual se construyen acuerdos y se profundizan compromisos”.

Estos procesos transformadores dinamizan la ciencia creando nuevas prácticas científicas, académicas y de investigación relacionadas a las demandas sociales y económicas, destinadas a resolver los problemas del hombre integralmente constituido.

II.2 Dimensión didáctica. Metodologías orientadoras de los procesos de enseñanza-aprendizaje como eje del nuevo modelo pedagógico y perfil profesional.

El Plan de estudios 2001 de la Carrera de Doctor en Odontología de la Universidad de la República plantea una transformación en referencia al modelo pedagógico y al modelo de atención que permite analizar distintas categorías: formación integral e integrada, contexto socio-cultural, flexibilidad, sistema de evaluación y de acreditación.

El diseño se formuló articulando a través de su ejecución las funciones universitarias de enseñanza, extensión e investigación que definen un modelo, su marco y el sistema (Fig.3):



Fig. 3 – Plan de estudios 2001. Carrera Doctor en Odontología, UdelaR. pág. 14-15.

¹¹ FORTES A. (2000). <http://filosofica.iespana.es/articulos/ciencia/kuhn.htm>

Enfatizamos algunos aspectos metodológicos orientadores de los procesos de enseñanza y de aprendizaje inscriptos en los enfoques más legitimados del pensamiento pedagógico contemporáneo con origen en diversas tradiciones y tendencias del presente siglo. Sumariamente se expresa en:

- A) Formación integral e integrada,
- B) Articulación entre teoría y práctica,
- C) Participación activa del estudiante en su formación,
- D) Enseñanza por problemas en instancias pertinentes, análisis y resolución de situaciones reales, Combinación equilibrada de dispositivos grupales y el autoaprendizaje
- E) Sistema de evaluación que conjuga las modalidades continua y sumativa en la instancia de acreditación, valorando los procesos y los productos del aprendizaje.

En síntesis, la innovación para la transformación, reorganiza el currículo con independencia de la estructura docente por cátedras, renueva los procesos de enseñanza, dinamiza los procesos de aprendizaje, reorienta la concepción del paciente y de la práctica odontológica, a la vez que integra los diversos actores institucionales involucrados, procurando posibilitar un cambio radical de la formación de grado que impacte decisivamente en la profesión.

A) Formación integral e integrada - El concepto de formación Integral remite a una idea de procesos educativos que toman en cuenta y perciben a los sujetos en su totalidad, ubicando y considerando sus emociones, intelecto, afecto, razón, valores, aptitudes y actitudes, en una visión holística y multidimensional del ser humano. Plantear los procesos educativos en la perspectiva de la formación integral, requiere la modificación de la relación educativa, centrándola en el aprendizaje, para perfilar un estudiante universitario que participe activamente en su proceso de formación profesional y social, que desarrolle su sentido de responsabilidad, creatividad y liderazgo, a través de su interacción con el entorno social y profesional (Kriger, L. 1999).

El plan establece la interrelación entre la *formación teórica básica* (de fundamental importancia a nivel universitario) complementada con la *formación crítico social* que fomenta la reflexión y comprensión del egresado acerca de su rol tanto profesional como sujeto social parte constitutiva del tejido social. (Alba, A; 1995)¹². En referencia a la dimensión social de la educación, de Alba plantea que ella en sí misma no es conservadora, transformadora ni reproductora y que su función social se encuentra "... estrechamente vinculado con el o los proyectos socioculturales...". (:71)

Esto genera la necesidad de tener en cuenta la pertinencia local y global en los procesos educativos y a su vez una visión multi e interdisciplinaria con un enfoque transversal del currículum. Los procesos formativos son múltiples y complejos y en ellos se van entrelazando la comprensión de nuevos conocimientos, respecto de espacios y ámbitos de intervención de la realidad, para aprehenderla, entenderla y en lo posible mejorarla.

Fundamento de la estructura curricular. El Plan de estudios 2001 de la carrera de Doctor en Odontología propone un modelo curricular integrado, que supone esencialmente la estructuración del currículo en **cuatro Cursos** que vertebran el conjunto del plan, concebidos como los grandes trayectos curriculares correspondientes a las principales áreas del conocimiento odontológico:

¹² DE ALBA, A. Currículo. Crisis, Mito y Perspectivas. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación. Facultad de Filosofía y Letras. UBA. Miño y Dávila Editores. 1995.

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.

La asignación de horas para los cuatros cursos o áreas que vertebran el plan se corresponde:

PLAN 2001	
MODELO CURRICULAR INTEGRADO	
CURSOS o ÁREAS	
* MORFOFUNCIÓN	850 hs. - 18%
* TRATAMIENTO	3030 hs. - 48%
Programa D. S. I.	- 16%
* PATOLOGÍA	600 hs. - 12%
* ODONTOLOGÍA SOCIAL	370 hs. - 9%

Asimismo, la organización de los cursos en **Unidades Integradas de Aprendizaje (UDA)** 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, racionalizando la formación del odontólogo en el perfil buscado. La programación de las Unidades se apoya desde una perspectiva multidisciplinar, garantizada por una fuerte articulación entre cátedras y entre áreas, insertándose la estructura académica en la dinámica curricular con una modalidad y concepción diferente al tradicional binomio cátedra-asignatura.

Un proceso educativo de tipo transversal y con una visión de totalidad, no puede realizarse aisladamente desde una sola materia o unidad de aprendizaje; es necesario que exista un trabajo curricular de tipo colaborativo, donde se visualicen los grandes campos de intervención que la profesión tiene, ubicando las problemáticas específicas que se enfrentan y las competencias genéricas requeridas para atender a esa problemática, reconociendo la manera cómo cada disciplina o conjunto de disciplinas aporta a la solución en lo global. Un diseño curricular de tipo transversal, parte de la identificación de problemáticas generales ligadas al campo profesional, posibilita una perspectiva de tipo multidisciplinar, en la cual se va rompiendo paulatinamente la visión unidimensional y unidisciplinar con que en muchas ocasiones suele percibirse la realidad, lo cual es limitativo y lleva a acciones reduccionistas. La apertura a la realidad que exige un diseño de esta naturaleza, implica a su vez que los académicos involucrados en el trabajo curricular, vayan desarrollando procesos de aprendizaje autónomo en una concepción de complejidad y articulación de las disciplinas, la cual pueda ser aplicada en los acercamientos metodológicos y la formulación de prácticas profesionales integradoras.

Este proceso de articulación entre disciplinas, no se trata de una suma de partes, sino de la interrelación de categorías conceptuales que permitan ir construyendo un tejido teórico metodológico, donde cada disciplina se reconozca en sus enlaces con otras disciplinas y sea la concurrencia de esta diversidad, la que permita visualizar una totalidad en

movimiento, en el reconocimiento de los elementos de realidad que se hayan constituido en objeto de trabajo del currículum.

La propuesta curricular construida con enfoques transversales (Fig. 4), integra las disciplinas de estudio en torno a objetos de análisis o campos de problemas, organizando pautas de enlace entre los objetos o problemas y las lecturas que desde las disciplinas teóricas se pueden hacer, mediante el uso de metáforas, preguntas, guías de discusión, análisis de casos, generando con ello nuevas formas de articulación disciplinar y por ende, la configuración de nuevos tipos de materias o unidades de aprendizaje. El propósito es atenuar y en lo posible evitar el diseño curricular con base en una lógica exclusivamente disciplinar o unidisciplinar. Ello nos obliga a revisar la utilidad del enfoque enciclopédico de la enseñanza que ha generado programas curriculares que privilegian la información antes que la formación del estudiante. Frente a esta situación el *aprendizaje autónomo* resulta ser una estrategia de valor fundamental para resolver el problema de los contenidos y los métodos de enseñanza que deben ser integrados al currículum en el mundo actual. El desarrollo de la llamada *Sociedad del conocimiento*¹³, establece que la inteligencia es la materia prima y hace que la producción científica y tecnológica acorte sus tiempos de vigencia para convertirse rápidamente en obsoleta; por otra parte, la estructura del mundo del trabajo ha cambiado de manera tal, que demanda más una preparación para la comunicación y la solución de problemas que una hiperespecialización, como hasta hace poco tiempo se ha concebido la enseñanza profesional.

CURSOS	Primer año	Segundo año	Tercer año	Cuarto año	Quinto año	Semestre 11
	Introducción a la Odontología					
MORFO FUNCIÓN	Componente osteoartromuscular	Biología Celular y Tissular				
	Componente Neurovascular	Medio Interno				
	Cavidad Bucal	Sistema Estomatognático				
TRATAMIENTO	Introducción a la Asistencia Odontológica y Materiales Dentales	Introducción a la protodoncia y oclusión Módulo 1° y 2°	Tratamiento de las enfermedades más prevalentes II	Pediatría I – Clínica Integrada Pediátrica I	Pediatría II Clínica Integrada Pediátrica II	
				Odonbiología Restauradora	Ortodoncia Clínica de Ortodoncia	
			Clinica Integrada Adultos II	Terapéutica Perio dental		
				Terapéutica Endodóntica		
			Tratamiento de la Edentación I	Tratamiento de la Edentación II	Tratamiento de la Edentación III	
			Clinica Protodoncia Removible I	Clinica Integrada Adultos III	Clinica Integrada Adultos IV	
		Asist. Odontológica en Servicios y Comunidad I		Asist. Odontológica en Serv. y Comunidad II	Asist. Odontológica en Serv. Com. II y III	
PATOLOGÍA		Trasmisión de Infecciones	Cirugía Buco-Maxilo-Facial I	Cirugía Buco-Maxilo-Facial I	Cirugía Buco-Maxilo-Facial III	
		D. P. y Plan de Tratamiento	Clinica Quirúrgica I	Clinica Quirúrgica II	Clinica Quirúrgica III	
		Enfermedades más prevalentes I				
		Clinica Integrada Adultos I				
			Semiología			
			Patología inflamatoria, infecciosa y tumoral			
			Clinica de Patología			
ODONTOLOGÍA SOCIAL	Salud y Prevención		Salud Colectiva I		Salud Colectiva II	
C. OPTATIVOS						

Fig. 4 - Plan de estudios 2001. Carrera Doctor en Odontología. UdelaR. pag. 30

B) Articulación entre teoría y práctica

¹³ INFORME MUNDIAL DE UNESCO Hacia las sociedades del conocimiento. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. 2005.

Sousa Santos B. (1998, 2000)^{14, 15} y Lucarelli E. (2000 y 2004)^{16, 17, 18} acuerdan que uno de los indicadores de las prácticas innovadoras consiste en la reorganización de la relación teoría/práctica, rompiendo con la clásica proposición de que la teoría precede la práctica, dicotomizando la visión de totalidad. El paradigma emergente propone reconocer diferentes fuentes de saber y la percepción integradora del ser humano y de la naturaleza. Según da Cundha MI (2008) ... "La reorganización de la relación teoría/práctica, probablemente, sea el indicador más presente en las prácticas pedagógicas que rompe con la lógica académica tradicional". En la tradicional la teoría siempre precede a la práctica y asume una condición de predominancia valorativa sobre aquella. La reorganización de esa relación asume que la realidad pone a prueba, en duda, aspectos de la teoría y es lo que le da sentido al conocimiento que se necesita producir. En esta perspectiva la práctica no significa la aplicación y confirmación de la teoría, pero es su fuente. La práctica presenta múltiples facetas por lo que requiere una intervención reflexionada de la teoría en una visión multidimensional.

De acuerdo a esta visión, en la dimensión didáctica la articulación entre momentos teóricos y momentos prácticos en la construcción del conocimiento y en la enseñanza se presenta como lo opuesto a la fragmentación y al aislamiento de los componentes de un todo, a la vez que afirma la búsqueda de significado en la comprensión de la relaciones entre esos componentes: etapas, sujetos, elementos técnicos.¹⁹

Cuando se habla de prácticas, se designa lo que se hace, lo que se produce. G. Ferry²⁰ propone una escala para analizar por grados como puede avanzarse en la teorización:

1er. nivel. Nivel de la práctica o del hacer: La producción de los trabajadores de este nivel, es empírica. Se realizarán gestos, conductas, etc., para producir y reproducirán los objetos. Se encuentran en el nivel de la práctica, del hacer.

2do. nivel. Se pregunta "¿Cómo hacer?": Se produce un discurso sobre este hacer. El discurso es empírico, pues consiste en recetas a aplicar que dan un buen resultado. Ha habido un distanciamiento del hacer concreto para hablar sobre este hacer. Se muestra un despegue de la práctica. Las técnicas son objeto de aprendizaje. En este segundo grado de la escala, se encuentra el nivel del conocimiento técnico.

3er. nivel. "¿Por qué hacer?": En este nivel se trata de contestar a la pregunta ¿qué hacer? y ¿para qué hacer?. Se puede llamar a este nivel, praxiológico. Es un nivel que se refiere a la praxis y ésta es la puesta en obra de diferentes operaciones en un contexto dado que es necesario analizar y en el que habrá que tomar decisiones referentes al plan de ejecución de lo que se hace. Ahora se trata de técnicas elaboradas que permiten un cierto juego en el conjunto de soluciones entre las que hay que elegir, se pregunta sobre

¹⁴ SOUSA SANTOS, B. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo, Cortez. 2000.

¹⁵ SOUSA SANTOS, B. De La mano de Alicia: lo social y lo político en la posmodernidad. Bogotá. Ediciones Uniandes. 1998.

¹⁶ LUCARELLI, E. El asesor pedagógico en la Universidad. De la teoría pedagógica a la práctica en la formación. Buenos Aires. Paidós. 2000.

¹⁷ LUCARELLI ELISA. Innovación en el aula: el eje de la articulación teoría y práctica en la Universidad. Didáctica de Nivel Superior. Universidad de Buenos Aires. 2004. p. 3-

¹⁸ LUCARELLI ELISA. Teoría y Práctica como innovación en docencia, investigación y actualización pedagógica. Cuadernos de investigación N° 10. Universidad de Buenos Aires. 2007.

¹⁹ LUCARELLI, E. Contexto y enseñanza: la vinculación de la teoría con la práctica en el aula universitaria. Ponencia Mesa 8. V Encuentro Nacional y II Latinoamericano. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación. Universidad de Buenos Aires. 2007.

²⁰ FERRY G. Pedagogía de la formación. Ediciones Novedades educativas. Facultad de Filosofía y letras. Universidad de Buenos Aires. 1997.

la significación de esta demanda, se la interpreta. En este momento el formador se sitúa en el plano praxiológico. En este nivel es cuando se comienza a hablar de teorización, de teoría; ya que se trata de pensar, reflexionar sobre los trayectos y desarrollos que se hayan recorrido anteriormente. Schön habla de prácticos-reflexivos, es decir el práctico que tiene esta capacidad de pensar, de reflexionar sobre su acción, en todos sus aspectos, y no sólo en los técnicos sino también en los ideológicos, sociales, psicológicos, todo lo que está en juego en la complejidad de una realidad dada.

4to. nivel. Nivel Científico: se establece en un plano distinto, un nivel del conocimiento para tratar de avanzar en él. Busca conocer y entender como funciona por ejemplo un sistema y como funcionan los actores de ese sistema. Cuando se pasa a este cuarto nivel, se está en una problemática de investigación, de búsqueda que conduce a explicaciones, se trata de hacer hipótesis, proponer explicaciones, interpretaciones que enriquecerán el conocimiento; se ha despegado de “el hacer”. En este nivel, hay un compromiso entre práctica y acción que G. Bachelard llama “la práctica de la teoría” porque es una práctica intelectual, es una práctica de actividades lógica, racional.

E. Lucarelli plantea que el problema de las innovaciones en el aula universitaria, tradicionalmente objeto de interés para las corrientes didácticas tecnicistas, ha sido resignificado en las últimas décadas por investigadores que indagan en la enseñanza desde perspectivas críticas. Cita, “...desde la perspectiva de una didáctica fundamentada y comprometida compartimos con Candau que “el modo en que el profesor trabaja la perspectiva crítica está orientado por su propia opción ético científico” y, consecuentemente “caminando en esta dirección la reflexión didáctica debe ser elaborada a partir del análisis de experiencias concretas, procurando trabajar continuamente la relación teoría-práctica”.²¹ Optar por este camino implica entender de una manera clara y comprometida la actividad de enseñar y por tanto la reflexión didáctica que se pueda generar a partir de esa práctica.

Es posible identificar varios componentes dentro de la articulación teoría-práctica (Lucarelli, 1994):

- a) formas de expresión de la relación teoría-práctica,
- b) vías principales de concreción de esa articulación en las representaciones de los actores y
- c) modalidades particulares en que se traslada en la práctica del aula universitaria esa visión de la innovación en la articulación teoría-práctica.

En general las representaciones aluden a la práctica en dos sentidos: como práctica profesional, y como estrategia metodológica en el desarrollo de toda situación de enseñanza y aprendizaje, la articulación de momentos teóricos y prácticos como parte de un proceso dialéctico²², esto es, como estrategias interdependientes en una misma acción de construcción del conocimiento generando la alternancia de espacios dedicados al tratamiento teórico de los temas, con otros donde el análisis de la realidad y la práctica sobre ella también generan reflexiones, indagaciones y planteos teóricos.

²¹ CANDAU VM. Rumo uma Nova Didática, Vozes, RJ, 1989, pp. 34-5. Traducción al español: C. Faranda.

²² CALVO G: La relación teoría y práctica como eje fundamental del cambio curricular en la Universidad Serie: espacio pedagógico. Tema: Educación Superior. Desarrollos teóricos y líneas de investigación actuales. Publicación trimestral de LAE (Laboratorio de Alternativas Educativas) Año IX – N° 37 Universidad Nacional de San Luis. Facultad de Ciencias Humanas-San Luis. Argentina.

Las modalidades particulares que desarrollan el eje teoría-práctica incluyen actividades como la ejercitación y la ejemplificación junto a otras de contenido más complejo, como la resolución de problemas y la producción, aprovechando el error como instancia facilitadora de la reelaboración.

Asimismo, la relación teoría-práctica influye en la reorganización del contenido disciplinar, a través de mayores grados de complejidad para la construcción del marco teórico, de más amplias y profundas articulaciones dentro de la asignatura, incluyendo la recuperación de aprendizajes previos y propiciando el desarrollo de aprendizajes significativos articulados con otros del Plan de estudios. Otros espacios en los que incide la articulación teoría-práctica son los relativos al rol docente propiciándose oportunidades para interrelaciones más dinámicas entre el equipo docente y para la elaboración de nuevos materiales didácticos apropiados.

La separación teoría-práctica se advierte en la gestión didáctico curricular de la clase, en el perfeccionamiento docente, en la información desvinculada de la práctica real, en la escisión en el tiempo siendo la práctica aplicación de lo trabajado teóricamente. Esquemáticamente se considera que la competencia práctica comienza donde termina el conocimiento teórico. No se considera la posibilidad de que la práctica alimente o genere nuevas reflexiones teóricas. La separación teoría-práctica responde a una determinada configuración sobre el conocimiento y el aprendizaje, caracterizada por:

- fragmentación, cultura mosaico,
- tecnicismo,
- conocimiento cerrado, sin espacio para la problematización,
- ausencia de consulta a fuentes, vacío de información genuina,
- falta de oportunidades para adquirir las competencias propias de la profesión,
- masificación,
- pérdida de significado de los aprendizajes en términos de: mercado de trabajo, socialización,
- praxis repetitiva que transfieren el modelo de pensamiento "muchas teorías y mucha lectura sin aplicación".

E. Lucarelli ²³ expresa que a partir de la **innovación** esta articulación entre teoría-práctica es interpretada como proceso dialéctico de construcción del conocimiento a través de la interacción de ambos elementos, que aunque difieren entre sí, se compenetran con interdependencia, sin implicar un orden secuencial. La superación de ambos momentos antinómicos se resuelve en la praxis que implica la transformación del objeto de estudio. Implica la reconsideración de lo adquirido en la experiencia vivida en función de un sistema de hipótesis, lo que permite explicar analíticamente ese contenido experiencial. Desde este encuadre relacional dinámico, se reformula la función de la teoría como sostén y soporte conceptual, referente para el aprendizaje de procedimientos. Se formula la praxis inventiva, en oposición a la praxis repetitiva. Supone la producción de algo nuevo en el que aprende, a través de la resolución intencional de un problema de índole práctica o teórica. En síntesis, la innovación es comprendida como:

- ruptura con un modelo estereotipado de enseñanza y aprendizaje.
- selección creadora, organización y utilización de recursos en una forma nueva y original que permita alcanzar objetivos definidos.

²³ PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Los espacios de formación en la práctica profesional en cátedras universitarias que innovan en la articulación teoría-práctica. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación (IICE) de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Equipo de investigación: Lucarelli, Donato, de Hevia, Nepomneschi, Zacaría, Faranda, Finkelstein, Calvo. En Brasil: Ml. da Cunha, D. Leite, I. Passos Veiga.

- ruptura del statu quo: conjunto de prácticas que abarcan: lo didáctico curricular, psicosocial y administrativo de la tarea pedagógica.
- con carácter histórico, situacional, en tanto se tiene en cuenta la importancia de la génesis y el desarrollo para la comprensión.
- cambio, modificación o alteración de una situación dada, con propósitos de mejorarla.

C) Participación activa del estudiante en su formación.

De las diferentes visiones que explican qué es el aprendizaje y cómo se aprende, se pueden identificar diferentes modelos educativos, con diversas orientaciones didácticas. Así pues en el modelo tradicional o de transmisión, centrado en el profesor, es el docente quien provee los conocimientos elaborados y el alumno, en forma pasiva los consume, sin asegurar la transmisión del saber.

“En un mundo en rápido cambio, se percibe la necesidad de una nueva visión y un nuevo modelo de enseñanza superior, que debería estar centrado en el estudiante, lo cual exige, en la mayoría de los países, reformas en profundidad (...).”(UNESCO, 1998). La educación superior tiene que adaptar sus estructuras y métodos de enseñanza a las nuevas necesidades. Se trata de pasar de un paradigma centrado en la enseñanza y la transmisión de conocimientos a otro centrado en el aprendizaje y el desarrollo de competencias transferibles a contextos diferentes en el tiempo y en el espacio” (UNESCO, 1998)²⁴. El modelo de enseñanza centrada en el alumno implica que el estudiante pasa de una función pasiva a una activa y que durante sus años de estudio se debe encontrar inmerso en un proceso que le permita la adquisición de habilidades relevantes de por vida, como la utilización del método científico, la búsqueda eficiente de buena información y el desarrollo de capacidades analíticas y de evaluación. Un papel muy importante en este proceso lo desempeña el profesor en su carácter de motivador y facilitador del aprendizaje.

McCombs²⁵ (2000) define la enseñanza centrada en el aprendiz como una perspectiva filosófica, empíricamente fundamentada, que en primer lugar se centra en conocer y comprender a cada aprendiz. Esta perspectiva empieza por comprender en profundidad cómo entiende su mundo el alumno y cómo afronta el proceso de aprendizaje dentro y fuera del aula. Esto permite que el estudiante se sienta apoyado y respetado por sus profesores y otros alumnos, así como vinculado a ellos.

Cada aprendiz es distinto y único, para que participe y se responsabilice de su propio aprendizaje se debe prestar atención a su singularidad. Algunas diferencias que hacen único su proceso de aprendizaje son: su estado emocional, su ritmo y estilo de aprendizaje, su fase de desarrollo, sus aptitudes, sus dotes, su sentimiento de eficacia y otros atributos y necesidades académicas y no académicas. Estas diferencias deben ser tomadas en cuenta para que todos los estudiantes tengan posibilidad de enfrentarse a los retos y oportunidades de aprendizaje y autodesarrollo necesarios.

En este modelo de enseñanza se toman en cuenta tres premisas o principios:

- El aprendizaje es un proceso constructivo que se produce cuando lo que se enseña es útil y significativo para el estudiante y cuando éste participa activamente en la adquisición de sus propios conocimientos, relacionando lo que está aprendiendo con conocimientos y experiencias anteriores.

²⁴ UNESCO. [Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI: Visión y acción](http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm). 1998. Disponible en: www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm

²⁵ McCOMBS, B, WHISLER, J. S. La clase y la escuela centradas en el aprendiz. 2000. España: Paidós. 12-13

- El aprendizaje se produce mejor en un entorno positivo; en el que se puedan establecer relaciones interpersonales con condiciones de comodidad y orden; un contexto en el que el alumno se sienta apreciado, reconocido, respetado y validado.
- El aprendizaje es fundamentalmente un proceso natural; los estudiantes son curiosos por naturaleza y, en un principio, se muestran interesados en conocer y dominar su mundo.

La corriente constructivista fundamenta el aprendizaje en la actividad proactiva del sujeto-estudiante, en un aprendizaje significativo, en la asimilación y la acomodación de nuevos conceptos, teorías, hipótesis y enunciados formales de los objetos de estudio (D. Schön, 1992)²⁶. Asimismo, Louis Not (1987)²⁷ planteaba “la autoestructuración” del conocimiento por lo cual el sujeto va construyendo y reconstruyendo representaciones del mundo real o segmentos de él a partir de sus estructuras mentales, del pensamiento complejo y de la interactividad que mantiene con el mundo. Este modelo pedagógico “interestructuralista” define que los factores determinantes de la adquisición de los conocimientos no están ni sólo en el sujeto, ni sólo en el objeto, ni vinculados a la preponderancia de éste o aquél, sino que son producto de la interacción sujeto - objeto” lo cual permite la comprensión del entorno, el control de las facetas de la realidad o la auto corrección de sus representaciones (relación dialógica docente-estudiante que permite el aprendizaje por construcción).

Para el constructivismo la enseñanza no es una simple transmisión de conocimientos, sino la organización de métodos de apoyo que permitan a los alumnos construir su propio saber. El aprendizaje supone una construcción que se realiza a través de un proceso mental que finaliza con la adquisición de un conocimiento siendo muy importantes para ello, los conocimientos adquiridos con anterioridad. En este proceso no es sólo relevante esta construcción, sino la posibilidad también de adquirir una nueva competencia que permita generalizar, y aplicar lo conocido a una situación nueva. Esta construcción se produce cuando el sujeto interactúa con el objeto del conocimiento (Piaget), en la interacción con otros (Vigotsky), y cuando es significativo para el sujeto (Ausubel). El alumno no es un mero receptor de conocimientos sino el responsable de su propio proceso de aprendizaje y el docente no es un simple transmisor sino un orientador que guía la actividad.

En esta línea, Philip W. Jackson (2002)²⁸ defiende el modelo “transformador” del conocimiento observándose un proceso donde el conocimiento es asimilado, transformado y adaptado de algún modo, ajustándolo el estudiante a su sistema habitual de pensamiento y acción. Reconoce además que, desde el punto pedagógico, los aspectos relacionales y contextuales de los hechos y las destrezas a menudo resultan ser tan significativos como ellos mismos. El docente analiza como está usando el conocimiento, como lo relaciona con lo que ya conoce, como lo traduce a su propio lenguaje y como lo aplica a nuevas situaciones. El antes y el después ya no coinciden como en el modelo reproductivo por ello el enfoque de la evaluación debe ser más exploratorio y abierto. La escuela constructivista define a la enseñanza como: “trabajo de sondeo y exploración, para descubrir lo oculto atrás de lo aparente, la complejidad desde la simpleza, la perspectiva teórica detrás de la defensa de una práctica”

David Perkins²⁹ expresa que “...escuelas inteligentes son las que introducen todo posible progreso en el campo de la enseñanza y el aprendizaje para que los estudiantes no sólo

²⁶ SCHÖN DONALD A. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Ediciones Paidós. 1ª edición, 1992.

²⁷ NOT LOUIS. Las pedagogías del conocimiento. Edit. Fondo de Cultura Económica, México. 1987. p. 13.

²⁸ JACKSON PHILIP W. Práctica de la enseñanza. Buenos Aires. 2002. Edit. Amorrortu.

²⁹ PERKINS D. La escuela Inteligente. Editorial Gedisa. 1995.

conozcan, sino que piensen a partir de lo que conocen...”. Enfatiza que el aprendizaje es una consecuencia del pensamiento orientado a un tipo de aprendizaje activo y reflexivo afirmando que hay una cantidad considerable de conocimientos y prácticas que no forman parte de los contenidos teóricos. Burbules³⁰ NC. analiza al diálogo como práctica, que supone un compromiso con el proceso mismo de intercambio comunicativo (relación comunicativa pedagógica-vínculo): debiéndose generar, en acuerdo con Pozo JI.³¹, “una atmósfera del aula, un clima de participación exploratorio y abierto”. Noemí Allidière ((2004)³² plantea que si bien “...la relación docente-alumno es asimétrica, el poder emanado del rol docente será ejercido según la particularidad del estilo psicológico del profesor y de las interrelaciones que el mismo establezca y también por su lado de los perfiles perceptivo-cognitivo-emocionales diferentes de los estudiantes”. Valoriza intensamente la instrumentación del “sentido del humor” en la enseñanza.

D) Enseñanza por problemas en instancias pertinentes, análisis y resolución de situaciones reales. Combinación equilibrada de dispositivos grupales y el autoaprendizaje

El aprendizaje de temas aislados no permite analizar situaciones, puesto que al resolver problemas se aplica un método analítico. Los problemas son el trampolín que permite aplicar lo estudiado en situaciones concretas. En el área de la salud el aprendizaje basado en problemas (ABP), usa problemas de salud como contexto que permite el análisis y búsqueda de información relevante. Esto enfrenta al estudiante con la realidad y le da la oportunidad de desarrollar destrezas que el sistema tradicional no promueve ni permite. La resolución de problemas es un estadio al que se accede en forma progresiva de acuerdo al avance del estudiante.

El ABP es fundamentalmente un método instruccional, caracterizado por el uso de problemas clínicos. El proceso se desarrolla de la siguiente manera: primero encontrar el problema, después tratar de resolverlo, identificando las posibles causas y las soluciones para las diversas alternativas. En este proceso de desarrollan destrezas de razonamiento y se identifican las necesidades de aprendizaje de una manera interactiva mediante estudio independiente, aplicando el nuevo conocimiento y sintetizando lo que se ha aprendido. Se concluye con una evaluación de los recursos de información que se utilizaron y analizando las mejores formas en que se aplican en el problema del paciente. Los problemas plantean nuevos temas que imponen nuevo aprendizaje en el que los alumnos se involucran activamente y reciben comentarios y asistencia por parte del docente. El rol de este último es el de facilitador del proceso: guía, prueba y apoya las iniciativas de los estudiantes, no “dar o dictar” clase ni proporcionarles soluciones como en el modelo tradicional. Branda y Venturelli (1997), distinguen el ABP de otros métodos como el estudio de casos. En el ABP el caso es presentado primero y el estudio completo se realiza en forma holística, es decir, desde las esferas biológica, psicológica y social. El esfuerzo de aprendizaje y la ampliación de la perspectiva de atención al paciente deben ser las bases fundamentales motivadoras del aprendizaje³³.

Ventajas - Favorece que el estudiante aprenda a aprender, en este aspecto, el docente juega un papel fundamental como facilitador y como apoyo en la actividad de los estudiantes. Integra un modelo de trabajo, lleva a los alumnos al aprendizaje de los

³⁰ BURBULES NC. El diálogo en la enseñanza. Teoría y Práctica. Buenos Aires: Amorrortu. 1999.

³¹ POZO JI. Aprendices y Maestros. Madrid. Alianza Editorial S.A.1996.

³² ALLIDIÈRE N. El vínculo profesor-alumno. Una lectura psicológica. 2004. Editorial Biblos. 2ª edición. 2008. Argentina.

³³ BRANDA L, VENTURELLI J. Enseñanza Médica: Aprendizaje basado en problemas. Chile, Universidad de la Frontera, 1997: 57-59.

contenidos de información de manera similar a la que utilizará en situaciones futuras y fomentando que lo aprendido se comprenda y no sólo se memorice. Las habilidades que se desarrollan son perdurables: al estimular habilidades de estudio autodirigido, los alumnos mejorarán su capacidad para estudiar e investigar, para afrontar cualquier obstáculo tanto de orden teórico como práctico a lo largo de su vida. El estudiante desarrolla las siguientes competencias: adquiere la posibilidad de solucionar problemas, adquiere competencias en el aprendizaje auto-dirigido, en el aprendizaje en grupos pequeños, desarrolla pensamiento crítico, integra diferentes aspectos del curriculum, identifica y explora áreas del conocimiento que se encuentran fuera del curriculum.

Dificultades - Requiere que se definan correctamente los problemas, buenas referencias bibliográficas, evaluación crítica de recursos, recursos de información adecuada, tutores calificados, requiere la capacitación de los docentes en la técnica y para coordinar a los grupos de alumnos, discriminar adecuadamente la información encontrada³⁴. Una de las barreras observadas en la práctica para su implementación es que requiere más tiempo, no es posible transferir información de manera rápida como en métodos convencionales, tiempo por parte de los alumnos para lograr los aprendizajes y tiempo por parte de los profesores para preparar los problemas y atender a los alumnos en asesorías y retroalimentación. El ABP no puede ser considerado como un método rápido y al menos ese no es uno de sus objetivos³⁵. La innovación educativa representada por el ABP implica un cambio que incluye la redefinición de valores y objetivos del programa académico, la modificación de roles del profesor y del estudiante, la transformación del proceso de enseñanza-aprendizaje incluso la cultura de la institución, no es un proceso menor, de simple adecuación o actualización de contenidos (ITESM)³⁶.

En el Cuadro 1 se describen algunas diferencias importantes en cuanto a los elementos propios del aprendizaje entre el método convencional y el ABP como técnica didáctica:

Elementos del aprendizaje	Aprendizaje convencional	ABP
Responsabilidad de generar el ambiente de aprendizaje y los materiales de enseñanza.	Es preparado y presentado por el profesor.	La situación de aprendizaje es presentada por el profesor y el material de aprendizaje es seleccionado y generado por los alumnos.
Secuencia en el orden de las Acciones para aprender.	Determinadas por el profesor.	Los alumnos participan activamente en la generación de esta secuencia.
Momento en el que se trabaja en los problemas y ejercicios.	Después de presentar el material de enseñanza.	Antes de presentar el material que se ha de aprender.
Responsabilidad de aprendizaje.	Asumida por el profesor.	Los alumnos asumen un papel activo en la responsabilidad de su aprendizaje.
Presencia del experto.	El profesor representa la imagen del experto.	El profesor es un tutor sin un papel directivo, es parte del grupo de aprendizaje.
Evaluación	Determinada y ejecutada por el profesor.	Papel activo del alumno en su evaluación y la del grupo

Cuadro 1 - Adaptado de: Kenley, Russell. Problem Based Learning: within a traditional teaching environment citado en ITESM en El Aprendizaje Basado en Problemas como técnica didáctica.

³⁴ MIRANDA T, MANDIOLA E, VELASCO C, LILLO R. Tradición e innovación en la Enseñanza Superior Universidad de Chile.

³⁵ GUTIÉRREZ, OA. Enfoques y modelos educativos centrados en el aprendizaje. Estado del arte y propuestas para su operativización en las instituciones de educación superior nacionales. Documento 3. México: UPN, 2003. Recuperado el 15 de marzo de 2009 de <http://www.lie.upn.mx/docs/docinteres/EnfoquesyModelosEducativos3.pdf>.

³⁶ ITESM El Aprendizaje Basado en Problemas como técnica didáctica. Recuperado el 16 de marzo de 2009 de <http://www.sistema.itesm.mx/va/dide/documentos/inf-doc/abp.pdf>

III.2.2 Análisis de caso

El método de análisis de caso es el modo de enseñanza en el que los alumnos aprenden sobre la base de experiencias y situaciones de la vida real. Esto permite al alumno construir su propio conocimiento en un contexto que los aproxima a su entorno. El docente selecciona un caso, hace un resumen del mismo con los datos más importantes y lo entrega a los estudiantes con suficiente anticipación para su estudio. En la fase de ejecución el profesor, a solicitud de los alumnos da la información que se requiera. Se solicita a los estudiantes que planteen las ideas fundamentadas que les sugiere el caso y discutirlos hasta lograr un diagnóstico presuntivo. Luego el docente da a conocer el diagnóstico de certeza. En el estudio de caso se logran objetivos del área cognoscitiva hasta el nivel de análisis, ya que partiendo de una información conocida se puede llegar a lo correcto³⁷. Este método se basa en la participación activa y en procesos colaborativos y democráticos de discusión de la situación reflejada en el caso. Un caso representa situaciones complejas de la vida real planteadas de forma narrativa, a partir de datos que resultan ser esenciales para el proceso de análisis.

Para Wassermann³⁸ un caso es un punto de partida en el estudio de un tema. Todo buen caso genera la necesidad de saber más. Coller X.³⁹ define un caso como “un objeto de estudio con unas fronteras más o menos claras que se analiza en su contexto y que se considera relevante bien sea para comprobar, ilustrar o construir una teoría o una parte de ella, bien sea por su valor intrínseco”. Constituyen una buena oportunidad para que los estudiantes pongan en práctica habilidades que son también requeridas en la vida real, por ejemplo: observación, escucha, diagnóstico, toma de decisiones y participación en procesos grupales orientados a la colaboración⁴⁰. Actualmente, este enfoque es muy utilizado en áreas del conocimiento tales como: la administración, los negocios, las leyes, la medicina y en el campo de la ética. En las disciplinas de la salud es de suma utilidad porque permite que el alumno fundamente los diagnósticos de caso y analice los aciertos y errores cometidos en él, lo cual es trascendental durante su práctica clínica⁴¹

Ventajas - Este método ofrece ventajas en los ámbitos intelectual y afectivo que la hacen importante, ya que no se trata simplemente de una forma de capacitación operativa sino que constituye un método de formación en profundidad que promueve el análisis sistemático, genera actitudes favorables y prepara a la toma de decisiones debidamente sustentada. El estudio de caso presenta ventajas desde el punto de vista de los aprendizajes:

- a. Permite al estudiante pensar y contrastar sus reflexiones y alternativas de solución.
- b. Contribuye al desarrollo de habilidades cognitivas: análisis, síntesis, evaluación, reflexión, integración, comunicación.
- c. Favorece el aprendizaje de conceptos y su transferencia.
- d. Genera disposición a escuchar comprensivamente.
- e. Desarrolla la creatividad y la capacidad de tomar decisiones
- f. Desarrolla destrezas en el razonamiento, evalúa críticamente la evidencia, analiza e interpreta rigurosamente la información, desarrolla capacidad de

³⁷ MERCADO R.; FIGUEROA, M G; ROMERO, E. Metodología didáctica. En: Educación médica. México: Auroch, 76, 1997.

³⁸ WASSERMANN S. El estudio de casos como método de enseñanza. Buenos Aires: Amorrortu. 1999.

³⁹ COLLER X. Estudio de casos. Cuadernos metodológicos, N° 30. Centro de Investigaciones sociológicas (CIS) Madrid. 2000.

⁴⁰ ASOPA, B; BEYE, G. Appendix 2: The case method. Recuperado el 29 de septiembre de 2008 de <http://www.fao.org/docrep/W7500E/w7500e0b.htm#TopOfPage>.

⁴¹ TUNING A. LATINA. Reflexiones y perspectivas de la educación superior. Informe final del Proyecto Tuning América Latina. Recuperado el 29 de septiembre de 2008 de <http://tuning.unideusto.org/tuningal/>.

observación, adquiere destrezas específicas relativas a la epidemiología y la bioestadística

Dificultades: Puede presentar alguna dificultad la utilización y selección efectiva de los recursos apropiados para el estudio de casos. En algunos contextos se considera que este método es complejo y que solo puede ser utilizado por expertos. Exige una buena preparación por parte del profesor⁴²,

III.2.3 Grupos pequeños

La enseñanza en pequeños grupos incluye una variedad diferentes de clases que ofrece una oportunidad formalizada de aprendizaje en colaboración, donde el diálogo juega un papel importante. Aprendizaje grupal significa ubicar al docente y al estudiante como seres sociales, buscar el abordaje y la transformación del conocimiento desde una perspectiva de grupo, valorar la importancia de aprender a interactuar en grupo y a vincularse con otros. La interacción y el grupo son fuente de experiencias para el sujeto que permiten su aprendizaje.

Dentro de esta conceptualización de aprendizaje el profesor se convierte en coordinador/orientador del proceso de aprendizaje, su papel consiste en orientar hacia la búsqueda de la información, facilitar su adquisición y despertar el interés para ampliarla y confrontarla. El sujeto de aprendizaje necesita saber qué aprende, sentirse productivo y aportar él mismo de su experiencia. No es suficiente tener la información, sino que es necesario poder utilizarla⁴³.

El aprendizaje grupal se propicia de manera efectiva cuando estudiantes y profesor se integran para llevar a cabo juntos la experiencia de aprender. Sin negar que la enseñanza deba individualizarse en el sentido de permitir al alumno trabajar con independencia y a su propio ritmo, también es importante promover la colaboración y el trabajo grupal. Se ha comprobado que los estudiantes aprenden más, les agrada más la escuela, establecen mejores relaciones con los demás, aumenta su autoestima y aprenden valores y habilidades sociales más efectivas cuando trabajan en grupos cooperativos⁴⁴. En relación con los propósitos de aprendizaje se deben delinear objetivos de dos tipos: académicos, referentes al contenido curricular y de desarrollo de habilidades de colaboración, definiendo que tipo de habilidades se desea enfatizar. En cuanto a número de integrantes, Booth (1996), citado por Exley K. y Dennick R.⁴⁵, define entre 5 y 8 aceptando la media de 6 integrantes como un grupo recomendable, argumentando que una integración menor de cinco disminuye la diversidad y variedad de las interacciones entre sus integrantes. Miranda y col. recomiendan seis integrantes como máximo, dependiendo de la naturaleza de la tarea, los materiales y el tiempo disponible⁴⁶.

Ventajas - Las actividades grupales cumplen una función pedagógica esencial en la perspectiva de las estrategias centradas en el aprendizaje. Representan una forma de articular la teoría y la práctica, ya que siendo un espacio de debate y profundización de puntos de vista, constituyen un mecanismo para motivar hacia la aplicación práctica de los problemas teóricos. Asimismo, brindan un espacio para realizar tareas en equipo que pueden ser comparables a las que se realizarán en contextos de práctica profesional, por

⁴² (Op. Cit.) GUTIÉRREZ O Á. (2003). Enfoques y modelos educativos centrados en el aprendizaje. Estado del arte y propuestas para su operativización en las instituciones de educación superior nacionales. Documento 3. Recuperado el 15 de marzo de 2009 de <http://www.lie.upn.mx/docs/docinteres/EnfoquesyModelosEducativos3.pdf>

⁴³ CHEHAYBAR, E. Técnicas para el aprendizaje grupal. México: UNAM/Plaza y Valdez. 2002: 14-18.

⁴⁴18 DÍAZ-BARRIGA, F. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo, una interpretación constructivista. México: McGraw Hill. 2002: 101, 117-118.

⁴⁵ EXLEY K, DENNICK R. Enseñanza en pequeños grupos en Educación Superior. Nancea SA de Ediciones. España. 2007.

⁴⁶ MIRANDA T, MANDIOLA E, VELASCO C, LILLO R. Tradición e innovación en la enseñanza superior. Universidad de Chile. 2000.

lo que representa una modalidad de simulación de lo que el egresado encontrará, una vez concluidos sus estudios.

Las actividades en grupo permiten la participación activa de todos los presentes, contacto cara a cara para la discusión efectiva, motiva a la cooperación y colaboración, al estímulo de los miembros del grupo y se pueden desarrollar destrezas con relaciones interpersonales. El estudiante aprende a escuchar, recibir críticas y a su vez entrega críticas constructivas. Los recursos obtenidos por los miembros del grupo son más efectivos que los individuales y genera instancias de autoevaluación de los estudiantes informalmente al comparar sus progresos educacionales con los de sus compañeros.

También permiten al estudiante:

- a. Participar, con base en sus intereses, en actividades de conceptualización y comunicación.
- b. Expresar y comparar puntos de vista diferentes.
- c. Acceder a información adicional y casuística de mayor relevancia que la que se obtiene a partir de la exposición.
- d. Encontrar elementos adicionales de motivación externa e interna.
- e. Asumir actitudes de disciplina personal dentro de un grupo, aprendiendo a hacer aportaciones, a moderar su comportamiento, a expresar puntos de vista, todo ello en función de la utilidad que puede representar para el grupo.
- f. Autoanalizarse en cuanto a los mecanismos que se desencadenan en el grupo y en cuanto a la imagen que proyecta en los demás.

Dificultades - El papel del docente, en esta modalidad, es el de un coordinador del trabajo grupal, y sus responsabilidades implican en primer lugar, un conocimiento mínimo de los estudiantes, de sus expectativas y del tipo de relaciones que mantienen con sus compañeros. Es posible que el coordinador deba enfrentar ciertos conflictos, para lo cual deberá mantener una posición de objetividad analítica frente a los ellos y frente al grupo, por lo que es indispensable la preparación exhaustiva de los tutores o facilitadores. También se requiere claridad en la tarea, los estudiantes deben previamente leer los temas o tópicos que se discutirán, el conocimiento previo de los temas a desarrollar les permite focalizar en mejor forma las preguntas o dudas específicas de los participantes.

F) Sistema de evaluación y promoción estudiantil - El modelo de evaluación continua y sumativa se fundamenta desde el punto de vista social, científico e institucional, en tanto propicia la formación de un individuo con capacidad creativa que le permita una interacción permanente entre el ser, saber, hacer y su capacidad para adaptarse al entorno que le rodea. Pretende el replanteamiento de las prácticas evaluativas en aras de promover el desarrollo personal, social y cultural del estudiante generando actitudes de creatividad, imaginación y curiosidad ante el conocimiento.

El modelo teórico se sustenta entre otros de las investigaciones realizadas por Camilloni, M., Celman, T y Litwin, E (1998), como también, los estudios realizados por Díaz y Hernández (1999), Garzón y Vivas (1999) y Sánchez (2000).^{47,48,49,50,51,52,53}

La evaluación formadora y transformadora tiene como propósito que el estudiante adquiera las herramientas para su propia formación mediante la información que la evaluación le ofrece, pues el énfasis no está puesto en la acción punitiva sino en el diagnóstico, en el descubrimiento de los factores que dificultan un aprendizaje.

Así, profesores y estudiantes, situados en una tarea común y compartida, pasan a establecer una relación que es mucho más cercana a la cotidianidad de la vida. Para ello es necesario que los participantes reflexionen sobre su disposición y participación en el proceso de aprendizaje y de evaluación; lo aprendido y por aprender, ya sea individualmente o con sus compañeros; la participación activa en la revisión y análisis de los resultados del aprendizaje, y las acciones a tomar para corregir y superar las dificultades, proponiéndose en la evaluación ejercicios que consideren hasta qué punto se desea que lleguen y qué es aquello que se desea valorar de sus aprendizajes, por cuanto el significado más valioso es aquel que se relaciona con una amplia gama de contextos posibles. Lo anteriormente señalado adquiere sentido y relevancia en la medida en que se centre la atención en la condición humana del individuo, elemento rector en el proceso educativo para lograr el desarrollo social.

La evaluación continua en el campo pedagógico. Origen histórico - Desde un punto de vista histórico interesa señalar, en primer lugar, que los enfoques de evaluación sufrieron una importante evolución durante la segunda mitad del siglo XX. Hasta la década del 50 (bajo la influencia del positivismo y el neo-conductismo) la evaluación se entendió como sinónimo de medición, cumpliendo esencialmente funciones de control. Evaluar era sinónimo de examinar y el examen concernía de forma casi exclusiva al rendimiento académico del estudiante. Posteriormente, y a impulso de las profundas transformaciones ocurridas en los sistemas educativos (ampliación de la cobertura y diversificación) y el propio desarrollo de la teoría pedagógica, se avanza hacia una visión comprensiva, debiendo cumplir la evaluación una función a la vez formativa. Ello supuso, entre otras consecuencias, integrar los procesos evaluativos a los procesos de enseñanza y de aprendizaje. Se cita a Scriven M. (1967)⁵⁴ como quien acuña la distinción entre los conceptos de evaluación sumativa y formativa, revolucionando las concepciones vigentes. Propone "... que aquellas formas de evaluación que contribuyen al perfeccionamiento de un programa en desarrollo debe considerarse como evaluación formativa, mientras que aquellas formas de evaluación orientadas a comprobar la eficacia

⁴⁷ GIMENO SACRISTÁN, J. Teoría de la enseñanza y desarrollo del curriculum. Anaya, Madrid. 1981.

⁴⁸ CAMILLONI, M. Calidad de los programas de evaluación y de los instrumentos que la integran. La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo. Buenos Aires: Paidós. 1998

⁴⁹ CELMAN, T. Transformación de la evaluación en una herramienta del conocimiento. La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo. Buenos Aires: Paidós. 1998.

⁵⁰ LITWIN E. La Evaluación desde la perspectiva didáctica. La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo. Buenos Aires: Paidós. 1998.

⁵¹ DÍAZ F. HERNÁNDEZ G. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. México: McGraw-Hill. 1999

⁵² GARZÓN C. VIVAS M. Una didáctica constructivista en el aula universitaria. Revista Educere, año 3, No. 5. Mérida: Facultad de Humanidades, Universidad de Los Andes. 1999.

⁵³ SÁNCHEZ J. La evaluación cualitativa: fundamentos metodológicos. Caracas: AELAC. 2000.

⁵⁴ SCRIVEN, M. The methodology of evaluation. Perspectives of curriculum evaluation. Rand McNally. Chicago. 1967.

de los resultados de un programa deben considerarse evaluación sumativa” (Pérez Gómez, 1985).⁵⁵ Así, y en contraposición al modelo de evaluación centrado en el producto, surge un modelo centrado en el proceso al que se denominará genéricamente evaluación continua, que se integra naturalmente al proceso de enseñanza y supone poner el acento en las funciones pedagógicas de la evaluación.

En el campo de la Salud, particularmente, es en estas décadas que se consolida el principio de una evaluación de la práctica pre profesional con fuerte componente formativo y autoevaluativo, constituyéndose en un componente esencial de la calidad educativa. Se considera importante destacar la “especificidad que la formación práctica asume en el campo de la Salud Humana”. La atención médica, odontológica, de enfermería y psicológica en situación de enseñanza clínica, tanto individual, colectivizada como comunitaria, se encuentra configurada por un compromiso ético esencial que condiciona la búsqueda de estrategias educativas no masificadas. Los servicios universitarios del Área Salud, por lo tanto, deben garantizar condiciones de enseñanza idóneas para un adecuado desarrollo de la formación práctica pre profesional.” (Informe 2003 -Unidad de Supervisión y Transformación Curricular (UNSTRAC) Facultad de Odontología)⁵⁶.

Basándose en las concepciones precedentes, se acepta que la finalidad de la evaluación continua es esencialmente formativa, conformando una herramienta para los docente, permitiéndoles adquirir conciencia de la marcha de los estudiantes y de la enseñanza durante el propio proceso y a su vez para los estudiantes estimulándolos a reflexionar acerca de su propio desempeño y eventualmente poder así ajustar su actuación. Supone por tanto la comunicación y el intercambio de valoraciones entre docentes y estudiantes, pudiéndose incluso poner en juego formas de autoevaluación.

Para que la evaluación continua se desarrolle de una forma adecuada, debe integrarse naturalmente al proceso educativo, por lo que desde el punto de vista de los procedimientos de evaluación, estos deben ser fundamentalmente informales: observación, seguimiento de las actividades diarias, valoración de los diversos productos de aprendizaje y no dispositivos de control o medición permanentes. Ello implica a su vez una variedad de condiciones, que de no darse pueden desvirtuar o incluso impedir la aplicación de este tipo de evaluación:

- Relación docente/estudiante adecuada por grupo, variable según aptitudes, formación y experiencia del docente.
- Tiempo prolongado de interacción docente-estudiante.
- Disponibilidad de tiempos para intercambio de valoraciones.
- La incorporación de metodologías pedagógicas educativas tendientes a la enseñanza activa, el permanente diálogo con los estudiante, personalización de la enseñanza y transformación del rol docente quien se incorpora como guía en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes.
- Clima educativo descargado de control permanente.

En este marco, el Reglamento del Plan de Estudios 2001⁵⁷ regula un régimen de

⁵⁵ PÉREZ GÓMEZ, A. En GIMENO S J. y PÉREZ GÓMEZ A. La enseñanza: su teoría y su práctica, 1992, p. 436.

⁵⁶ “...En oportunidades anteriores hemos destacado la “especificidad que la formación práctica asume en el campo de la Salud Humana. La atención médica, odontológica, de enfermería y psicológica en situación de enseñanza clínica, tanto individual, colectivizada como comunitaria, se encuentra configurada por un compromiso ético esencial que condiciona la búsqueda de estrategias educativas no masificadas. Los servicios universitarios del Área Salud, por lo tanto, deben garantizar condiciones de enseñanza idóneas para un adecuado desarrollo de la formación práctica pre-profesional.” (Informe sobre estimación del efecto salud en los costos de la enseñanza, UNSTRAC, 2003).

⁵⁷ REGLAMENTO DEL PLAN DE ESTUDIOS 2001. Disponible en: www.odon.edu.uy

evaluación del aprendizaje que se desarrollará a través de las modalidades, continua y sumativa conjuntamente, definiendo estos conceptos del siguiente modo:

Evaluación continua

Esta modalidad de evaluación tiene como propósito orientar, retroalimentar de forma permanente el proceso educativo, brindando información acerca de los aprendizajes realizados por cada estudiante y el grupo-clase, así como los logros y dificultades de la acción de enseñanza.

Desde el punto de vista del estudiante, implica la posibilidad de conocer, a partir de las valoraciones continuas que le aporta el docente, el grado de avance de sus aprendizajes así como de su actuación de aula; resultando de este modo una evaluación esencialmente formativa.

Desde el punto de vista del docente, implica la observación y el análisis de la situación educativa, el intercambio fluido con el estudiante y la regulación continuada del proceso de enseñanza.

De este modo, la evaluación continua no supone solo la calificación de los aprendizajes, Como lo plantea la reglamentación aprobada, debe sintetizar las valoraciones de la evaluación continua en un concepto cualitativo de la actuación del estudiante en el curso, que expresado en forma numérica incidirá en el resultado de la evaluación sumativa. (Disposiciones reglamentarias, Cap. de Introducción, p.).

Evaluación sumativa

Este tipo de evaluación tiene como propósito la verificación, en un momento dado, de los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos en un proceso educativo.

Desde el punto de vista del estudiante, debe suponer la posibilidad de realizar una síntesis e integración del conocimiento adquirido durante un determinado lapso de tiempo.

Desde el punto de vista del docente y de la institución, debe definir la toma de decisión con respecto a la certificación del estudiante, la cual se expresa en forma de calificación y es el resultado del total de las evaluaciones realizadas.” (Disposiciones reglamentarias, Cap. de Introducción, p.1)

Asimismo, la Facultad de Odontología incorporó en los cambios curriculares de los años noventa elementos de un régimen de “promoción sin examen final”, que se define por su diferenciación respecto del empleo de un examen final como criterio único de acreditación (Camilloni, 1998), modalidad tradicional en la Universidad. El empleo del régimen de evaluación por examen final como único criterio, se reconoce hoy inconveniente en el campo pedagógico ya que describe la actuación del estudiante en una situación de breve duración. Las hipótesis acerca de las ejecuciones futuras del estudiante dependen en este caso de su rendimiento en un período de duración muy limitado y están viciadas por la emergencia de factores circunstanciales. Por ello requiere de un alto grado de validez de contenido y de validez predictiva.

De este modo, y siguiendo los enfoques actuales de la educación odontológica, la Facultad procuró implementar un régimen de promoción que incorpora las ventajas de la modalidad de evaluación continua, idónea para valorar la actuación del estudiante -tanto en sus componentes cognitivos y procedimentales como éticos, fundamentalmente en los espacios de práctica-, a la cual se incorpora una prueba final de síntesis que, de forma ponderada, se integra a la acreditación. Esta modalidad evaluativa está basada en el análisis, interpretación y apreciación de los registros sistemáticos de las observaciones efectuadas por el docente respecto de las conductas, los procesos y las producciones realizadas por los estudiantes en situaciones no puntuales de evaluación. y tiene un peso decisivo tanto en la aprobación de los cursos clínicos y teórico-prácticos como en la acreditación de las *Unidades de Aprendizaje* que constituyen las unidades básicas del currículo, asimilables a las denominadas “materias” de los modelos tradicionales asignaturistas. (Cap. Estructura curricular y Estrategias de desarrollo, p.16).

Con este marco, por tanto, se plantea una clara diferenciación entre un mecanismo tradicional de promoción por “examen final” y un mecanismo de promoción en el que tiene una fuerte influencia la actividad continua del estudiante en trayectorias curriculares (cursos) con una alta carga de presencialidad. El modelo de evaluación continua y



sumativa se fundamenta desde el punto de vista social, científico e institucional, en tanto propicia la formación de un individuo con capacidad creativa que le permita una interacción permanente entre el ser, saber, hacer y su capacidad para adaptarse al entorno que le rodea. Pretende el replanteamiento de las prácticas evaluativas en aras de promover el desarrollo personal, social y cultural del estudiante generando actitudes de creatividad, imaginación y curiosidad ante el conocimiento.

“Se considera la evaluación de los aprendizajes como un espacio curricular cuya dinámica debe conjugar la orientación de los procesos y la acreditación de los productos esperados, entre los que se incluye el propio proceso de aprender.” (Plan de estudios 2001.p.13)

II.3 Dimensión política. Incorporación de la práctica clínica integrada, colectiva y comunitaria como Política Educativa. Facultad de Odontología. Udelar.

El proceso que ha llevado a la transformación curricular en la Facultad de Odontología de la Udelar cumple con la generación de una nueva Política Educativa. La política tiene que ver constitutivamente con *el tener parte*, con la participación en lo que es común. Debe fortalecerse un espacio público, un espacio de diálogo, en que pueda tramarse una red de relaciones, con muchas voces y muchas perspectivas. Este espacio debe ser de discusión pero también de intervención. Para cumplir con tal propósito se enfatiza, en primer lugar, la significación de la participación en la construcción, gestión y evaluación de las políticas educativas. Asimismo, la oportunidad de participar en el proceso de toma de decisiones supone como contrapartida la responsabilidad y el compromiso social de los actores.

En el marco de una nueva Política de Formación estudiantil de los Planes de estudios 93 y 2001, de la carrera de Doctor en Odontología, en el presente trabajo se pondrá especial atención al análisis particular del componente social como eje central de la misma y su influencia en la práctica clínica, considerando para tal fin los siguientes componentes de su ciclo: proceso de génesis, construcción, implementación y evaluación.

Analizando la categorización de políticas de reformas educativas en América Latina en la década de los 90, identificadas por M. Grajaldo (1999)⁵⁸, la presente política, se enmarcaría fundamentalmente en el área de “Equidad y Calidad” ya que incluye: una transformación curricular con componentes claros de innovación pedagógica.

El origen de la nueva Política de formación de la Facultad de Odontología integrada a los Planes de estudios 93 y 2001, se sitúa a partir del año 1985, en lo que constituyó un proceso institucional, altamente participativo, de revisión, análisis y acuerdos que culminó inicialmente con la propuesta del Plan de Estudios 93, enfatizando dos ejes fundamentales: un modelo de atención a la salud con fuerte componente social y un modelo curricular con las importantes innovaciones de enseñanza activa y evaluación continua. Como ya se ha mencionado la implementación del Plan de estudios 93 llevó a la necesidad de una serie de ajustes, adecuaciones y reasignaciones que dieron paso a una propuesta más madura, con mayor grado de coherencia, que representa el actual Plan de Estudios 2001 aprobado por el Claustro de Facultad el 27 de marzo del 2001.y por el Consejo en sesión del 29 de marzo del 2001.

⁵⁸ GRAJALDO, M. Reformas Educativas en América Latina: Balance de una década. Preal. Chile. 1999.

La Asamblea General del Claustro de la Facultad de Odontología, órgano asesor de relevancia fundamental en el gobierno universitario, aprueba el Plan de estudios 93 en su sesión del 19 de diciembre de 1992 bajo la presidencia del Prof. Dr. Rudemar Blanco, siendo el decano, Prof. Dr. Sergio Di Píramo, el promotor del mismo.

Se transcriben a continuación fragmentos representativos de las actas de la mencionada sesión, considerando ese momento clave para la *instalación permanente* en la agenda de la Facultad de Odontología de la temática del Plan de Estudios como política educativa que se iniciara en 1992.

DR. PABLO PEBÉ (Orden Docente)

“El Plan de Estudios constituye un nuevo marco, una nueva propuesta educativa, en la cual se han afirmado, algunos de los principales valores de lo que ha sido la enseñanza universitaria en la Facultad de Odontología, incorporando nuevos valores producto del devenir de los años durante los cuales se ha venido aplicando el Plan de estudios 1966” (p. 5).

Comentario: Presenta el Plan como un nuevo marco, *...“un instrumento que puede permitir la formación de nuevas generaciones de odontólogos, caracterizados por atributos que permitan incidir positivamente en la sociedad...”* (p. 5) Esta definición incorpora la noción de política educativa que el plan de estudios posee, con fuerte inserción social, resaltándola como característica del Plan 1993. La generación de tal política constituye una respuesta a la formación histórica que el profesional Odontólogo ha tenido, fundamentalmente de carácter científico-técnico, de muy buen nivel, pero orientada principalmente a los aspectos curativos y con criterio biologicista.

Los docentes, menciona Pebé, se han comprometido años antes de la elaboración del documento, en las líneas del cambio curricular, sintiendo necesidad de hacer un llamado al compromiso social.

Comentario: Incorpora la noción de política como marco de acción y como instrumento enfatizando la fuerte inserción social. Menciona la intervención del orden docente como actores activos y comprometidos en la generación de la política educativa

A partir de este testimonio se podría deducir que los actores que jugaron un rol protagónico particular introduciendo la necesidad de un cambio de política educativa que se traduce en el Plan de Estudios 93 fue el orden docente.

DR. JUAN ARRUTI (Orden Egresados)

Menciona de acuerdo a su consideración los cambios fundamentales del Plan de estudios: la división de los conocimientos por áreas, con integración de las cátedras y la actividad del estudiante en el área extramural.

Destaca la importante y ardua participación del Claustro en la evaluación del documento curricular y felicita la acción de la Comisión de Plan de estudios y la acción del presidente del Claustro, Dr. Rudemar Blanco en su ejecutividad.

Comentario: Se resalta nuevamente la integración de acciones a nivel comunitario (entendiendo por ello a la sociedad y a los actores universitarios, especialmente la labor estudiantil en el área extramural). Toma el tema de los actores que se han involucrado en la elaboración de la política y resalta: el Claustro y la Comisión de Plan de estudios del mismo órgano de gobierno.

BR. JOAQUÍN DOLDÁN (Orden Estudiantil)

Señala el hecho que *a pesar de su “participación limitada” el orden aprueba el proyecto de Plan de estudios. Agrega que “...este Plan de estudios tiende a capacitar un poco más a nuestros futuros compañeros, dándoles la posibilidad que ellos mismos vayan controlando la ejecutabilidad”.*

Comentario: Se hace notoria la escasa participación estudiantil en la generación de la política, en la propuesta de “cambio de plan de estudios dentro de la agenda” lo que no niega que lo hayan hecho en la elaboración propiamente dicha como integrantes del cogobierno. Establece el criterio de evaluación de la política sin establecer los mecanismos para su implementación.

DR. RUDEMAR BLANCO (Presidente del Claustro de la FO)

Establece en cierta medida una noción de tiempo relatando que se ha culminado un proceso comenzado hace muchos años. *Agrega que “...los estudiantes, así como también los docentes y los egresados, siempre han asegurado el quórum para funcionar, jugando un papel primordial en este proceso, no solamente por su presencia, sino por el cuestionamiento de algunos aspectos que a lo largo de todo este proceso se han ido dando, cuestionamientos y contribución al enriquecimiento del Plan”.*

Menciona el papel del Claustro de la Facultad como facilitador y enriquecedor para el alcance de los objetivos propuestos: se refiere al “Plan de los Órdenes”, destacando la participación de todos ellos en la elaboración del mismo.

Agrega: “...no es para veintiséis años, como lo fue el del año 1966, sino que deberá ser permanentemente revisado, supervisado, controlado, evaluado y retroalimentado para su transformación. También aporta que este plan requerirá de “...recursos materiales y financieros, que serán fundamentales para su implementación adecuada, un docente por Área, con extensión horaria y/o dedicación compensada, trabajando con un pedagogo, con un delegado estudiantil, con un delegado del orden docente y otro del orden egresado a los efectos de conducir la implementación del plan. Dado que el plan requiere otra forma de financiamiento, básicamente en el área docente, habrá de requerirse transformaciones en el área administrativa. Menciona los nombres de los integrantes de la Comisión de Plan de Estudios: Pablo Pebé, Liliana Queijo, Marina Angulo, Clemente Estable y Graciela Duarte. Agrega la colaboración del Dr. Carlos Gargaglioni como representante del Decanato, a los miembros del Consejo de la Facultad y al Sr. Rector de la Universidad de la República Ing. Jorge Brovetto.

El proyecto resulta aprobado por unanimidad, así como los puntos agregados y corregidos.

Comentario: Menciona los distintos actores que intervinieron en la elaboración de la política de una manera más detallada e incorpora de una forma más analítica la necesidad del seguimiento y evaluación de su implementación, así como la transformación administrativa que debe acompañarla. Resalta la importancia de la interdisciplina e introduce el tema del financiamiento.

DR. SERGIO DIPÍRAMO (Decano de la Facultad de Odontología)

La etapa de elaboración del Plan de estudios es producto de un largo proceso que comenzó con la reinstauración de la democracia, siendo su necesidad “... la formación de un profesional científicamente mejor preparado, interesado fundamentalmente en preservar y mejorar la salud bucal de la población”.

En oportunidad de la asunción al decanato del Dr. Di Píramo (setiembre de 1991) se expresó: “... el Plan de estudios actual, aprobado en 1966 bajo el decanato del Dr. Pita, fue bueno, pero ya han pasado veinticinco años y es necesario adecuarlo a la época”; “... era lo que pensábamos la mayor parte de docentes y estudiantes de esta casa de estudios!. “Es así que se propone al Claustro de la facultad que estudie y elabore una propuesta de un nuevo Plan de estudios. Con la organización y directrices de su presidente, el Dr. Rudemar Blanco, se inicia un proceso de estudio general en sucesivas etapas a lo largo de este año que culmina”.

Comentario: Se certifica que el proyecto comenzó su elaboración y se pone en la agenda del Claustro de Facultad, por iniciativa del decano entrante, Dr. Di Píramo en 1992, respondiendo al sentir del cuerpo docente y estudiantil de esa casa de estudios. La

comisión del Plan de estudios de la Facultad, es quien elabora la propuesta del documento definitivo.

ING. QUIM. JORGE BROVETTO (Rector de la Universidad de la República)

En su intervención resalta la importancia de que *el Plan de estudios no sea rígido sino un marco para ser continuamente revisado, que "...están marcadas las coordenadas..."*. Destaca como objetivos: *la flexibilidad, continua supervisión y la excelencia equilibrada con su pertinencia*.

Agrega que el origen del proyecto fue producto de la elaboración de una serie de docente e investigadores del área salud....cuyo contenido no sería el mismo si no hubieran intervenido los tres órdenes.

Culmina refiriéndose al marco financiero enunciando que "...los sectores de los sindicatos deberán entender lo que representa esta nueva visión de la odontología que, a mi juicio, debería ser de toda el área salud. Los propios sectores empresariales deberían tener conocimiento de esto y la Facultad tendría que buscar instancias de diálogo y hacer comprender su propuesta, consiguiendo aliados para la forma de lucha que ahora podemos realizar para que esto sea financiado".

Comentario: Destaca algunos criterios innovadores de la política y nuevamente se resalta el carácter participativo de los tres órdenes en la propuesta. Introduce el tema de la financiación aconsejando una difusión de la nueva visión de la Odontología que se está planteando a todos los sectores de la sociedad. Particulariza la necesidad del financiamiento aduciendo a la posibilidad de obtención de recursos extra presupuestales⁵⁹.

A partir de lo expresado se puede deducir el aparente **consenso** a la hora de aprobar la nueva política educativa producto del profundo debate que existió desde el colectivo universitario desde el inicio de su análisis, tal como el documento citado hace referencia.

De los aportes realizados por las máximas autoridades universitarias (Decano de la Facultad de Odontología y del Rector de la Universidad de la República) se hace oportuno realizar la siguiente consideración:

- la época de desarrollo y aprobación del Plan de estudios 93 se corresponde a principios de la década del 90, con un momento histórico de profundas transformaciones políticas en la esfera de lo educativo a nivel de América Latina. Debido al surgimiento y/o transformación de las políticas educativas, impulsadas desde los gobiernos nacionales hacia los sistemas universitarios, surge un nuevo escenario caracterizado entre otras variables por los siguientes marcos de acción, mencionados por N. Bentancur: "...la creación de organismos estatales que coordinan los sistemas, generalmente en la órbita de los Ministerios de Educación y con competencias de evaluación, acreditación y financiamiento; la descentralización y desregulación de las universidades públicas; la sofisticación y diversificación de las modalidades de financiamientos público; la imposición o creación de incentivos para que las universidades capturen recursos privados; la evaluación estatal de las instituciones públicas de educación superior; la puesta en práctica de distintas modalidades de incentivos salariales para los académicos; y el aliento a la expansión del sector universitario privado." (Bentancur: 2005:1).

De esta manera el autor agrega los hechos que justifican los cambios en las políticas. Dentro de ellos y elocuentemente relacionado con el aporte del Ing. Brovetto se destacan los siguientes *issues*: "...la reversión de la tendencia expansiva del presupuesto

⁵⁹ BENTANCUR N. Gobiernos, Banco Mundial y Universidades. El legado de una década de políticas universitarias en América Latina: Pensamiento Universitario N° 11. Buenos Aires y en 80/20 Revista en Ciencias Empresariales y Ambientales. Año 2. N° 2. Buenos Aires 2005.

universitario, la mayor incidencia de fondos estatales condicionados o asignados mediante fórmulas en el financiamiento global, el incremento de recursos extrapresupuestales derivados de la venta de servicios a empresas. (Bentancur: 2005:2). Según el autor estos hechos se encuentran en relación con los “consejos” aportados por el Banco Mundial integrados a su nuevo paradigma gerencialista jugando un rol protagónico en el financiamiento de la educación superior y de las políticas públicas educativas dada su capacidad financiera para apoyar las medidas que recomienda. En otro trabajo en referencia a “Políticas de financiamiento universitario en América Latina” Bentancur destaca “...el enfoque analítico del organismo [Banco Mundial] es económico, pero su proyección es esencialmente política”.⁶⁰

A partir del año 94 comienza la implementación de la política llevando un prolongado proceso de adecuación y ajustes con su puesta en práctica, enriqueciéndose de aportes de docentes y estudiantes que en diversos ámbitos pudieron expresar sus visiones en cuanto a fortalezas y debilidades

Financiamiento. En los noventa se identifican cambios en el financiamiento estatal de la universidad pública. Hasta épocas cercanas, la subvención pública canalizada en asignaciones presupuestarias relativamente estables y de suministro regular había sido la forma tradicional y casi excluyente de financiamiento de las universidades estatales. “... Esta concepción de mecenazgo estatal está hoy jaqueada por varias direcciones” (Bentancur, 2002)⁶¹. Sea por razones financieras, finalistas o estratégicas, el nuevo direccionamiento repercute directamente en el flujo de fondos “tradicionales” volcados por los gobiernos a las universidades vía presupuesto y explica el suceso de fórmulas de financiamiento condicionado, incentivos selectivos, fondos competitivos, etcétera. De allí surge que el presupuesto universitario se recortó en una cantidad cercana al veintitrés por ciento a lo largo de la década, tras una caída pronunciada en los años 1992 y 1993 (analizado desde su peso relativo en el conjunto de la educación y del gasto del Estado). Asimismo, el presupuesto global por estudiante sufre una caída de aproximadamente el 28% entre la fecha de los censos efectuados en 1988 y 1999.

La Facultad de Odontología no ha sido ajena a esta realidad en las políticas de financiamiento universitario y para la implementación del Plan 93 este Servicio necesitó presentar un proyecto para su financiación resultando aprobado⁶².

Es importante remarcar la incidencia de los “recursos condicionados” a la interna de la Universidad, en este caso por proyecto, destinados fundamentalmente a salarios docentes: nuevos cargos o extensiones horarias con el objetivo de lograr una mejora en la relación docente-estudiante apoyando el modelo pedagógico de enseñanza activa. En el marco de las transformaciones políticas mencionadas previamente que atravesaron los gobiernos de América Latina, no escapó el Uruguay ni el sistema universitario.

N. Bentancur haciendo alusión a la destacada incidencia de los recursos condicionados junto (aunque en menor grado) con los aportes privados, menciona: “...su importancia creciente se evidencia en su rápido desarrollo desde niveles muy bajos en las décadas

⁶⁰ BENTANCUR N.; DE ARMAS G. Las políticas de financiamiento universitario en América Latina (1990-2000). Responsabilidad estatal y aportes privados. Premio UDUAL 2001 de Apoyo a la Investigación. Dic. 2002.

⁶¹ BENTANCUR, N. Políticas universitarias en el Uruguay de los noventa: una crónica de inercias, novedades y rupturas. En libro colectivo “Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada”, M. Ester Mancebo (Comp.). EBO - ICP, Montevideo, 2002.

⁶² PROYECTO “Atención de la situación crítica de la enseñanza de grado en el marco de la transformación curricular de la Facultad de Odontología”. Coautoría UAE - UNSTRAC (Facultad de Odontología). Aprobación CDC 27/12/96. Monto: Dólar. 70.000.

anteriores [1980] y en su carácter extraordinario, que facilita su canalización a rubros que, por lo general, están escasamente atendidos en los presupuestos fijos de las instituciones (inversiones, infraestructura, etc.)". (Bentancur: 2005:7). Cabe mencionar que Uruguay en los años 90 no ha mostrado la tendencia esperada por el Banco Mundial dado que en lo que respecta al financiamiento, los recursos condicionados han mostrado una incidencia baja (en Chile ha sido muy alta y en Argentina alta. Bentancur: 2005:4, tabla comparativa).

II.4 Síntesis comparada de la evolución de la enseñanza de la Odontología.

En este contexto, es interesante analizar la evolución de la enseñanza de la Odontología de la Universidad de la República del Uruguay desde la especificidad del campo de la educación comparada, examinando los dos modelos: educativos y de atención de la salud, de parecida naturaleza pero con variables resultantes de diferencias, históricas, conceptuales y metodológicas.

En primer lugar es necesario especificar:

- que se compara? Examen comparado de los Planes de Estudios 1966 y 1993/2001.
- donde y cuando se compara? La comparación es situada lo que se establece en el momento en que se aprueban los mencionados planes y dentro de los contextos socio-históricos particulares que tuvieron lugar.
- cómo se compara? El estudio es descriptivo, causal, interpretativo y evaluativo.
- para qué? Comprensión más profunda del proceso de mejoramiento en la calidad educativa desde una concepción de la Odontología como ciencia de la salud y como ciencia social y valorar los cambios propuestos y la situación actual.

Los *cuatro pasos* para elaborar los estudios comparados que propone Bereday, G. (1968) en *El método comparativo en pedagogía*⁶³, son: descripción, interpretación, yuxtaposición y comparación

DESCRIPCIÓN - Es el primer estadio de la comparación y constituye una enumeración de características. En historia de la educación implica la presentación de fuentes y documentos.

A partir de 1929 (año de creación de la Facultad de Odontología -FO) y para la carrera de Doctor en Odontología, se verifica la existencia de **cuatro Planes de Estudios** que de acuerdo con sus años de aprobación son: 1935, 1966, 1993 y 2001, y en general se aplicaron al año siguiente de su aprobación. La odontología y su concepción profesional y disciplinaria, tanto como su valor en el concepto de la salud integral ha tenido transformaciones de relevancia en el último siglo. De igual forma, las concepciones educativas, pedagógicas y didácticas han tenido variaciones de significación. Los Planes de Estudios obedecen en sus variantes sustanciales a esas transformaciones y son a la vez resultados y motores de los cambios, en particular si consideramos los tres últimos mencionados.

Es escasa la documentación sobre los Planes previos a la creación de la Facultad de Odontología, aunque en términos generales, se trataban documentos que listaban un conjunto de materias, su ubicación cronológica en el currículo, y la forma de aprobación

⁶³ BEREDAY, G.Z.F. El método comparativo en Pedagogía. 1968. Barcelona. Herder.

de ellas, no existiendo justificación y objetivos de los mismos y una duración nominal menor a cinco años.

El Plan de **1935** instauraba una duración de 5 años e indicaba las materias por año curricular tanto como la forma de aprobación de las mismas. No existe documentación por la que se evidencie justificación o fundamentos de dicho Plan, aunque en el acto de apertura de cursos de 1936 el entonces Decano de la Facultad, pronuncia en su exposición algunas de las características sobresalientes del mismo⁶⁴.

Para el Plan **1966** la documentación disponible es mayor⁶⁵. El Plan esta precedido de una exposición de motivos que indican nuevas formas de encare de la formación de profesionales en Odontología. Si bien presentó un diseño tradicional por asignaturas y fue menos radical en sus innovaciones, se definió como una propuesta de transición, que avizoraba de futuro una práctica odontológica interdisciplinaria, interprofesional, integral y preventiva. Asimismo, consideró aspectos relativos a una reorganización de las estructuras académicas, esbozó una propuesta de renovación metodológica y de evaluación del aprendizaje. Dichos parámetros se rescatan en su espíritu en la reformulación curricular de los años noventa.

El largo paréntesis de 1973 a 1985 impidió el desarrollo pleno del Plan 66, retomando en cambio el proceso de enseñanza profesionalizante en sentido estricto de anteriores décadas. Esto es, un proceso predominantemente técnico, operativo, basado en la autoridad docente, distanciado de la investigación, que debilitó por consiguiente el fundamento científico y social de la enseñanza de las disciplinas.

La reinstitucionalización universitaria supuso una apertura a visiones del mundo en transformación, a la actualización en el desarrollo del campo odontológico, al estudio de las necesidades sociales en salud, en un contexto de demandas masivas en materia de educación superior, de una población estudiantil y docente de nuevas características socioculturales, así como del actual perfil emergente del mercado profesional. Estas variables en su conjunto, ofrecieron el marco de coyuntura que pautó la renovación de propuestas curriculares de varios servicios universitarios en el decenio de 1990, entre ellos, la Facultad de Odontología.

El Plan de Estudios **1993**, propuso una transformación de gran valor conceptual sobre la odontología y la educación odontológica. Forjado en la post-dictadura, debía poner a la odontología en sintonía con el desarrollo internacional y con los procesos de avanzada en educación odontológica. El proceso de elaboración del nuevo Plan fue extenso y suscitó un gran debate institucional. en el período 86–93. Este recoge el estado de situación respecto de la enseñanza odontológica y de la salud bucal de la población, cuyos principales núcleos de problematicidad resultarán orientadores de los cambios institucionales y curriculares propuestos. En tal sentido, existió consenso en las siguientes consideraciones:

- El sistema de atención de salud odontológica del país presenta carencias, tales como:
 - ausencia de una estructura de coordinación del sistema, que posibilite el desarrollo de programas nacionales masivos de promoción y educación sanitaria, basados en un diagnóstico de salud bucal de la población nacional, a partir de estudios socio-epidemiológicos rigurosos y multivariados;

⁶⁴ FERNANDEZ A. Historia de la Odontología, Tomo III, 1978. División Publicaciones y Ediciones. Universidad de la República.

⁶⁵ FACULTAD de ODONTOLOGÍA. Plan de Estudios 1966. Carrera de Doctor en Odontología. Universidad de la República. Uruguay.

- inadecuada administración de los recursos humanos y materiales existentes, ante una reconocida alta prevalencia de patologías bucales identificadas en la población, que generan una demanda insatisfecha.
- Resulta necesario revertir el enfoque curativo hacia un enfoque preventivo asistencial, destacándose:
 - 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;
 - la ausencia de contenidos de educación para la salud en el conjunto del sistema educativo que permitan una mayor socialización de principios preventivos.

Con una concepción de supervisión y evaluación permanente del currículo, desde su implementación en 1994 a la fecha, el Plan de Estudios 1993 tuvo numerosas modificaciones y ajustes que integran el **Plan de Estudios 2001**.

Como ya se ha mencionado los cambios más significativos de ambos planes en término de síntesis, se valoran como una verdadera **transformación curricular** y están representados por: a) la adopción de un modelo curricular integrado; b) una definición en aspectos metodológicos orientadores de los procesos de enseñanza y de aprendizaje inscriptos en los enfoques más legitimados del pensamiento pedagógico contemporáneo y c) una resignificación de la práctica sanitaria que revierte la clásica atención recortada de los cuadros patológicos.

INTERPRETACIÓN - Es el segundo nivel de la comparación. Implica perfeccionar los sistemas de recolección de datos y clasificación de la información, remite a la explicación y/o comprensión de los factores que han intervenido (o inciden en el momento) para entender el objeto que se compara.

Para analizar el proceso histórico de la enseñanza de la odontología y las prácticas de atención de la salud es necesario tener en cuenta los sistemas de valores, ideas y prescripciones en cada momento histórico y el nivel de desarrollo alcanzado en los grupos sociales.

Toda sociedad construye su ideología, su visión de cómo interpretar el mundo y así también el proceso salud-enfermedad, la manera de brindar atención etc. adquiriendo una dimensión histórico-social. A mediados del Siglo XIX, influenciados por el positivismo, la práctica de la salud era individualista, pero aún, valorizando el cuerpo y la enfermedad y no el hombre sano o enfermo. A comienzos del siglo XX se identifica la era de la "especialización en medicina" (Informe Flexner)⁶⁶ dirigida a profundizar el conocimiento en órganos y/o sistemas sumado a un desarrollo impresionante de la tecnología. Este modelo biológico-curativo ignoraba al sujeto inserto en su medio social y cultural, como cita J. Breilh (1981)"...desconoce la categoría social del hombre y lo transforma en un factor eminentemente biológico,...permitiendo restaurar las condiciones biológicas para que el hombre como fuerza de trabajo se mantenga en el mercado".⁶⁷

En la década de los 70 se vivía en la cresta de la revolución científica y tecnológica que había comenzado al final de la 2da. Guerra Mundial y que determinaría, junto a otros grandes cambios, lo que se conoce como "globalización". Desde el punto de vista político, el mundo estaba en plena bipolarización ideológica y económica y se reconocían grandes

⁶⁶ FLEXNER A. Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the advancement of Teaching. Bulletin No.4. Boston, Massachusetts: Updyke.1910.

⁶⁷ BREHIL J. Epidemiología, Economía, Medicina y Política. Colección SESPAS. Rep. Dominic.1981.

desigualdades e injusticias sociales en las condiciones de vida de las personas.

Al mismo tiempo, en las décadas de los 60 y 70 se podían identificar diferentes experiencias sobre formas alternativas de afrontar los problemas de salud, a pesar de y por las limitaciones de recursos financieros, tecnológicos y humanos en las sociedades pobres o menos desarrolladas (China, India algunos países de África y América Latina).

En la segunda mitad del siglo pasado comenzaron una serie de cambios que se extendieron a las Universidades Latinoamericanas alcanzando diverso grado de desarrollo generados a partir de la crisis socio-económica de postguerra y al reclamo por mejores condiciones de vida de las poblaciones.

En este marco la Organización Mundial de la Salud (OMS), coincidente con el inicio del mandato de Halfdan Mahler como director general, proclamó el reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental. Cuando Mahler propone “Salud para todos” en 1975 (28ª. Asamblea Mundial de la Salud, Fig 4) y proyectaba a nivel mundial y como una responsabilidad de todos los países, ricos y pobres, alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones ni marginaciones, llevar una vida digna dentro de un desarrollo verdaderamente humano. Fue muy importante el proceso de desarrollo conceptual acerca de qué es la salud.



Fig. 4 - 28ª. Asamblea Mundial de la Salud.

En 1946 la definición de salud incorporada en la Constitución de la OMS había sido propuesta por Andrija Stampar, pionero croata de la salud pública “estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”. En la declaración de Alma-Ata (1978) se agregan en forma expresa dos conceptos a esa definición “que es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo” y agrega que su realización “exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos”.

La estrategia de Atención Primaria de Salud apoyada desde Alma-Ata (1979) en realidad deriva de la versión original del inglés “care” que significa “cuidado” lo cual tiene una connotación más amplia e integral que atención. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas, en cambio, la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y en cambio la atención no sólo es sectorial sino institucional o referida a programas aislados y servicios específicos.

El cambio de orientación en el modelo asistencial de la salud establecía las diferencias entre un cuidado integral de la salud para todos y por todos -multisectorial y multidisciplinario, promocional y preventivo, participativo y descentralizado, del de una atención reparativa de ciertas enfermedades que no tenía ningún impacto en la vida de las personas y menos aun en las sociedades menos desarrolladas y en las comunidades más pobres.

Entre el Informe Flexner y la II Declaración de Edimburgo de 1993^{68,69} se ha podido asistir a las más diversas propuestas pedagógicas y a una lucha, en ocasiones enconada, entre las distintas tendencias que defienden sus posiciones, muchas veces sin contar con evidencias probadas de sus bondades. De las recomendaciones realizadas por Flexner, un grupo de 5 de ellas, las más divulgadas, fueron aceptadas con relativa facilidad y han alcanzado un grado de generalización sorprendente con las modificaciones locales correspondientes:

- un currículo de cuatro años.
- dos años de ciencias de laboratorio (ciencias básicas)
- dos años de enseñanza clínica en hospitales y servicios clínicos.
- vinculación de la Escuela de Medicina a la Universidad.
- adopción de requisitos de ingreso en matemática y ciencias.

Sin embargo, en el informe Flexner existe un conjunto de recomendaciones, cuyo grado de implementación ha sido muy limitado:

- debe alcanzarse la integración de las ciencias básicas y las ciencias clínicas en los cuatro años.
- debe estimularse el aprendizaje activo.
- debe limitarse el aprendizaje de memoria mediante conferencias.
- los estudiantes no deben aprender solamente hechos, sino desarrollar el pensamiento crítico y la habilidad de resolver problemas.
- los educadores deben enfatizar que en los médicos, el aprendizaje es una tarea para toda la vida.

Regan-Smith^{70,71} aducen dos razones por las cuales el segundo grupo de recomendaciones no ha recibido la misma acogida que el primer grupo: requieren más tiempo y esfuerzo por parte de los profesores y se ha invertido mucho en la “reforma científica” y muy poco en la “reforma educacional de las escuelas de medicina”.

En el tiempo transcurrido desde Flexner se han producido cambios en las prácticas médicas que obligan a reevaluar los planes de formación en atención al desempeño que se espera en el nuevo contexto. Se afirma que ha surgido un nuevo paradigma de las ciencias de la salud que debe ser adecuadamente ponderado en la formación profesional. Como elementos destacados del nuevo paradigma sobresalen:

- la importancia concedida a la atención primaria como fundamental estrategia para la promoción, conservación y recuperación de la salud.
- la progresiva tendencia al tratamiento ambulatorio de diversas afecciones y a la disminución de la estadía hospitalaria en otros casos.

⁶⁸ CONFERENCIA MUNDIAL de EDUCACIÓN MÉDICA. Recomendaciones. Edimburgo: OMS; 1993.

⁶⁹ DOCUMENTO de Posición de América Latina ante la Conferencia Mundial de Educación Médica, Cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Edimburgo:OPS; 1993.

⁷⁰ REGAN-SMITH MG. Reform without change: update. Acad med 1998;73(5):505-7.

⁷¹ REGAN-SMITH MG. Commentary on Flexner’s impact-then and now. A profound effect on medical education, research, practice. Pharos 1999;62(1):31.

- el valor creciente que se otorga a los aspectos sociales de la medicina.
- la desaparición progresiva de la práctica liberal de la medicina.
- el ascendente conocimiento, participación y responsabilidad de la comunidad en los aspectos relacionados con su salud.

Los elementos anteriores vienen a conformar los nuevos retos que deberán ser considerados por los actuales diseñadores de planes de estudios en ciencias de la salud. Los Planes de estudios 93 y 2001 de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República del Uruguay para la carrera de Doctor en Odontología plantean como necesidad un perfil del egreso de acuerdo a este nuevo paradigma. El último párrafo del capítulo Presentación del Plan de estudios 2001 (pág. 5) dice: "... La transformación curricular desarrollada en forma ininterrumpida por la Facultad de Odontología desde 1993 supone esencialmente, de este modo, la ruptura con la tradicional enseñanza por disciplinas, adecuándose en el plano académico no sólo a las tendencias epistemológicas más modernas, sino también a las necesidades sociales que se plantean en el momento histórico actual. Se trata así de un verdadero proceso de transformación académica y social desde el seno de una institución educativa; proceso abierto en el que se deliberan y confrontan de forma permanente concepciones filosóficas, científicas, pedagógicas y políticas, y a través del cual se construyen acuerdos y se profundizan compromisos".

YUXTAPOSICIÓN - Etapa de carácter eminentemente relacionante, en la que se confrontan diferentes análisis sobre aquello que se pretende comparar, a partir de lo que podría designarse como "conjuntos paralelos" remitiendo al problema de naturaleza propiamente comparativa.

La reforma curricular en la Odontología promovió una transformación en referencia al modelo pedagógico y al modelo de atención de la salud por lo permite tomarlos como dos dimensiones de comparación entre ambos Planes de Estudios.

Modelo Pedagógico – *"En un mundo en rápido cambio, se percibe la necesidad de una nueva visión y un nuevo modelo de enseñanza superior, que debería estar centrado en el estudiante, lo cual exige, en la mayoría de los países, reformas en profundidad (...)"*(UNESCO, 1998). *La educación superior tiene que adaptar sus estructuras y métodos de enseñanza a las nuevas necesidades. Se trata de pasar de un paradigma centrado en la enseñanza y la transmisión de conocimientos a otro centrado en el aprendizaje y el desarrollo de competencias transferibles a contextos diferentes en el tiempo y en el espacio* (UNESCO, 1998)⁷².

El Plan de estudios 2001 en el Capítulo Objetivos y Perfil del graduado, expresa: "Impulso de una docencia fundamentada en los enfoques de enseñanza activa que se oriente al logro de aprendizajes significativos, integre, contextualice y problematice el conocimiento y procure una articulación estrecha teoría-práctica." (p.14)

La transformación en el modelo pedagógico permite analizarlo desde distintas categorías: formación integral e integrada, contexto socio-cultural, flexibilidad, sistema de evaluación y de acreditación. Plantea **aspectos metodológicos** orientadores de los procesos de enseñanza y de aprendizaje que sumariamente se expresan en:

- un abordaje interdisciplinario del conocimiento,
- un adecuado equilibrio entre teoría y práctica,

⁷² UNESCO. Informe mundial sobre la educación. Los docentes y la enseñanza en un mundo en mutación. 1998. Madrid: Santillana Ediciones.

- la enseñanza por problemas en instancias pertinentes,
- el aprendizaje en base al análisis y la resolución de situaciones reales,
- la participación activa del estudiante en su formación,
- la combinación equilibrada de dispositivos grupales y el autoaprendizaje
- un sistema de evaluación que conjuga las modalidades continua y sumativa en la instancia de acreditación, valorando los procesos y los productos del aprendizaje.

En síntesis, la innovación propuesta reorganiza el currículo, renueva los procesos de enseñanza, dinamiza los procesos de aprendizaje, reorienta la concepción del paciente y de la práctica odontológica, a la vez que integra los diversos actores institucionales involucrados, procurando posibilitar un cambio radical de la formación de grado que impacte decisivamente en la profesión.

Modelo de Atención de la Salud - La propuesta innovadora plantea una mayor articulación teoría-práctica de componentes del proceso salud-enfermedad de interés global, una labor de innovación en las formas del trabajo en equipo intraprofesional e interdisciplinario optimizando las ventajas que brinda el uso de los medios para este propósito.

Ligada a las funciones esenciales universitarias de docencia, extensión-asistencia e investigación, el presente plan prevé la implementación de una estrategia de atención de la salud bucal a través de **pasantías curriculares** realizadas fuera del servicio central. Dicha actividad supone desde el punto de vista del estudiante actuar en ámbitos organizados a nivel institucional y/o comunitario 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.

El desarrollo de un programa de atención de estas características implica:

- Una enseñanza orientada hacia la comunidad que supone el conocimiento de la salud bucal de los grupos humanos a través del reconocimiento del contexto social y de su realidad epidemiológica.
- Un aprendizaje en el ámbito real donde el proceso salud-enfermedad se gesta, transcurre y se resuelve, posibilitando la comprensión integral del mismo.
- La práctica de un modelo de atención integral que erarquiza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con una perspectiva bio-psico-social del individuo.
- El involucramiento de las personas que directa o indirectamente participan en el programa de salud bucal, constituyendo la participación organizada de la comunidad una herramienta fundamental para el logro de una adecuada atención.
- La integración de los programas de docencia-servicio en propuestas más amplias que apunten a la mejora de la calidad de vida de los grupos sociales a quienes se dirigen.

Reafirmando 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 (de acuerdo a Puiggrós A. uno de los síntomas de la crisis se observa en la falta de solidaridad social)⁷³. 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 comunidad. Con este fin, la Facultad de Odontología establece acuerdos y convenios docente - asistenciales con:

⁷³ PUIGGRÓS. A. Imaginación y crisis en la educación latinoamericana, Bs. As. Aique Grupo Editor S. A. 1994.

Servicios de salud y Programas de salud comunitarios; Ministerio de Salud Pública, Intendencias municipales, Instituto Nacional del Menor, Policlínicos comunitarios, etc. Se impulsa un modelo de atención integrador, con el concierto interdisciplinario, valorando el trabajo en equipo como potencializador de la práctica y mejorando la calidad de la atención. Es indispensable para la atención integral de las personas que el estudiante/odontólogo trabaje en equipos interinstitucionales, multi e interdisciplinarios. Se considera necesario la integración del aprendizaje de la práctica en centros educativos y servicios de salud y sus realidades y para ello el diseño curricular presenta los contenidos en un equilibrio entre la odontología individual, colectiva y comunitaria.

COMPARACIÓN - Última etapa del análisis comparado. Constituye una fase de evaluación de los resultados. Es la etapa valorativa y crítica. Surgen aquí aspectos cualitativos que superan las diferencias y las semejanzas para arribar a la "síntesis" propia de la aplicación del método comparativo.

MODELO PEDAGÓGICO

Transformador (Planes 1993/2001)	Tradicional (Plan 66)
Centrado en el estudiante	Centrado en el docente
Evaluación formativa, continua	Evaluación sumativa fuera de contexto
Promueve destreza educacional.	Entrega pasiva de información
Transformador Autoaprendizaje, construcción.	Reproductor Programas rígidos, cuadros de trabajos.
Crítica, basada en problemas reales Fomenta el razonamiento	Acrítica, basada en asignaturas y uso de la memoria
Integral e integrado, transversalidad.	Desintegrador. mosaico de materias
Trabajo grupal. Fomenta el trabajo en equipo	Impersonal, Individualista

MODELO DE ATENCIÓN

Transformador (Planes 1993/2001)	Tradicional (Plan 66)
Salud: promoción y prevención Comunitario Colectivo	Tratamiento de la enfermedad Individual Público
Local (práctica extramural) Integral - Interdisciplinario	Central (práctica en Servicio central) Biologicista. Especialidades.
Atención primaria	Hospitalocentrismo

El examen comparado de los Planes de estudios 1966 y 1993/2001, con conocimiento situado en el momento en que se aprueban los mismos y dentro de los contextos socio-históricos particulares que tuvieron lugar nos ha permitido su descripción, interpretar los procesos y explicar y comprender más profundamente la transformación en la enseñanza de la Odontología que se ha vivido a través de los años, valorando los cambios propuestos y la situación actual.

Consideramos de utilidad el análisis comparativo, analizando los Planes de Estudios de la Facultad de Odontología en su contexto histórico y elaborando una síntesis que permite reflexionar sobre sus diferencias y semejanzas, basados en la reflexión de Fernandez N, Mollins M. y Dono S. (2005, p. 168) "...el análisis comparativo supera el carácter meramente descriptivo, posibilita una comprensión profunda del sistema de educación

superior en contextos sociales contrastantes y se convierte en una herramienta valiosa para elaborar políticas tendientes a su mejora”⁷⁴,

III - JUSTIFICACIÓN

III.1 La práctica clínica

Clínica: del latín: Clinīcus. adj.

- Perteneciente o relativo al ejercicio práctico de la Medicina basado en la observación directa de los pacientes y en su tratamiento (RAE).
- Enseñanza práctica de la Medicina, departamento de los hospitales destinados a impartir esta enseñanza práctica. www.wordreference.com

Basado en visiones como las Pichón Rivière⁷⁵ y Paulo Freire⁷⁶ acordamos que enseñar y aprender son dos procesos muy vinculados. Los dos autores concuerdan en que en el rol del que enseña y el del que aprende no son estáticos, sino alternantes. Son funciones que circulan en un vínculo. Paulo Freire es crítico en cuanto a la relación educativa cuando caracteriza la “concepción bancaria” de la educación planteando como alternativa una “educación liberadora” (dialéctica) donde educador y educando participan activamente y se nutren ambos del proceso enseñanza-aprendizaje.’

Algo nodal en estos educadores es su reconocer la práctica como fundamento y sentido del conocimiento. Expresa Ana Pampliega⁷⁷: “... Si tuviera que sintetizar en unas palabras lo común entre Freire y Pichón diría: la práctica, y el protagonismo de los sujetos que conocen. ¿Por qué la práctica? La práctica, el hacer. La práctica es, entonces, lo que permite una interacción, una comunicación distante de las jerarquías del supuesto saber. La práctica, y la teoría que en ella se sustenta y pone a prueba. Es impensable la problematización auténtica, la unidad del enseñar y el aprender, sin el eje de la práctica”.

El **método clínico** se concibe como el método científico aplicado a la práctica de las profesiones de la salud, dirigido a resolver los problemas de proceso salud-enfermedad del hombre, mediante una rigurosa aplicación, en un orden lógico y de obligado cumplimiento, de su metodología puesta en función del paciente.

Históricamente, el estudio de “los enfermos” permitió hacer generalizaciones de carácter teórico que nutrieron y nutren el cuerpo de conocimientos de la semiología, la patología, la clínica, la terapéutica y otras disciplinas afines.

⁷⁴ FERNANDEZ N, MOLLINS M, DONO S. La Educación Comparada en América Latina: situación y desafíos para su consolidación académica. 2005. Revista española de Educación Comparada 11, p.161-187.

⁷⁵ PICHON RIVIÉRE E. Teoría del vínculo. 1ª edición; 25ª reimp. Selección y revisión: Fernando Taragano. Ediciones Nueva Visión. 2006. Buenos Aires. Argentina.

⁷⁶ FREIRE P. La pedagogía del oprimido. México, S. XXI, 1970. 3ª ed. Montevideo: Tierra.

⁷⁷ FREIRE P, PAMPLIEGA A. et al. El proceso educativo según Paulo Freire y Enrique Pichon Rivière. Sao Pablo. Ediciones Cinco. 1986.

Así pues, a través de la teoría del vínculo de Enrique Pichón Riviére, nos proponemos rescatar una visión totalizadora acerca de los principales escenarios educativos de la práctica clínica.

Aplicar el método clínico implica, por tanto, sistematicidad y disciplina de un sistema de pensamiento. Este algoritmo metodológico parte de lo que motiva la situación de atención, le sigue la etapa de recolección de la mayor información posible (confección de la historia clínica mediante la anamnesis y el examen bio-social). Basado en esta información, se realiza el planteamiento de la hipótesis o diagnóstico inicial, que será posteriormente contrastado mediante el seguimiento evolutivo del paciente o la realización de exámenes complementarios que aseguren un correcto diagnóstico, para luego establecer el tratamiento adecuado, su seguimiento y su control (evaluación).

De este ir y venir de lo concreto a lo abstracto, del conocimiento extraído de la práctica, llevado al plano de la abstracción y luego a su utilización en la práctica, es como se va aplicando el conocimiento científico. Es evidente que la atención de la salud plantea una relación particular de vínculo médico-paciente, practica el método de la indagación y el razonamiento

Enrique Pichón Riviére concibe el vínculo como una relación particular con un objeto, de la cual resulta una conducta más o menos fija con el mismo, tanto en la relación interna como en la relación externa con ese objeto. Es posible establecer así, dos campos psicológicos en el vínculo: un campo interno y un campo externo. En la clínica, esta relación se materializa en ambos campos a través del vínculo establecido entre médico y paciente donde el profesional surge como sujeto activo y rector de esta relación bidireccional quien debe asumir su rol basado en el afecto, la comprensión y el conocimiento de la dimensión humana de su ejercicio. La enseñanza en disciplinas de la salud, debe partir del ejercicio diario del vínculo paciente-profesional pues implica adoptar un modelo de postura, ideología y modo de actuar frente a sus estudiantes.

Algunos investigadores documentan el hecho de que los estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud experimentan considerable estrés y ansiedad durante su educación y entrenamiento y principalmente, las situaciones ansiógenas que surgen durante la carrera están relacionadas con la percepción de autorrealización y su papel para asumir el medio en que se desenvuelven, relación médico-paciente y docente-estudiante. Se acepta que la manera más adecuada y coherente de enseñar es dando la posibilidad de experimentar y vivenciar el papel de médico en todos sus posibles papeles complementarios. A través del juego de papeles el binomio alumno/médico pierde sus fronteras, pues el profesor “desciende del pedestal de sabio todo poderoso y se torna un colaborador del alumno, guiándolo y auxiliándolo a buscar dentro de sí mismo las respuestas”.

El juego de papeles implica dramatizar de manera espontánea y creativa disímiles situaciones del ejercicio médico diario en un grupo de individuos que establecen identificaciones mutuas entrecruzadas, constituyendo un vínculo estrecho en función de un objetivo común: el aprendizaje en un contexto operacional. Este aprendizaje se basa en el Esquema Conceptual Referencial y Operativo (ECRO) defendido por Pichón Riviére. El juego de papeles, a través del grupo operativo, permite experimentar no sólo nuestras vivencias como médicos o pacientes, sino también las vivencias de **los otros**, ayuda a transformarnos en tanto se redefine constantemente nuestro esquema conceptual, que es hacerlo referencial. Por supuesto que ese juego de roles debe ir encaminado a enseñar a los estudiantes a contraer un vínculo con sus pacientes y a visualizar la multiplicidad de vínculos que implica esa primera relación, pues las relaciones establecidas con el mundo, son mixtas y en la práctica docente se deben vivenciar esa multiplicidad de vínculos.

El estudiante debe asumir un rol protagónico en su propio proceso de aprendizaje, en tanto descubre no sólo la multiplicidad de relaciones que se establecen entre él, el paciente y el medio que rodea a ambos, sino también en el descubrimiento de su papel rector para modificar y redirigir esas relaciones a favor de su paciente y de sí mismo.

Enseñar al estudiante a operar en términos de vínculo, posibilita que este se vea a sí mismo como rector de una estructuración constante de roles, en el que las necesidades del paciente son devueltas mediante una praxis transformadora en la que él mismo y su medio se transforman. He aquí el proceso creativo de la medicina y otras ciencias de la salud, su arte. Nuestro objetivo como educadores es enseñarles a los estudiantes ese arte, que es enseñarlos a transformarse mientras “se apropian instrumentalmente de la realidad para transformarla”.

El concepto de *hábitus* de Bourdier y el de *grupo interno* de Pichón Riviére dan cuenta de lo subjetivo y objetivo, el individuo y la sociedad son componentes inseparables de una misma realidad. No se puede comprender al sujeto sin sus pertenencias y referencias sociales que lo constituyen como tal, como no se puede analizar la realidad social sin los sujetos que la producen y reproducen.

La educación en el área clínica, ha sido definida por Stuberg y Mc. Ewen⁷⁸ como la parte de la formación académica de los estudiantes en la cual se aplican y practican los conocimientos adquiridos en clase y se desarrollan las habilidades profesionales. Estudios realizados por May⁷⁹, Ripley⁸⁰, Duniev y Wolf⁸¹, entre otros, han descrito comportamientos pedagógicos que deben presentar los docentes clínicos como una herramienta importante en la práctica, en aras de garantizar la calidad de la educación clínica. Entre estos comportamientos, May incluyó habilidades pedagógicas tales como adaptar la enseñanza a necesidades individuales, enseñar a través de la demostración, dar y recibir retroalimentación y evaluar los resultados.

Tradicionalmente, en la formación del recurso humano en Odontología actuaban profesionales que combinaban su entusiasmo, experiencia laboral y sentido común, conduciéndose como autodidactas en sus funciones docentes. En la actualidad, los progresos de las metodologías educativas y la necesidad de contar con una adecuada formación docente de los académicos, obliga a repensar la práctica pedagógica en ambientes clínico-odontológicos.

Practicum - Un prácticum es una situación pensada y dispuesta para la tarea de aprender una práctica, creando un contexto aproximado en el que se privilegia el aprender haciendo, la tutoría en vez de la exposición y el diálogo tutor-alumno sobre la reflexión en la práctica. Al decir de Schön, una buena práctica profesional, depende menos del conocimiento objetivo o de modelos rigurosos, que de la capacidad de reflexionar antes de tomar una decisión, sobre todo en aquellos casos en los que no pueden aplicarse las teorías disponibles.

Las tareas desarrolladas en la clínica durante la atención de pacientes enfrentan a los alumnos en forma continua con los complejos problemas del mundo real. En un contexto que se aproxima al mundo de la práctica, los estudiantes “aprenden haciendo”, teniendo

⁷⁸ STUBERG W, Mc. EWEN L. Faculty and clinical education models of entry-level preparation in pediatric physical therapy. *Pediatric Physical Therapy*. 1993; 5: 123-127.

⁷⁹ MAY B. Skill in clinical practice. *Physical Therapy*. 1983; 63: 1627-1633.

⁸⁰ RIPLEY D. Invitational teaching behaviors in the associate degree clinical setting. *Journal of Nursing Education*. 1986; 6: 240-246.

⁸¹ DUNIEVY C, WOLF K. Perceived differences in the importance and frequency of practice of clinical teaching behaviors. *Journal of Allied Health*. 1992; 21: 175-183.

a los docentes como marco de referencia. Se los sitúa en una posición intermedia entre el mundo de la práctica, el mundo de la vida ordinaria, y el mundo universitario. Durante la atención de pacientes, los estudiantes, son puestos frente a problemas reales que deben resolver. A veces esta resolución demanda conocimientos que no poseen, circunstancia que les provoca confusión, y los desestructura, asumiendo ante la misma, el rol de interesados, y “propietarios de la situación”⁸². Los alumnos identifican el problema real, y con el marco de referencia docente que se propone como modelo, buscan la mejor evidencia disponible para llegar a una solución viable. De esta manera no se pone sólo énfasis en el contenido, sino que se pretende liberar la mente del estudiante de los límites de la experiencia cotidiana, de la inercia y de la trivialidad de la convención y el estereotipo, estimulando la exploración, y la investigación⁸³).

Este entrenamiento facilitará la necesidad de formación permanente de los próximos graduados, la integración en equipos de trabajo, la preparación en situaciones imprevistas, y el desarrollo de una visión de conjunto.

III.2 Espacios de práctica clínica odontológica

Los planes de estudios innovadores en salud deben dar respuesta a la necesidad de equilibrar en la formación profesional los dispositivos y espacios didácticos aplicando en la curricula tanto el conocimiento basado en la academia y en la investigación como los problemas derivados de la propia práctica cotidiana. Esto ha derivado en una nueva concepción de “práctica clínica” diferenciándose de acuerdo a los escenarios de desarrollo.

La resignificación de la práctica sanitaria se expresa en un grado trascendental en la diversificación de los escenarios de formación clínica, construyendo puentes entre la Universidad y el mundo del trabajo en un equilibrio entre enseñar a pensar, habilidades técnicas, conocimientos y los compromisos relativos a cuestiones de equidad, coherencia y servicio a la comunidad.

Para ello es necesario profundizar en la distinción y comparación de los espacios de formación clínica: la clínica odontológica que se desarrolla en el servicio central y la clínica odontológica que se desarrolla en los centros de salud y en la comunidad aunque comparten el mismo principio: 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.

Los conocimientos y experiencias generadas en los dos contextos mencionados, complementan la verdadera práctica formativa para la atención integral e integrada de la odontología

Desde la perspectiva de Grazer M⁸⁴, la socialización profesional puede ser entendida como el proceso a partir del cual el estudiante desarrolla competencias (conocimiento, habilidades y actitudes) propias de la profesión y al mismo tiempo se identifica con los valores y hábitos de trabajo propios de quienes constituyen sus “otros significativos”.

⁸² TORP L, Y SAGE S. El aprendizaje basado en problemas. Amorrortu Editores. B. Aires.1998

⁸³ FENSTERMACHER, G. y SOLTIS, J. Enfoques de la enseñanza. Amorrortu, B. Aires. 1999.

⁸⁴ GLAZER M. El proceso de socialización profesional en cuatro carreras chilenas. Revista Latinoamericana de Sociología. Vol.11, N° 3. 1966.

El cambio de paradigma con el desarrollo científico y social que ha experimentado la Medicina y Odontología clínica con un enfoque integral, un modelo biopsicosocial, en reemplazo de los modelos reduccionistas de corte biologicista y curativo ha impactado en su enseñanza reconociendo que la salud está condicionada por la forma en que el ser humano produce y reproduce su vida en cada momento histórico-social. Esas influencias externas al sujeto no pueden ser ignoradas por las instituciones educativas y por sus docentes, reconociendo que no solamente se aprende en las aulas, laboratorios y bibliotecas, sino que toma un importante valor el objeto de estudio constituido por los problemas de salud de las personas en su contexto natural y social.

Lo anteriormente expuesto, demanda disponer de proyectos educativos y desempeños docentes acordes con los requerimientos de un aprendizaje activo que permita a los educandos construir sus propios marcos referenciales en los contextos reales en que habrán de ejercer, así como no conformar un estilo de "almacén de información" destinado a caducar a corto o mediano plazo, sino de búsqueda y construcción del conocimiento, mediante procesos de autoaprendizaje y autoeducación permanentes.

Este enfoque no desestima sino presupone el papel del profesor, la institución y la teoría docente-educativa ajustada a esas necesidades, mediante una didáctica y pedagogía especiales de las ciencias de la salud, con una proyección humana y científica.⁸⁵

La **clínica en el servicio central de la Facultad de Odontología** ha ido evolucionando, desde los años 90, en lo que por mucho tiempo ha representado la práctica en "el modelo profesional ideal" y aunque mantiene todavía un fuerte componente desde esta visión, cada vez más plantea un acuerdo entre su desarrollo y las pautas de desempeño en el mundo del trabajo real.

La práctica clínica ha evolucionado en dos sentidos:

- hacia un modelo de atención de acuerdo a la realidad sanitaria del país y
- a un modelo pedagógico que ejercite la reflexión, el debate fundamentado y la contrastación de propuestas.⁸⁶
- inclusión de las relaciones socio-afectivas como condición de aprendizaje significativo asumiendo que tanto el docente como el estudiante cumplen un rol activo en el mismo.

En el caso particular de las profesiones del área médica, la relación con el paciente, genera un impacto afectivo de particular importancia desde el punto de vista de la socialización en el rol profesional. Andreozzi M.⁸⁷ cita a Scillamá M. y Piñeiro O. (1991) expresando que la tarea asistencial o clínica activa significados imaginarios vinculados con el deseo de "ayudar al otro" y en esta misma línea también a Enriquez E. (1991) cuando plantea que todo terapeuta coloca sobre el escenario de la relación con los otros, proyectos conscientes y fantasías inconscientes vinculados a la acción de curar. Al mismo tiempo informa Aray J. (1985) que la práctica clínica también enfrenta al estudiante a las fantasías/modelos que el propio paciente ha elaborado de él como terapeuta y sobre el proceso mismo de curación. En base a lo planteado el estudiante en la práctica clínica confirmará o no algunos enunciados adquiridos previamente y en tal sentido el proceso de socialización profesional se orientará hacia la consolidación de esquemas de acción y reflexión pero abriendo un abanico de nuevas posibilidades.

⁸⁵ LEDO VIDAL M. La enseñanza en la clínica. Escuela Nacional de salud Pública. Cuba. Educ. Med. Sup. 2005;19(2).

⁸⁶ BORDONI N. Aspectos a tener en cuenta frente a un cambio curricular en una Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires. Argentina. 1999

⁸⁷ ANDREOZZI M. Sobre residencias pasantías y prácticas de ensayo. Una aproximación a la idiosincrasia clínica de su encuadre de formación. Revista del Instituto en Ciencias de la Educación. UBA. Año VII. N° 13. 1998.

En las **prácticas de pasantías y residencias** el estudiante enfrenta la necesidad de resolver un conjunto de problemas ligados al campo de intervención profesional. Muchas veces estas situaciones ponen de manifiesto situaciones de carácter complejo para las cuales no existe una respuesta modélica determinada comprometiendo además la necesidad de adoptar una perspectiva ética en su solución.

La posibilidad de enfrentar episodios tales como los descriptos constituye una de las claves para comprender el impacto formativo de la práctica en centros educativos y de asistencia colectiva y comunitaria.

Según Schön D. (2002) las pasantías responden a zonas indeterminadas de la práctica, por ejemplo conflicto de valores que escapan a la racionalidad técnica. Expresa que cuando el profesional reconoce una situación como única, no puede tratarla solamente mediante la aplicación de teorías o técnicas derivadas de su conocimiento profesional.

Ello coloca al pasante en una situación de inseguridad y vulnerabilidad, necesita de competencias que no ha desarrollado totalmente en el academia, tomar decisiones en condiciones de incertidumbre. Schön se pregunta, ¿cómo podemos aprender de aquellos profesionales competentes que son capaces de manejar las zonas de incertidumbre más allá de su racionalidad técnica? Cuáles son las formas en que esos profesionales competentes adquieren el “arte profesional” y como pueden ser enseñadas? Aprender haciendo en un contexto real con el apoyo de docentes, tutores o supervisores, enseñándoles a ver por sí mismo, parece ser un camino positivo de este tipo de prácticas que llama “*practicum reflexivo*”.

El *practicum* como situación pensada y creada para aprender una práctica, es especialmente beneficiosa cuando se realiza en servicios de asistencia públicos o privados, porque los estudiantes colocados en el rol del “como si” (junto al docente, tutor o supervisor), aprenderán y reafirmarán técnicas y reglas de indagación pero construirán también el camino a seguir en situaciones problemáticas, clarificando conexiones entre el conocimiento general y los casos particulares.

Se trata más de una lógica constructivista, las percepciones, apreciaciones y creencias tienen sus raíces en el mundo que nosotros configuramos, que aceptamos como real y a partir del mismo rehacemos parte de nuestro mundo práctico posibilitando asimismo desarrollar un conocimiento de tercer orden redefiniendo nuestros esquemas de acción que han sustentado los mismos procesos en el pasado.

IV - ESTRATEGIAS DE ORGANIZACIÓN

Los espacios de formación clínica se organizan a su vez en base a dos grandes estrategias: la Clínica Integrada y el Programa Docencia-Servicio-Investigación representando dos opciones de aprendizaje en la práctica clínica que hasta ahora están tratando de integrarse.

IV.1 - La Clínica Integrada

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.



Fig. 5

El modelo de organización de la formación clínica adoptado en el presente plan conjuga la incorporación de la **teoría por especialidades** con **clínicas integradas por niveles de complejidad**.

- **La teoría por especialidades** se corresponde, en este caso, con el mantenimiento de la estructura por cátedras disciplinares que si bien permite que tengan a su cargo el dominio o campo específico dentro de la enseñanza de la odontología puede representar una barrera para la integración ya que la construcción interdisciplinaria implica una voluntad y compromiso a elaborar un marco más general, una nueva organización con unidades más globales, flexibles y estructuras conceptuales y metodológicas compartidas.
- **Los niveles de complejidad creciente** corresponden a los conocimientos, habilidades y destrezas requeridos (competencias específicas) para abordar en cada etapa curricular la resolución de los problemas de salud bucal, por lo tanto, se definen desde un punto de vista académico en relación a los estadios de aprendizaje y a los niveles de autonomía profesional progresivamente alcanzados por el estudiante⁸⁸.

⁸⁸ UNSTRAC. Informe al Consejo de FO sobre estimación del efecto salud en los costos de la enseñanza. Unidad de Supervisión y Transformación Curricular. Facultad de Odontología.

Podríamos hacer una interpretación de lo expresado por Eloísa Bordoli, (en “La tríada del saber en lo curricular”, 2006:27), apoyando la premisa antes mencionada ya que el estudiante...”se supone un sujeto cognoscente en desarrollo”. El sujeto de aprendizaje se entiende como un sujeto evolutivo, con diferentes etapas y niveles de desarrollo por lo que se justifica un currículo estructurado en función de las capacidades evolutivas de los educandos. Desde esta concepción la elaboración curricular se centra en los educandos.

De acuerdo a la calidad de los problemas de salud existentes y la realidad institucional, el diseño curricular clínico de **atención del adulto** se estructura en cuatro niveles de complejidad creciente y el diseño curricular clínico de **atención del niño y adolescente** (Fig.5) se estructura en dos niveles de complejidad creciente.

- Clínica Integrada Adultos I
- Clínica Integrada Adultos II
- Clínica Integrada Adultos III
- Clínica Integrada Adultos IV

- Clínica Integrada Pediátrica I
- Clínica Integrada Pediátrica II

El estudiante de grado inicia su aprendizaje tomando contacto con pacientes sanos o con problemas básicos, aplica terapias preventivas, conservadoras y de mantenimiento de la salud, avanzando posteriormente y de forma escalonada a niveles superiores de complejidad. El docente es un estimulador del descubrimiento de los problemas y sus posibles vías de solución y el alumno representa un fuerte soporte activo de la formación, integrándose e interactuando en grupos. Se implementa el ateneo clínico como eje metodológico que permite una instancia de expresión, análisis y discusión exigiendo un conocimiento profundo que fundamente la defensa de las opiniones individuales y la aceptación de compartir en grupo diferentes visiones y soluciones.

Análisis del campo educativo en la práctica clínica integral e integrada

La propuesta innovadora plantea una mayor articulación teoría-práctica de componentes del proceso salud-enfermedad de interés global, una labor de innovación en las formas del trabajo en equipo intraprofesional e interdisciplinario optimizando las ventajas que brinda el uso de los medios para este propósito.

El proceso enseñanza-aprendizaje en este contexto se acompaña de algunos dispositivos didácticos particulares conformando una verdadera configuración didáctica definida por Litwin E. como “el particular entretejido desarrollado por los docentes para abordar la enseñanza de su campo disciplinario con el objeto de favorecer procesos comprensivos”⁸⁹.

En el campo de la Salud, particularmente, es en estas décadas que se consolida el principio de una evaluación de la práctica pre-profesional con fuerte componente formativo y autoevaluativo (Camiloni A.), constituyéndose en un componente esencial de la calidad educativa.⁹⁰

UdelaR. 2003.

⁸⁹ LITWIN E. Las configuraciones didácticas Una nueva agenda para la enseñanza superior. Ed: Paidós Educador. Buenos Aires. Argentina. 1997.

⁹⁰ CAMILLONI A, CELMAN S, LITWIN E. et al. La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo. Paidós Educador. Buenos Aires. 2000.

Se considera importante destacar la “especificidad que la formación práctica asume en el campo de la Salud Humana”. La atención médica, odontológica, de enfermería y psicológica en situación de enseñanza clínica, tanto individual, colectivizada como comunitaria, se encuentra configurada por un compromiso ético esencial que condiciona la búsqueda de estrategias educativas no masificadas. Los servicios universitarios del Área Salud, por lo tanto, deben garantizar condiciones de enseñanza idóneas para un adecuado desarrollo de la formación práctica pre-profesional.” Varios estudios al respecto, Unidad de Apoyo Pedagógico-2000⁹¹; CSE-2001, INDE-2002, señalan que la relación docente-estudiante adecuada para la enseñanza en las prácticas clínicas es de 1 a 10. Otros estudios como el de la Agencia Nacional de la Calidad y Acreditación (2000)⁹² cita que las prácticas asistenciales requieren una adecuada supervisión y por ello una adecuada proporción de profesores por cada sillón odontológico (un profesor por cada 4 alumnos). Exley y Dennick (2007)⁹³ expresan que hay consenso que el tamaño de los pequeños grupos debe estar entre 5 y 8 estudiantes, afirmando su acuerdo con Booth (1996) de que el número ideal es de seis alumnos/tutor. También observan que cuando el número es inferior a cinco, disminuyen la diversidad y la variedad de las interacciones interpersonales.

Esto genera la necesidad de fortalecer el proceso de aprendizaje, con el apoyo individual de una tutoría docente, que posibilite a todos los estudiantes recibir una enseñanza equitativa, con un desempeño científicamente riguroso y progresivamente autónomo, de su práctica pre-profesional.

Una de las transformaciones de la práctica clínica, que merece ser profundizada en forma particular, es la concepción de integralidad y relación pedagógica. Con estos elementos, el proceso de cómo se enseña y como se aprende en Odontología toma nuevas dimensiones. La concepción de integralidad convoca a interactuar, por la misma complejidad del ser humano, entre profesores de las diferentes áreas del conocimiento, como con los pacientes, en la intención de ir más allá de los signos y síntomas para buscar relaciones entre los elementos donde actúan las personas con intención de romper con los protocolos homogeneizantes y rescatar las subjetividades.

El concepto de formación Integral remite a una idea de procesos educativos que toman en cuenta y perciben a los sujetos en su totalidad, ubicando y considerando sus emociones, intelecto, afecto, razón, valores, aptitudes y actitudes, en una visión holística y multidimensional del ser humano. Plantear los procesos educativos en la perspectiva de la formación integral, requiere la modificación de la relación educativa, centrándola en el aprendizaje, para perfilar un estudiante universitario que participe activamente en su proceso de formación profesional y social, que desarrolle su sentido de responsabilidad, creatividad y liderazgo, a través de su interacción con el entorno social y profesional. Pasa a ser de gran importancia la pertinencia local y global en los procesos educativos y a su vez una visión multi e inter disciplinaria con un enfoque transversal del currículum. Los procesos formativos son múltiples y complejos y en ellos se van entrelazando la comprensión de nuevos conocimientos, respecto de espacios y ámbitos de intervención de la realidad, para aprehenderla, entenderla y en lo posible mejorarla.

Un proceso educativo de tipo transversal y con una visión de totalidad, no puede realizarse aisladamente desde una sola materia o unidad de aprendizaje; es necesario que exista un trabajo curricular de tipo colaborativo, donde se visualicen los grandes campos de intervención que la profesión tiene, ubicando las problemáticas específicas que se enfrentan

⁹¹ UNSTRAC-UAE. Informe al Consejo de FO sobre estimación del efecto salud en los costos de la enseñanza. Unidad de Supervisión y Transformación Curricular. Unidad de Apoyo a la Enseñanza. Facultad de Odontología. UdelaR. 2003.

⁹² LIBRO BLANCO. Título de grado en Odontología. Oficina de Convergencia Europea. 2005. http://www.ciosp.com.br/encontro/arquivos/libroblanco_odontologia_def.pdf

⁹³ EXLEY K. DENNICK R. Enseñanza en pequeños grupos en Educación Superior. Nancea S.A. de Ediciones. España. 2007.

y las competencias genéricas requeridas para atender a esa problemática, reconociendo la manera cómo cada disciplina o conjunto de disciplinas aporta a la solución en lo global.

Un diseño curricular de tipo transversal, parte de la identificación de problemáticas generales ligadas al campo profesional, posibilita una perspectiva de tipo multidisciplinar, en la cual se va rompiendo paulatinamente la visión unidimensional y unidisciplinar con que en muchas ocasiones suele percibirse la realidad, lo cual es limitativo y lleva a acciones reduccionistas.

La apertura a la realidad que exige un diseño de esta naturaleza, implica a su vez que los académicos involucrados en el trabajo curricular, vayan desarrollando procesos de aprendizaje autónomo en una concepción de complejidad y articulación de las disciplinas, la cual pueda ser aplicada en los acercamientos metodológicos y la formulación de prácticas profesionales integradoras.

Este proceso de articulación entre disciplinas, no se trata de una suma de partes, sino de la interrelación de categorías conceptuales que permitan ir construyendo un tejido teórico metodológico, donde cada disciplina se reconozca en sus enlaces con otras disciplinas y sea la concurrencia de esta diversidad, la que permita visualizar una totalidad en movimiento, en el reconocimiento de los elementos de realidad que se hayan constituido en objeto de trabajo del currículum.

IV.2 - Programa docencia-servicio-investigación.

Otro pilar fundamental de la formación preprofesional lo constituye la práctica integral odontológica desarrollada en servicios y comunidad.

Ligada a las funciones esenciales universitarias de docencia, extensión-asistencia e investigación, el presente plan prevé la implementación de una estrategia de atención de la salud bucal a través de **pasantías curriculares** realizadas fuera del servicio central. Dicha actividad supone desde el punto de vista del estudiante actuar en ámbitos organizados a nivel institucional y/o comunitario 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.

El desarrollo de un programa de atención de estas características implica:

- Una enseñanza orientada hacia la comunidad que supone el conocimiento de la salud bucal de los grupos humanos a través del reconocimiento del contexto social y de su realidad epidemiológica.
- Un aprendizaje en el ámbito real donde el proceso salud-enfermedad se gesta, transcurre y se resuelve, posibilitando la comprensión integral del mismo.
- La práctica de un modelo de atención integral que, acorde a los lineamientos generales del Plan de Estudios, jerarquiza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con una perspectiva bio-psico-social del individuo.
- El involucramiento de las personas que directa o indirectamente participan en el programa de salud bucal, constituyendo la participación organizada de la comunidad una herramienta fundamental para el logro de una adecuada atención.
- La integración de los programas de docencia-servicio en propuestas más amplias que apunten a la mejora de la calidad de vida de los grupos sociales a quienes se dirigen.



Reafirmando 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 (de acuerdo a Puiggrós A. uno de los síntomas de la crisis se observa en la falta de solidaridad social), 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 comunidad.

Con este fin, la Facultad de Odontología establece acuerdos y convenios docente - asistenciales con: Servicios de salud y Programas de salud comunitarios; Ministerio de Salud Pública, Intendencias municipales, Instituto Nacional del Menor, Policlínicos comunitarios, etc.

La Facultad de Odontología apoya el Programa Nacional de Salud Bucal en el contexto del Sistema Nacional Integrado de Salud, que toma como centro la realineación del modelo de atención, humanizando el desarrollo de las acciones y de los servicios de salud lo cual implica “no solamente consultas y asistencia, sino también toma de conciencia de responsabilidades y derechos por parte de la comunidad construyendo y ejerciendo ciudadanía”.⁹⁴

En la atención de salud se propone esencialmente el incremento y la calificación de la Atención Primaria de Salud, posibilitando el acceso universal y equitativo para todos, considerando su integridad biológica, psicológica y social. De esta manera, con servicios de salud orientados a las necesidades de los usuarios, con la conformación de equipos multiprofesionales que prestarán atención a sus necesidades, con calidad y ética es que se generará en la práctica el sustento de la humanización referida.

La práctica del equipo de salud bucal no se restringe a la labor técnica - odontológica, sino que se integra con otros profesionales aportando a una visión ecológica, holística del individuo en su contexto socio económico cultural. El equipo de salud bucal debe pertenecer y percibirse parte del equipo multiprofesional en cualquier nivel de atención interactuando, entonces, en el propio sistema de salud y/o en acuerdo con otras áreas como la educación, la social o la cultural. El componente salud bucal dentro de la atención integral de la salud es la respuesta científico-técnica-social frente a las expresiones particulares del proceso salud-enfermedad en sus niveles colectivo e individual, es decir el abordaje de la práctica odontológica de las necesidades y problemas bucales prevalentes en la población. En consecuencia, considerando la naturaleza dialéctica y la integralidad del proceso salud enfermedad, la salud no se puede aislar o desintegrar en partes diferentes (Declaración de Santo Domingo, 1989).

Su accionar debe involucrar los centros educativos, los policlínicos, las comunidades, las organizaciones y otras instituciones que concurren a los fines de la salud.

Las diferentes acciones que se plantean en el Programa de Salud Bucal (MSP) tienen como finalidad el mejoramiento de la salud de toda la población, se fundamenta en los principios de universalidad, equidad e integralidad, con participación social, gestión democrática, centralización normativa y descentralización en la ejecución.

En este contexto político-académico, la Facultad de Odontología planifica una estrategia integradora de enseñanza-aprendizaje en servicio de acuerdo al criterio de logro de niveles progresivos de autonomía profesional, desarrollándose la misma de forma creciente a partir de tercer año de acuerdo a las siguientes actividades de atención:

⁹⁴ PROGRAMA DE SALUD BUCAL. Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2008.

A) Nivel educativo-preventivo

- Promoción de salud. (Fig.6)
- Aplicación de medidas preventivas
- Coparticipación en la atención de pacientes.



Fig. 6

B) Nivel asistencial

- Participación en programas escolares, barriales, comunitarios (Fig. 7)
- Atención de pacientes en policlínicos odontológicos / Área Niño y Adulto (Fig. 8).
- Pasantías en el actual Servicio de Registro y Admisión de Pacientes de la Facultad de Odontología.
- Pasantías:
 - Atención odontológica en servicios y comunidad I
 - Atención odontológica en servicios y comunidad II
 - Atención odontológica en servicios y comunidad III



Fig. 7



Fig. 8

Se impulsa un modelo de atención integrador, con el concierto interdisciplinario, valorando el trabajo en equipo como potencializador de la práctica y mejorando la calidad de la atención. Es indispensable para la atención integral de las personas que el estudiante/odontólogo trabaje en equipos interinstitucionales, multi e interdisciplinarios.

Se considera necesario la integración del aprendizaje de la práctica en centros educativos y servicios de salud y sus realidades y para ello el diseño curricular presenta los contenidos en un equilibrio entre la odontología individual, colectiva y comunitaria.

Campo problemático de la educación odontológica en centros y servicios colectivos o comunitarios

Las prácticas extramurales con las comunidades reconocen un escenario cuya cotidianidad es particular, el paciente no es un "requisito" para aprobar la disciplina sino que es, su "razón de ser" como profesional. En ellas se supera lo individual frente a lo colectivo.

Por otra parte, considerando el tercer componente principal de la situación que conjuga enseñanza-aprendizaje-atención: *la población destinataria*, debemos reconocer los rasgos que presenta un sector importante de los pacientes.

Todos los estudios indican que la situación social en el Uruguay se ha complejizado en forma crónica en las últimas décadas y en forma aguda en los últimos años. Estas modificaciones macrosociales tienen un impacto directo en las estructuras microsociales en general y en los individuos en particular. Entre las estructuras más vulnerables se encuentran las familias de bajos recursos observando que en la actualidad más de la mitad de ellas se encuentran por debajo de la línea de pobreza. Estos problemas de estructura tienen consecuencias masivas en los sujetos: calidad de vida, proyección futura, integración social, identidad, mantenimiento de la salud, y en particular de la salud bucal, etc. Por tanto, cualquier demanda por parte de la población objetivo –en este caso de salud bucal- debe tener un abordaje integral y no fragmentado.

Ello representa que, entre otro componentes, no se puede pretender cambiar desde fuera conductas de higiene, de salud, de comportamiento, haciendo generalizaciones, sin tener en cuenta los elementos internos y particulares de las personas porque no todos los individuos responden por igual frente a los estímulos lo que deriva que se deben considerar elementos determinantes para el cambio de significados y para la adquisición de nuevos elementos internos, las variables endógenas de las personas. (Ausubel D, 1987, Psicología Educativa: Un Punto de Vista Cognitivo).

Cultura – comunicación - eficacia

En este sentido, uno de los aspectos problemáticos trata de la "distancia cultural" estudiante-paciente (en oportunidades, docente-paciente) que afecta las posibilidades de establecer puentes de comunicación entre ambos, imprescindible para arribar a un buen diagnóstico integral y en consecuencia, orientarlo en el cuidado de la salud a partir del comportamiento cotidiano. Cuando hacemos mención a la "distancia cultural" nos estamos apoyando en algunos conceptos que cabe explicitar. Con el término cultura nos referimos "*al estilo de vida total, socialmente adquirido, de un grupo de personas, que incluye los modos pautados y recurrentes de pensar, sentir y actuar*" (M. Harris, 1987)⁹⁵

Esta cultura, implica todo lo que hace a la construcción humana: valores morales, costumbres, sensibilidad, estética, conocimiento, religión, ritos, formas de relacionamiento, normas, pautas de higiene, etc. Ahora bien, dentro de una misma sociedad esta cultura no es uniforme para todos sus miembros, desarrollándose culturas adaptativas específicas o subculturas. La subcultura refiere entonces a la cultura que es

⁹⁵ HARRIS, M. Introducción a la antropología general, Madrid, Alianza, 1994

característica de un grupo o clase social, dentro de una sociedad dada y es funcional a las condiciones materiales del grupo. La cultura de cada grupo humano es transmitida a las generaciones siguientes a través de un proceso denominado endoculturación (M. Harris, 1987) como “(...) una experiencia de aprendizaje parcialmente consciente y parcialmente inconsciente a través de la cual la generación de más edad invita, induce y obliga a la generación más joven a adoptar los modos de pensar y comportarse tradicionales”. Por lo expuesto, cada niño al nacer está condicionado no sólo por su entorno material, sino también por la cultura del grupo al que pertenece. Esta subcultura es transmitida y aceptada por el individuo de cualquier cultura como “natural” y no requiere a priori ser re-elaborada.

Considerando lo anterior, podemos plantear algunas premisas en las que se apoya el campo problemático de la actividad clínica sanitaria:

- La población universitaria (docentes y estudiantes) y la población usuaria de los servicios de extensión de la Facultad de Odontología pertenecen (en líneas generales) a grupos sociales diferentes y por tanto a diferentes subculturas.
- Las pautas culturales de ambos grupos están “naturalizadas” y esto dificulta la comprensión de lo distinto como un comportamiento posible y hasta aceptable en otros contextos. La interacción implica movimiento de ambas partes.
- Para modificar la situación encontrada no alcanza con suministrar al “otro” (en este caso el paciente) los elementos materiales (cepillo, dentífrico, etc.) y la información para su uso. Esto es condición necesaria pero no suficiente ya que se requiere modificar pautas culturales “naturalizadas” por las personas, las familias y los grupos sociales.
- Es necesario conocer y comprender las pautas culturales que sustentan el comportamiento de los pacientes con patología bucal para poder “desnaturalizarlas” y modificarlas con una propuesta posible dentro un contexto social y cultural.
- El trabajo interdisciplinario con Lic. en Trabajo Social, Psicólogos, Sociólogos, dados sus conocimientos específicos, operarán como facilitadores tanto en la comprensión de las pautas culturales del paciente como en el establecimiento del vínculo de los estudiantes de odontología con ellos y sus contextos.

Se percibe que el conocimiento de estos factores socioculturales de la salud se vivencian con mayor énfasis en las pasantías que los estudiantes realizan como parte de su formación en servicios y comunidad (actividad “extramural”). Es fundamental en la etapa diagnóstica el análisis de la presencia o ausencia de: conductas dirigidas a la salud, patrones de alimentación y la actitud hacia la higiene personal ya que se considera a las enfermedades más prevalentes en Odontología (caries y enfermedades gíngivo-periodontales) directamente relacionadas con el estilo de vida de las personas y su motivación al autocuidado.

A. Puiggrós expresa, “... existe una función diferente de la educación. Ya no se trata de un mecanismo destinado a la trasmisión completa de la cultura, sino que es susceptible de ser utilizado para su transformación” (1994:47),

La complejidad del entramado social, “hábitus” para Bourdier [...] estructuras estructuradas dispuestas a funcionar como estructuras estructurantes [...]), resulta un principio regulador del proceso enseñanza-aprendizaje, obliga a considerar la interdisciplina, el diálogo de saberes, como eje para construir con las comunidades

nuevas formas de organización que propendan por nuevas relaciones para alcanzar la salud, donde sea tenida en cuenta la diferencia, la concepción **del otro**, sin imposición, donde la salud sea concebida desde diferentes miradas y los logros sean realmente significativos para la población. Es por esto que se asume el trabajo comunitario haciendo una interpretación analítica y sistémica de la conducta, considerando variables internas.

El vínculo paciente-estudiante-docente - La atención odontológica plantea una interacción paciente-estudiante que se suma a la de estudiante-docente (Fig.9).

Si consideramos la atención odontológica de niños y adolescentes se genera una nueva situación de interacción triangular especial (extendida), docente-odontólogo-paciente/padres (Fig.10), que diversifica la capacidad del manejo por parte del estudiante de esa situación.

Asimismo, la actividad clínica es exigente en cuanto a la permanente tutela docente en las acciones clínicas que se desarrollan, representando una responsabilidad ética que enfatiza la importancia de una orientación altamente personalizada.

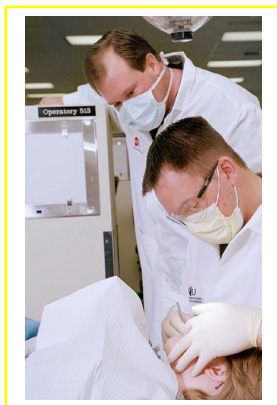


Fig. 9



Fig. 10

El conocimiento científico apoya el hecho que las intervenciones médicas adecuadas para el control de las enfermedades bucales más prevalentes permite prevenirlas, mitigarlas o revertirlas mediante una práctica profesional con énfasis en el diagnóstico, en la identificación de aspectos conductuales y comportamentales y en la racionalización de procedimientos preventivos y rehabilitadores adecuados y pertinentes.

Con base en ellas, es necesario hacer referencia al estado actual en la relación pedagógica entendida maestro-alumno; maestro-alumno-comunidad; odontólogo-paciente; alumno-paciente; de la relación y la complejidad del ser humano y el tejido social en que actúa. Hoy se vislumbra un avance en el interés de los docentes por adentrarse en el campo de la educación, buscando su formación, interés por las reflexiones pedagógicas y por otro lado, la coyuntura de la universidad, plantea modificación en los planes de estudio y en las relaciones pedagógicas, fenómenos en plena articulación. Las relaciones pedagógicas, tanto en el trabajo comunitario como en el aula, se plantea entonces en términos de interacción, de diálogo de saberes, de comunicación con el otro, al cual se pretende llegar.

En el trabajo comunitario tanto el conocimiento académico como el sentido común modifican algunos significados, basados en cómo las nuevas ideas son relacionadas con las que el "otro" ya sabe, teniendo como elemento de enlace el lenguaje como una función integral y operativa que regula la interacción y el diálogo. En la educación

comunitaria, al igual que en la educación formal, se debe entender que existe un saber previo y, es a partir de éste que comienza la construcción de conocimiento en un diálogo y negociación de saberes. Para que este diálogo se dé, es necesario que exista una actitud abierta, tanto de la comunidad como del educador, en la que se comprenda su saber y sus representaciones y, en donde, si lo que se pretende es un cambio cognitivo, (por ejemplo respecto a la necesidad del autocuidado), la motivación esté dada por una significación real por parte de la comunidad.

A partir de estas reflexiones surgen interrogantes de si las comunidades realmente quieren o necesitan llegar a donde la academia considera, es decir, si las metas son compartidas por el otro. Aquí no se trata como en la educación formal de eliminar saberes previos cerrados (en algunos conceptos de una disciplina específica) sino de negociarlos, permitiendo construir un conocimiento que tenga en cuenta tanto la mirada del sujeto que conoce como la del sujeto que pretende conocer. Esto hace redimensionar las propuestas académicas, que ven importante que las universidades se abran a las comunidades con el propósito de producir la transformación planteada.

La implementación de programas de salud bucal en centros educativos representa un ámbito de práctica clínica en la que se observan diferentes situaciones en la atención odontológica que generan la búsqueda de respuestas científicas adecuadas y pertinentes. Los programas educativo-preventivo-asistenciales desarrollados en centros educativos permiten que al mismo tiempo que se brinda servicio, los estudiantes/profesionales se nutran de un ámbito de práctica que le exige capacidades y desempeños técnico-asistenciales pertinentes, instancias de deliberación, de concertación y el desarrollo de procesos participativos y de comunicación adecuados.

Por otro lado, Hospital y Universidad, a través de la asistencia y de la formación de recursos, cumplen mancomunados sus compromisos para la sociedad que los ha creado y mantiene. Está bien demostrado que la docencia mejora la calidad de la atención a través del incentivo, del permanente contacto con el proceso de enseñanza-aprendizaje que al generar una actitud positiva de búsqueda de información y de razonamiento obliga al personal estable a su continua actualización y perfeccionamiento.

El hospital no es un conjunto de paredes, barandas, camas alineadas y equipos de laboratorio; hospital es la multiplicidad de roles que adquieren cada uno de esos componentes puestos en función del paciente. Michel Foucault⁹⁶ expone, en el artículo de referencia, las condiciones históricas en que el hospital nace y se consolida como instrumento terapéutico. Debe enseñarse al estudiante no solamente el cómo, sino también el porqué de las cosas, el principio y finalidad de cada uno de los resortes que mueven los componentes del hospital, desde los mecanismos de admisión para ingresar a un paciente hasta los que deciden su egreso, los criterios de permanencia en las diferentes unidades, la jerarquía y el modo particular en que se relacionan cada uno de los servicios, el régimen disciplinario y las relaciones de poder que se dan en el seno hospitalario (conocer su origen y de qué manera se aplican), el movimiento de los recursos materiales y humanos y de qué manera la tecnología moderna puede ser utilizada en el ámbito práctico. De tal manera se enseña al alumno a trabajar en un contexto operacional

El contacto de los estudiantes con profesionales que se desempeñan en ámbitos de asistencia colectiva es realmente provechoso por lo diversificado de las experiencias. Se tiene contacto con la organización, administración, programación de actividades preventivas, curativas, de promoción y de rehabilitación y fundamentalmente se mantiene una comunicación fluida con médicos, auxiliares y funcionarios, base del trabajo en

⁹⁶ FOUCAULT M. La incorporación del hospital en la tecnología moderna. En: Estética, ética y hermenéutica. Buenos Aires. Editorial Piados. 1999.

equipo (Figs. 11 y 12).



Fig. 11



Fig. 12

El carácter interdisciplinario de la salud, apoyado en el trabajo en equipo ha ampliado de manera considerable la responsabilidad docente de los técnicos al deber ocuparse de la formación de los otros integrantes del grupo para así llevar adelante la atención integral. A través de esta integración se pretende lograr un trabajador de la salud más conciente, crítico y participativo.

Las directivas a nivel de la región en los últimos años plantean la necesidad de profundizar las políticas y estrategias en este proceso:

- la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana y 59ª Sesión del Comité Regional llevada a cabo en Washington, D.C., del 1 al 5 de octubre del 2007 elaboró varias metas a cumplir por los países miembros de OPS referidas a la formación de recursos humanos en salud para el período 2007 – 2015. Entre ellas se propone que el 80% de las instituciones de la salud hayan reorientado su formación hacia la APS y las necesidades de la salud comunitaria e incorporando estrategias para la formación interdisciplinaria e interprofesional.⁹⁷
- el documento "Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud", OPS 2008, revela ciertos avances en algunos países de la región en la formación de profesionales de la salud orientados hacia la APS, promoviendo la integración en equipos interdisciplinarios y multiprofesionales. En los países donde se ha avanzado en esta dirección, la implantación de sistemas integrados de salud se ha acompañado de cambios importantes en el vínculo entre las instituciones formadoras de los profesionales y las políticas gubernamentales.⁹⁸

V - EVALUACIÓN

⁹⁷ OPS/OMS Metas regionales en materia de Recursos Humanos para la Salud 2007- 2015 en: 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana; 59ª sesión del Comité Regional. Washington DC, 2007. Disponible en: <http://new.paho.org/pan/index2.php>

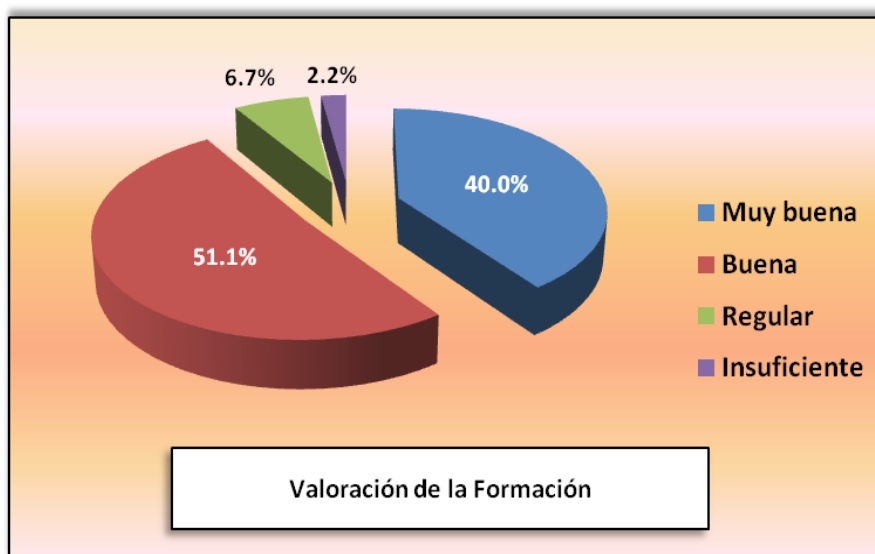
⁹⁸ OPS. Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N° 2) Washington DC: OPS, 2008. p. 22.

V.1- EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN CURRICULAR y DEL PERFIL DE EGRESO

ENCUESTA DE EGRESADOS PLAN DE ESTUDIOS 93

Considerando que las prácticas preprofesionales integradas al Plan de Estudios 2001 de la carrera de Doctor en Odontología, finalmente surgen de ciertos ajustes de lo implementado y evaluado con el Plan de Estudios 93, en el cual se pone en práctica la innovación educativa del presente modelo pedagógico y del nuevo modelo de atención, la encuesta a egresados del Plan de estudios 93 resulta en un documento institucional válido y permite en algunos aspectos una evaluación analítica y normativa de su implementación⁹⁹.

El mencionado estudio se inscribe dentro de los procesos de evaluación curricular permanente que la Unidad de Supervisión y Transformación Curricular (UNSTRAC) tiene encomendado realizar para el seguimiento de la carrera de Doctor en Odontología. Su objetivo fue conocer la visión de los egresados del Plan de estudios 93 respecto de la formación recibida en el momento de su inserción en la vida profesional. Se realizó una encuesta a la primera cohorte de egresados del Plan 93 que se recibió durante el año 2002 (01.01 al 31.12) una vez transcurrido un año de su titulación (67 odontólogos) cubriéndose efectivamente al 67% de los titulados (45 profesionales). Ante la pregunta: ¿Cómo calificaría, en términos generales, la formación de Doctor en Odontología que recibió en la Facultad, según la siguiente escala: 1: insuficiente; 2: Regular; 3: Buena; 4: Muy buena y 5: Excelente? se comprueba que la valoración es altamente positiva, 8 de cada 10 egresados de esta generación consideró satisfactoria la calidad de su formación. Sólo alrededor del 10% la valoró insuficiente.



En general las referencias van dirigidas al nuevo enfoque de formación, en el cual fundamentalmente se valora la formación clínica en los aspectos relativos al cambio en el modelo de atención. Se advierten pocas referencias (ni como fortaleza ni como fracaso), respecto al modelo curricular y a los cambios de orientación pedagógica.

⁹⁹ COLLAZO M, LÓPEZ JORDI, MC. Resultados de la Primer Encuesta de Egresados de la Carrera de Doctor en Odontología - Plan de Estudios 93. Revista Odontoestomatología, Vol IX, Nº 9, año 2007.

La mayor fortaleza de la nueva orientación profesional que brinda la Facultad de Odontología a partir de 1994 tiene que ver, desde la perspectiva de los egresados encuestados, con un componente clave de la transformación curricular: el cambio del modelo de atención. en lo que refiere a la formación conceptual y filosófica y la capacitación teórica y práctica en un enfoque preventivo e integral de la asistencia clínica odontológica.

También se menciona, el componente de la integración académica (componente clave en los espacios clínicos), el cual se reconoce como un pilar fundamental del cambio proyectado. En tercer lugar, se señalan fortalezas relativas a la calidad de la formación teórica y el nivel académico del cuerpo docente.

V.2 - EVALUACIÓN INSTITUCIONAL – DIMENSIÓN: ENSEÑANZA DE GRADO

En el año 1998 el Consejo de Facultad de Odontología resuelve iniciar el proceso de análisis de la Evaluación Institucional que cumplió diferentes etapas: grupos de trabajo, talleres para discusión de informes, propuestas, elaboración de matriz de indicadores e informe preliminar particular de las dimensiones de análisis, etc. El 10 de mayo de 2008 se realiza una jornada de trabajo con una amplia participación de los órdenes y gremios y se establecen las bases del informe definitivo de Evaluación Institucional.¹⁰⁰

En la *Dimensión 2: Enseñanza de grado* (págs.25, 26) el informe establece la reconceptualización de la práctica odontológica reorientándola hacia un enfoque clínico integral y de docencia-servicio que procura impactar en el sistema de salud buscando cumplir un rol activo en las dinámicas de cambio social. Cita dos estudios: la encuesta de la Asociación Odontológica del Uruguay (AOU)¹⁰¹ y el estudio de Errandonea (2003)¹⁰² y establece que se puede concluir que el nivel de satisfacción general de los egresados de la carrera de Doctor en Odontología ha sido, sostenidamente en el tiempo, muy alto y se constata que:

- la satisfacción con la formación recibida de grado es mayoritaria y homogénea en todos los agrupamientos profesionales, pero los odontólogos, junto con los economistas y los contadores se sitúan en el nivel más alto de la escala; casi 9 de cada 10 entrevistados se manifiestan “satisfechos y muy satisfechos” (Errandonea:64).
- en cuanto a la evaluación de la adecuación de la formación recibida ante la inserción profesional, también los odontólogos, manifiestan la más alta adecuación en el universo de titulados del país (84%) (Errandonea:65).
- sobre la suficiencia de la formación recibida en el grado para su desempeño

¹⁰⁰ EVALUACIÓN INSTITUCIONAL. Facultad de Odontología. Universidad de la República. Mayo 2008. Disponible en: www.odon.edu.uy

¹⁰¹ AOU-Equipos Consultores: Investigación sobre la situación profesional, ocupacional y social de los Odontólogos en el Uruguay, 1986; AOU-Equipos-Mori: La situación ocupacional y profesional de los odontólogos, 1998; AOU-CINVE: Informe encuesta odontológica 2004.

¹⁰² ERRANDONEA G. Los profesionales universitarios en Uruguay. Un perfil sociodemográfico, de formación y trabajo. Unidad de Relaciones y Cooperación con el Sector Productivo. Universidad de la República. 2003.

profesional, el 76% de los egresados la valoró como “suficiente y más que suficiente” (Errandonea:67). En el 2004, el estudio realizado por la AOU, confirma la existencia de una gran conformidad con la calidad de la formación recibida y el predominio de una visión positiva sobre la relación entre formación y exigencia profesional.

En el informe de Evaluación institucional, la *visión de los estudiantes* (pag.33) destaca la preocupación por la función de asistencia, asociada al complejo y por momentos conflictivo vínculo docente-estudiante-paciente, intrínsecamente dependiente, sobre todo en lo que hace a la relación estudiante-paciente. Se identifica un importante nivel de *malestar* que se expresa en forma de *estrés estudiantil*, analizado por la Unidad de Apoyo a la Enseñanza a través del seguimiento de estudiantes y en proceso de abordaje con el respaldo de la Facultad de Psicología.

El mencionado informe (pág 153), establece que la articulación de la enseñanza de grado con la asistencia es plena ya que el cambio del modelo de atención constituye un pilar fundamental de la reforma curricular, integrando la interdisciplina e incorporando como nuevo componente de formación práctica profesional las pasantías en servicios y comunidad, expresando que:

- las clínicas integradas en Facultad de Odontología, constituyen hoy el mayor servicio odontológico concentrado en un espacio físico, siendo las mismas un centro de referencia especializada para todo el país.
- el Programa Docencia Servicio constituye uno de los pilares fundamentales en la dinamización y organización de las prácticas curriculares.

Plantea que la Facultad ha definido dentro de sus objetivos, la paulatina conversión en Hospital Odontológico, con la propuesta de realizar su función docente en la práctica asistencial, con el funcionamiento como servicio integrado, centrando el aprendizaje en las necesidades del paciente evaluando que si bien el desarrollo de los servicios, ha sido importante en estos años, existe todavía una distancia muy importante en el logro de este objetivo.

V.3 - ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA INTEGRACIÓN DE ALGUNOS COMPONENTES EN LA ENSEÑANZA DE LA ODONTOLOGÍA EN LATINOAMÉRICA

El conocimiento del estado de situación en las Facultades de Odontología de la Región Latinoamericana surgió como necesidad dentro del trabajo sobre estructura curricular que debió elaborar en el año 2009 el Grupo 2 A (que integro desde 2006) del Proyecto Latinoamericano de Convergencia en Educación Odontológica – ENLEC-PLACEO.

A comienzos del año 2009 fueron enviados por nuestro grupo 70 cuestionarios, vía e mail, a las direcciones de correo electrónico que figuran en la plataforma ENLEC-PLACEO de los centros de estudios de los integrantes de los grupos 1A, 1B, 2A, 2B, 3A, 3B y 4, resultando: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Perú, Venezuela y Uruguay, recibándose un total de 33 respuestas (47%).

<http://moodle.redealuno.usp.br/moodle>

Las preguntas realizadas fueron:

Qué modelo de formación está actualmente implementado en la Facultad en la que desarrolla sus actividades?



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

1. Tradicional por asignaturas
2. Basado en competencias
3. Integrado
4. Otro: especifique

Cómo se miden las actividades académicas realizadas por los estudiantes:

1. Horas cátedra
2. Créditos
3. Otra: especifique
Si respondió por créditos, a qué equivale cada crédito?

Indique en qué proporción el Plan de estudios en la actualidad contempla:

1. Materias/cursos obligatorios: %
2. Materias/cursos optativos: %
3. Materias/cursos electivos: %

En las gráficas presentadas a continuación se observan los resultados.

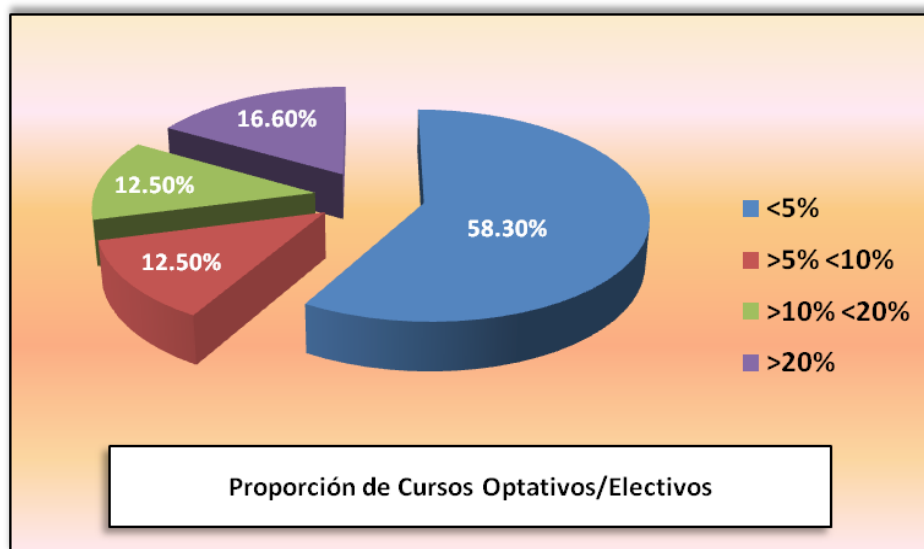
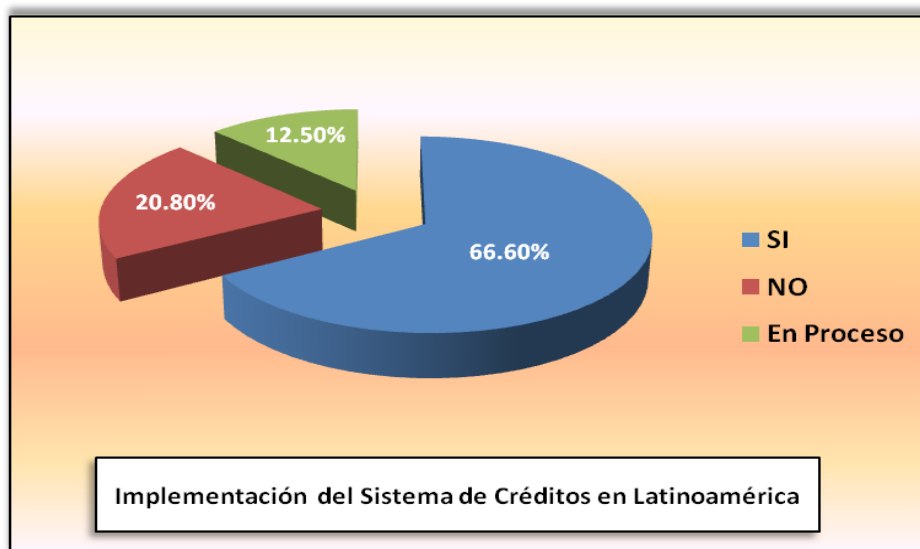
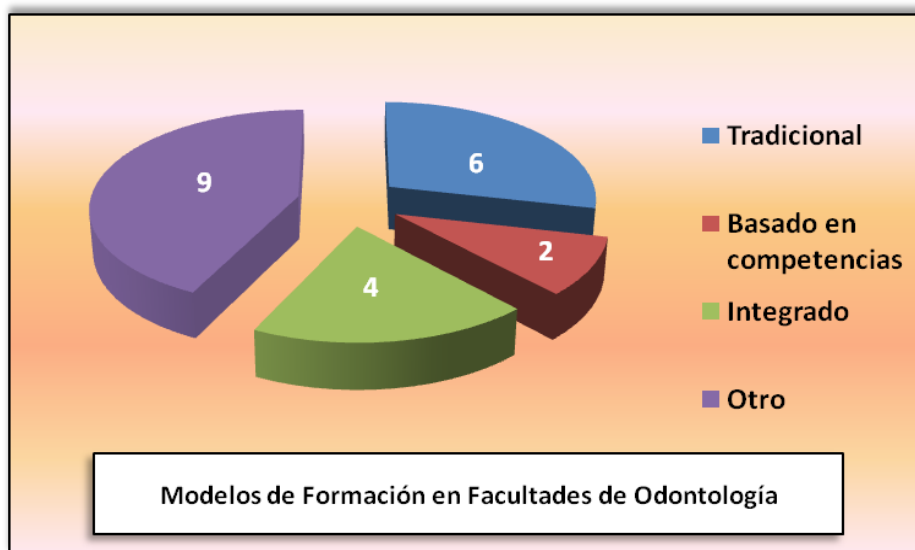
El informe mencionado culmina aconsejando la integración de ciertos componentes a la estructura curricular en todas las Facultades que permita la convergencia en la Región (muchos de ellos los hemos analizado en la presente monografía integrando el Plan de estudios 2001 de la Facultad de Odontología, UDELAR). Entre los aspectos aconsejados un alto porcentaje, que se expresan a continuación, está relacionado con la clínica odontológica:¹⁰³

- *Integralidad, sin disciplinas aisladas y con contenidos organizados en módulos o unidades de aprendizaje, generando un proceso educativo de tipo transversal y con una visión de totalidad.*
- *Inter y multidisciplinariedad.*
- *Exposición temprana de los estudiantes al ámbito situacional de los problemas de salud*
- *Incremento del uso de los campos clínicos insertos en las comunidades como sitio de práctica y servicio*
- *Orientación de las prácticas clínicas a las necesidades del país (docencia-servicio).*
- *Formación en investigación como eje transversal que permita al estudiante reflexionar y desarrollar propuestas a partir de la solución de problemas.*

Resultados

Se evidencia que el 50% de las Facultades que respondieron el cuestionario, han avanzado en modelos de formación superando al tradicional y que el 80% tiene o está en proceso de implementación de un sistema de créditos. En cuanto a la integración de cursos optativos o materias electivas en el currículo, se identifica que todas cuentan pero la gran mayoría en una baja proporción (58.30%).

¹⁰³ PLACEO- Libro del Proyecto Latinoamericano de Convergencia en Educación Odontológica. APCD. Ed. Artes Médicas. 2010.



VI - CONCLUSIONES

Como hemos analizado, en nuestro medio hasta los años 60 predominó el modelo eminentemente tecnológico, luego comenzó a gestarse un movimiento renovador de la educación odontológica no sólo en nuestro país sino en Latinoamérica, basado en el cambio de paradigma que estaba aconteciendo planteando la necesidad de un nuevo enfoque tanto del **modelo de atención** como del **modelo pedagógico** con una interrelación entre la *formación teórica básica* con la *formación crítico social* que fomenta la reflexión y comprensión del egresado acerca de su rol tanto profesional como sujeto social, parte constitutiva del tejido social (de Alba, A; 1995).

Un componente clave del nuevo perfil profesional buscado fue la formación de un médico y un odontólogo más acorde con las necesidades reales de sus países, con la introducción de las ciencias sociales en la concepción curricular de las Facultades. Por ello se observó la creación de cátedras o departamentos de Salud Pública u Odontología Social en las Facultades y junto a ellos la planificación de programas sociales. La experiencia en modelos de integración docencia-servicio permiten que el estudiante en el grado y en el postgrado se forme en un régimen de “aprender-haciendo” y “aprender transformando”, en contacto permanente con las necesidades y demandas de la sociedad, dirigida a una práctica social pertinente basada en los lineamientos de una planificación científica, encaminada a resolver problemas del hombre considerado integralmente.

Las investigaciones de las ciencias biológicas de los últimos años han impactado en la clínica odontológica (biología molecular, biología celular y biotecnología) creando demandas de conocimientos y recursos. Por otro lado se ha enfatizado el compromiso en la adecuación de la práctica que permita satisfacer las expectativas sociales. Estos dos escenarios de conocimiento impactan en la profesión, resultando en la necesidad de una nueva visión de la enseñanza de la odontología. Por un lado, el conocimiento generado por la investigación biológica y tecnológica donde se plantea la necesidad de superar el aislamiento de los laboratorios para insertarse en la clínica y en referencia a la práctica real, la integración a equipos interdisciplinarios generando la capacidad para desarrollar nuevas habilidades en sus interacciones.

Los conocimientos y experiencias generadas en los dos contextos mencionados, complementan la verdadera práctica formativa para la atención integral e integrada de la odontología.

Los planes de estudios innovadores responden a la necesidad de esa integración reconociendo que los dispositivos y espacios didácticos deben equilibrarse en la formación profesional, aplicando en los currículum tanto el conocimiento basado en la academia y en la investigación como los problemas derivados de la propia práctica cotidiana.

En esta concepción integradora de la formación odontológica se plantea un primer problema, referido a la falta de conexión existente entre la idea de conocimiento profesional que se produce en las facultades y aquellas competencias que se les exige a los prácticos en el terreno de la realidad. Se aprecia en los centros educativos una escisión de la escuela profesional en dos mundos habitados respectivamente por profesores orientados a la disciplina y otros orientados al campo social. Es así que se



pueden distinguir: a) unidades docentes con profesores predominantemente dedicados al desarrollo de las disciplinas, (a veces hasta consideran a los servicios comunitarios de inferior categoría) y b) centros de práctica preprofesional en donde se convive con las demandas de la familia, de las comunidades, de sus lugares de trabajo, condiciones de empleo o desempleo, etc.

Nos enfrentamos entonces en el Área Salud con la necesidad de diseñar nuevos programas con el fin de preparar a los estudiantes no sólo para las exigencias técnicas de la práctica clínica sino también para el análisis, reflexión e integración de las cuestiones relativas a la familia, a la comunidad, a las culturas y subculturas. Reconocemos que no se puede enseñar al estudiante todo lo que necesita saber, nadie más puede verlo por él, ni puede simplemente porque alguien se lo diga (Dewey) y en este sentido acordamos con Schön en una concepción constructivista de la propia práctica. Los profesionales están en transacción con el mundo de su práctica, definiendo los problemas que surgen en las situaciones de la asistencia y adaptando las soluciones ajustadas a la estructura de los problemas, en una actividad esencialmente constructiva y creativa.

Entender la pertinencia de la formación médica como el ajuste de los contenidos de los currículos a las necesidades sociales de salud, es darle un enfoque reduccionista ya que la pertinencia se logra con la participación de la institución educativa en la vida social y cultural de la sociedad en la cual se inserta. Esa participación se concreta en las actividades que realizan los actores de los procesos universitarios en función de la solución de los problemas de la comunidad. Los principios y conceptos acerca de la pertinencia como tendencia de la educación superior en el presente siglo (Conferencia Mundial, 1998), en su unidad dialéctica con la calidad, la equidad y la responsabilidad social tienen su expresión concreta en la formación de profesionales para la Salud, con la particularidad que le da el hecho de que la Salud es un factor de primera línea en el desarrollo humano.

La Declaración final de CRES- INESALC (2008) comienza puntualizando el contexto nacional y regional para la Educación Superior, no la pueden garantizar de forma aislada las universidades, ni los sistemas e instituciones, ni las acciones en el plano internacional de la UNESCO, sino que va a depender en primer lugar de que en cada país exista la voluntad política de lograr "la construcción de una sociedad más próspera, justa y solidaria y con un modelo de desarrollo humano integral sustentable..." Un contexto con esos valores sociales es necesario para que las instituciones de educación superior puedan profundizar proyectos pertinentes de formación profesional integrando valores que los lleven a los egresados a poner sus conocimientos y habilidades en función de las verdaderas necesidades sociales, incrementando la efectividad de las acciones transformadoras del estado de salud de las personas, las familias y las comunidades y contribuyendo así al desarrollo humano integral y sustentable.

Como conclusiones del análisis realizado en el presente trabajo monográfico expresamos:

1. La Facultad de Odontología sustenta una concepción transformadora que integra sólidamente en su proyecto institucional las tres funciones universitarias esenciales. El eje visible de este cambio sustancial lo ha constituido inicialmente la función de enseñanza con gran énfasis en su relación con la de extensión, con la puesta en marcha de los Planes de Estudios 93 y 2001.



2. La Facultad de Odontología reafirma la vocación universitaria de desarrollar modelos de docencia articulados a políticas de salud y educación que respondan a las necesidades sociales siendo necesaria la confluencia de las instituciones y de las organizaciones representativas de los intereses de la comunidad.
3. Los Planes de estudios 93 y 2001 de la carrera de Doctor en Odontología jerarquizan a la clínica odontológica, como espacio de práctica educativa.
4. La práctica clínica curricular se organizan en base a dos grandes estrategias: la Clínica Integrada en el Servicio Central y el Programa Docencia-Servicio-Investigación representando dos contextos de aprendizaje que hasta ahora están tratando de integrarse.
5. La atención odontológica plantea una interacción paciente-estudiante que se suma a la de estudiante-docente. Si se considera la atención odontológica de niños y adolescentes se genera una nueva situación de interacción triangular especial (extendida), docente-odontólogo-paciente/padres.
6. La enseñanza en disciplinas de la salud, debe partir del ejercicio diario del vínculo paciente-profesional/estudiante pues implica comprender al otro con sus pertenencias y referencias sociales que lo constituyen como persona.
7. La articulación teoría/práctica debe organizarse asumiendo que la realidad pone a prueba aspectos de la teoría y es lo que le da sentido al conocimiento que se necesita producir. La práctica no significa la aplicación y confirmación de la teoría, pero es su fuente; presenta múltiples facetas por lo que requiere una intervención reflexionada de la teoría en una visión multidimensional.
8. Se identifican algunas diferencias en la relación educativa y en los componentes del sujeto pedagógico en los distintos escenarios de práctica clínica derivados de las particularidades de la atención de la salud individual y comunitaria.
9. El campo problemático en la práctica clínica preprofesional identifica ciertas barreras desde una perspectiva de conjuga la calidad y equidad del proceso enseñanza-aprendizaje:
 - masificación (alta numerosidad de grupos de estudiantes que apoye la enseñanza activa y la evaluación continua)
 - sujeto pedagógico moderno (escasa participación)
 - formación docente (sin tradición formal de formación sistemática)
 - relación con el saber en los diferentes escenarios de práctica.
10. Las orientaciones pedagógicas deben promover el abordaje interdisciplinario, renovar los procesos de enseñanza y dinamizar los de aprendizaje, conjugar distintas modalidades de evaluación valorando los procesos y los productos enfatizando una práctica clínica pertinente y contextualizada.
11. La Universidad necesita adaptarse a los adelantos académicos, tecnológicos y metodológicos haciendo posible que crezcan nuevos sujetos pedagógicos variados y flexibles, es decir la democratización del vínculo pedagógico, siendo decisiva la evolución en el cuerpo docente resaltando dos condiciones: formación integral y metodologías de enseñanza activas.

Reflexión final

La formación de profesionales para la salud se apoya en su pertinencia, su calidad, la equidad y la responsabilidad social reconociendo la Salud como un factor de primera línea en el desarrollo humano.

Actualmente se reconoce la importancia de una buena salud oral y el impacto que las enfermedades bucales pueden tener en la salud general, en la participación social, en la vida diaria y en general en el bienestar de las personas y las comunidades.

La salud bucal no se limita a los diente, ni a la boca, representa un componente esencial e integral de la salud en su concepción más amplia.

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 implementando un proceso de transformación curricular, planteando la necesidad de un nuevo enfoque tanto del modelo de atención como del modelo pedagógico.

Para su completo análisis, se considera como necesidad el contar con información pertinente desde los distintos actores universitarios involucrados sobre el proceso de formación actual de la odontología. Ese conocimiento permitirá la valoración real del nuevo perfil profesional como respuesta científica, técnica, social y ética a las necesidades de la comunidad, con la perspectiva de construir conocimientos para la acción y la transformación social.

VII - FUENTES DOCUMENTALES

- ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA URUGUAYA (AOU) -Equipos Consultores: Investigación sobre la situación profesional, ocupacional y social de los Odontólogos en el Uruguay, 1986; AOU-Equipos-Mori: La situación ocupacional y profesional de los odontólogos, 1998; AOU-CINVE: Informe encuesta odontológica 2004.
- ASAMBLEA GENERAL DEL CLAUSTRO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, órgano asesor de relevancia fundamental en el gobierno universitario, aprueba el Plan de estudios 93 en su sesión del 19 de diciembre de 1992 bajo la presidencia del Prof. Dr. Rudemar Blanco, siendo el decano, Prof. Dr. Sergio Di Píramo, el promotor del mismo.
- COLLAZO M, LÓPEZ JORDI, MC. Resultados de la Primer Encuesta de Egresados de la Carrera de Doctor en Odontología - Plan de Estudios 93. Revista Odontostomatología, Vol IX, N° 9, año 2007. Editorial Tradinco.
- CONFERENCIA MUNDIAL de EDUCACIÓN MÉDICA. Recomendaciones. Edimburgo: OMS; 1993.
- DOCUMENTO de Posición de América Latina ante la Conferencia Mundial de Educación Médica, Cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Edimburgo:OPS; 1993.
- ERRANDONEA G. Los profesionales universitarios en Uruguay. Un perfil sociodemográfico, de formación y trabajo. Unidad de Relaciones y Cooperación con el Sector Productivo. Universidad de la República. 2003.
- EVALUACION INSTITUCIONAL. Documento elaborado por la Facultad de Odontología. Universidad de la República. Mayo 2008. www.odon.edu.uy
- Declaración de Santo Domingo, 1989.
- INFORME LALONDE. M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government Canada. 1974.
- INFORME MUNDIAL UNESCO Hacia las sociedades del conocimiento. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. 2005.
- OPS/OMS Metas regionales en materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015 en: 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana; 59ª sesión del Comité Regional. Washington DC, 2007. Disponible en: <http://new.paho.org/pan/index2.php>
- PLAN DE ESTUDIOS 93. CARRERA DE DOCTOR EN ODONTOLOGÍA. Mayo 1993
- PLAN DE ESTUDIOS 2001 aprobado por el Claustro de Facultad el 27 de marzo del 2001.y por el Consejo en sesión del 29 de marzo del 2001. www.odon.edu.uy
- PLAN DE MEJORAS para la acreditación de la Carrera de Doctor en Odontología. Disponible en www.odon.edu.uy
- PROGRAMA NACIONAL DE SALUD BUCAL. Ministerio de Salud Pública. Uruguay www.msp.org.uy
- PROYECTO "Atención de la situación crítica de la enseñanza de grado en el marco de la transformación curricular de la Facultad de Odontología". Coautoría UAE - UNSTRAC (Facultad de Odontología). Aprobación CDC 27/12/96.
- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Los espacios de formación en la práctica profesional en cátedras universitarias que innovan en la articulación teoría-práctica. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación (IICE) de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Equipo de

- investigación: Lucarelli, Donato, de Hevia, Nepomneschi, Zacarfa, Faranda, Finkelstein, Calvo. En Brasil: Ml. da Cunha, D.Leite, I.Passos Veiga.
- PROYECTO LATINOAMERICANO DE CONVERGENCIA en educación odontológica. ENLEC-PLACEO. <http://moodle.redealuno.usp.br/moodle>
 - PROGRAMA DE SALUD BUCAL. Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2008.
 - PROYECTO TUNING AMÉRICA LATINA. <http://tuning.unideusto.org/tuningal/>
 - PROYECTOS de los aspirantes a cargos efectivos Coordinadores del Programa Docencia-Servicio-Investigación. Facultad de Odontología. UDELAR. 2008.
 - REGLAMENTO DEL PLAN DE ESTUDIOS. Carrera: Doctor en Odontología. Facultad de Odontología. Udelar. www.odon.edu.uy
 - RESOLUCIONES DEL CONSEJO. Facultad de Odontología. Universidad de la República. Disponibles en www.expe.edu.uy
 - SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. Disponible en www.msp.org.uy
 - UAE. Unidad de Apoyo a la Enseñanza. Facultad de Odontología. Informes al Consejo de FO.
 - UNSTRAC. Unidad de Supervisión y Transformación Curricular de la Facultad de Odontología. Informes al Consejo de FO.
 - UNSTRAC. Informe al Consejo de FO sobre estimación del efecto salud en los costos de la enseñanza. Unidad de Supervisión y Transformación Curricular. Facultad de Odontología. Udelar. 2003.
 - UNSTRAC -UAE. Informe al Consejo de FO sobre estimación del efecto salud en los costos de la enseñanza. Unidad de Supervisión y Transformación Curricular. Unidad de Apoyo a la Enseñanza. Facultad de Odontología. Udelar. 2003.

VIII- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- ALLIDIÈRE N. El vínculo profesor-alumno. Una lectura psicológica. 2004. Editorial Biblos. 2ª edición. 2008. Argentina.
- ANDREOZZI M. Sobre residencias pasantías y prácticas de ensayo. Una aproximación a la idiosincrasia clínica de su encuadre de formación. Revista del Instituto en Ciencias de la Educación. UBA. Año VII. N° 13. 1998.
- BENTANCUR N. Gobiernos, Banco Mundial y Universidades. El legado de una década de políticas universitarias en América Latina: Pensamiento Universitario N° 11. Buenos Aires y en 80/20 Revista en Ciencias Empresariales y Ambientales. Año 2. N° 2. Buenos Aires 2005.
- BENTANCUR N.; DE ARMAS G. Las políticas de financiamiento universitario en América Latina (1990-2000). Responsabilidad estatal y aportes privados. Premio UDUAL 2001 de Apoyo a la Investigación. Dic. 2002.
- BENTANCUR, N. Políticas universitarias en el Uruguay de los noventa: una crónica de inercias, novedades y rupturas. En libro colectivo "Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada", M. Ester Mancebo (Comp.). EBO - ICP, Montevideo, 2002.
- BEREDAY, G.Z.F. El método comparativo en Pedagogía. 1968. Barcelona. Herder.
- BRANDA L, VENTURELLI J. Enseñanza Médica: Aprendizaje basado en problemas. Chile, Universidad de la Frontera, 1997: 57-59.



- BREHIL J. Epidemiología, Economía, Medicina y Política. Colección SESPAS. Rep. Dominic. 1981.
- BORDONI N. Aspectos a tener en cuenta frente a un cambio curricular en una Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires. Argentina. 1999
- BURBULES NC. El diálogo en la enseñanza. Teoría y Práctica. Buenos Aires: Amorrortu. 1999.
- CALVO G: La relación teoría y práctica como eje fundamental del cambio curricular en la Universidad Serie: espacio pedagógico. Tema: Educación Superior. Desarrollos teóricos y líneas de investigación actuales. Publicación trimestral de LAE (Laboratorio de Alternativas Educativas) Año IX – Nº 37 Universidad Nacional de San Luis. Facultad de Ciencias Humanas-San Luis. Argentina.
- CAMILLONI, M. Calidad de los programas de evaluación y de los instrumentos que la integran. La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo. Buenos Aires: Paidós. 1998
- CAMILLONI A, CELMAN S, LITWIN E. et al. La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo. Paidós Educador. Buenos Aires. 2000.
- CANDAU VM. Rumo uma Nova Didática, Vozes, RJ, 1989, pp. 34-5. Traducción al español: C. Faranda.
- CELMAN, T. Transformación de la evaluación en una herramienta del conocimiento. La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo. Buenos Aires: Paidós. 1998.
- CHEHAYBAR, E. Técnicas para el aprendizaje grupal. México: UNAM/Plaza y Valdez. 2002: 14-18.
- COLLAZO M, LÓPEZ JORDI, MC. Resultados de la Primer Encuesta de Egresados de la Carrera de Doctor en Odontología - Plan de Estudios 93. Revista Odontoestomatología, Vol IX, Nº 9, año 2007.
- COLLER X. Estudio de casos. Cuadernos metodológicos, Nº 30. Centro de Investigaciones sociológicas (CIS) Madrid. 2000.
- DE ALBA, A. Currículo. Crisis, Mito y Perspectivas. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación. Facultad de Filosofía y Letras. UBA. Miño y Dávila Editores. 1995.
- DÍAZ-BARRIGA, F. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo, una interpretación constructivista. México: McGraw Hill. 2002: 101, 117-118.
- DÍAZ F. HERNÁNDEZ G. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. México: McGraw-Hill. 1999
- DUNIEVY C, WOLF K. Perceived differences in the importance and frequency of practice of clinical teaching behaviors. Journal of Allied Health. 1992; 21: 175-183.
- EXLEY K. DENNICK R. Enseñanza en pequeños grupos en Educación Superior. Nancea S.A. de Ediciones. España. 2007.
- FERNANDEZ A. Historia de la Odontología, Tomo III, 1978. División Publicaciones y Ediciones. Universidad de la República.
- FERNANDEZ N, MOLLINS M, DONO S. La Educación Comparada en América Latina: situación y desafíos para su consolidación académica. 2005. Revista española de Educación Comparada 11,p.161-187 FLEXNER A. Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the advancement of Teaching. Bulletin Nº.4. Boston, Massachussets: Updyke 1910 GARZÓN C. VIVAS M. Una didáctica constructivista en el aula universitaria. Revista Educere, año 3, No. 5. Mérida: Facultad de Humanidades, Universidad de Los Andes. 1999.
- FENSTERMACHER, G. y SOLTIS, J. Enfoques de la enseñanza. Amorrortu, B. Aires. 1999.
- FERRY G. Pedagogía de la formación. Ediciones Novedades educativas. Facultad de Filosofía y letras. Universidad de Buenos Aires. 1997.

- FOUCAULT M. La incorporación del hospital en la tecnología moderna. En: Estética, ética y hermenéutica. Buenos Aires. Editorial Piados. 1999.
- GIMENO SACRISTÁN, J. Teoría de la enseñanza y desarrollo del curriculum. Anaya, Madrid.1981.
- GLAZER M. El proceso de socialización profesional en cuatro carreras chilenas. Revista Latinoamericana de Sociología. Vol.11, Nº 3. 1966.
- GRAJALDO, M. Reformas Educativas en América Latina: Balance de una década. Preal. Chile. 1999.
- GUTIÉRREZ, OA. Enfoques y modelos educativos centrados en el aprendizaje. Estado del arte y propuestas para su operativización en las instituciones de educación superior nacionales. Documento 3. México: UPN, 2003.
- HARRIS, M. Introducción a la antropología general, Madrid, Alianza, 1994
- JACKSON PHILIP W. Práctica de la enseñanza. Buenos Aires. 2002. Edit. Amorrortu.
- KEYES P.H; FITZGERALD, R. Recent advances in dental caries research bacteriology. Int. Dent. Journal 1961: 12, 443KRIGER L. Promoçao de Saude bucal: paradigma, ciencia, humanizaçao. Cap.1. Construcción del paradigma de promoción de salud. Pag.14-24. Aboprev. Editora: Artes Médicas, 2ª. edição, 1997. São Paulo. Brazil
- KUHN, T. S. The Structure of Scientific Revolution. University of Chicago Press, Chicago. 1962, 1969.
- KUHN, T. S. La Tensión Esencial. University of Chicago Press, Chicago 1977.
- LEDO VIDAL M. La enseñanza en la clínica. Escuela Nacional de salud Pública. Cuba. Educ. Med. Sup. 2005;19(2).
- LIBRO BLANCO. Título de grado en Odontología. Oficina de Convergencia Europea. 2005.
- LITWIN E. La Evaluación desde la perspectiva didáctica. La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo. Buenos Aires: Paidós.1998.
- LITWIN E. Las configuraciones didácticas Una nueva agenda para la enseñanza superior. Ed: Paidós Educador. Buenos Aires. Argentina. 1997.
- LÖE H. A longitudinal clinical and bacteriological investigation. J. Periodont.1966; Res. 1:1-13.
- LUCARELLI, E. El asesor pedagógico en la Universidad. De la teoría pedagógica a la práctica en la formación. Buenos Aires. Paidós. 2000.
- LUCARELLI ELISA. Innovación en el aula: el eje de la articulación teoría y práctica en la Universidad. Didáctica de Nivel Superior. Universidad de Buenos Aires. 2004:3
- LUCARELLI ELISA. Teoría y Práctica como innovación en docencia, investigación y actualización pedagógica. Cuadernos de investigación Nº 10. Universidad de Buenos Aires. 2007.
- LUCARELLI, E. Contexto y enseñanza: la vinculación de la teoría con la práctica en el aula universitaria. Ponencia Mesa 8. V Encuentro Nacional y II Latinoamericano. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación. Universidad de Buenos Aires. 2007.
- MAY B. Askill in c1inical practice. Physical Therapy. 1983; 63: 1627-1633.
- McCOMBS, B, WHISLER, J. S. La clase y la escuela centradas en el aprendiz. 2000. España: Paidós. 12-13
- MIRANDA T, MANDIOLA E, VELASCO C, LILLO R. Tradición e innovación en la Enseñanza Superior Universidad de Chile.
- NOT LOUIS. Las pedagogías del conocimiento. Edit. Fondo de Cultura Económica, México. 1987. p. 13.
- OPS. Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Nº 2) Washington DC: OPS, 2008. p. 22.

- PLACEO. Libro del Proyecto Latinoamericano de Convergencia en Educación Odontológica. APCD. Ed. Artes Médicas. 2010.
- PÉREZ GÓMEZ, A. En GIMENO S J. y PÉREZ GÓMEZ A. La enseñanza: su teoría y su práctica, 1992, p. 436.
- PERKINS D. La escuela Inteligente. Editorial Gedisa. 1995
- POPPER, K R. La lógica de la investigación científica. Editorial Tecnos 1985.
- POZO JI. Aprendices y Maestros. Madrid. Alianza Editorial S.A. 1996.
- PUIGGRÓS. A. Imaginación y crisis en la educación latinoamericana, Bs. As. Aique Grupo Editor S. A. 1994.
- REGAN-SMITH MG. Reform without change: update. Acad med 1998;73(5):505-7.
- REGAN-SMITH MG. Commentary on Flexner's impact-then and now. A profound effect on medical education, research, practice. Pharos 1999;62(1):31.
- RIPLEY D. Invitational teaching behaviors in the associate degree clinical setting. Journal of Nursing Education. 1986; 6: 240-246.
- SÁNCHEZ J. La evaluación cualitativa: fundamentos metodológicos. Caracas: AELAC. 2000.
- SCHÖN DONALD A. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Ediciones Paidós. 1ª edición, 1992.
- SCRIVEN, M. The methodology of evaluation. Perspectives of curriculum evaluation. Rand McNally. Chicago. 1967.
- SOUSA SANTOS, B. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo, Cortez. 2000.
- SOUSA SANTOS, B. De La mano de Alicia: lo social y lo político en la posmodernidad. Bogotá. Ediciones Uniandes. 1998.
- STUBERG W, Mc. EWEN L. Faculty and clinical education models of entry-level preparation in pediatric physical therapy. Pediatric Physical Therapy. 1993; 5: 123-127.
- TORP L, Y SAGE S. El aprendizaje basado en problemas. Amorrortu Editores. B. Aires. 1998
- UNESCO. Informe mundial sobre la educación. Los docentes y la enseñanza en un mundo en mutación. 1998. Madrid: Santillana Ediciones.

Sitios y páginas Web de referencia

<http://www.odon.edu.uy>
http://www.who.int/oral_health/databases/en/index.html
<http://www.drpaulhkeyes.com>
<http://filosofica.iespana.es/articulos/ciencia/kuhn.htm>
http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm
<http://www.lie.upn.mx/docs/docinteres/EnfoquesyModelosEducativos3.pdf>
http://www.itesm.mx/.../tecnicas_didacticas/abp
<http://www.fao.org/docrep/W7500E/w7500e0b.htm>
<http://tuning.unideusto.org/tuningal/>
<http://www.lie.upn.mx/docs/docinteres/EnfoquesyModelosEducativos3.pdf>
http://www.ciosp.com.br/encontro/arquivos/libroblanco_odontologia_def.pdf
<http://www.msp.org.uy>
<http://www.expe.edu.uy>
<http://new.paho.org/pan/index2.php>
<http://moodle.redealuno.usp.br/moodle>
<http://www.oralhealthatlas.org/uniflip/index.html>



Prof. Dra. María del Carmen López Jordi
Montevideo, febrero 2010

dra.lopezjordi@gmail.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