

# LA FORMACIÓN ODONTOLÓGICA EN URUGUAY: EL CAMBIO DE PARADIGMA



Mercedes Collazo Siqués

La formación odontológica en Uruguay: el cambio de paradigma  
1ª edición, 2024

© Universidad de la República - Facultad de Odontología

<https://doi.org/10.22592/978-9974-0-2153-2>



Edición digital:  
Mastergraf S.R.L.  
Bvar. Artigas 4678 - Tel.: 2303 4760\*  
Montevideo - Uruguay

<https://www.mastergraf.com.uy>

Prólogo .....	5	
Presentación.....	7	
Genealogía de la carrera de odontología:		
análisis del currículo prescripto .....	11	
1. Orígenes de los estudios odontológicos .....		11
2. Plan de Estudios 1966: primeros cambios conceptuales .....		13
3. Etapa de la intervención y ajustes curriculares.....		26
4. El proceso de reapertura y el debate curricular .....		27
5. Plan de Estudios 1993: una ruptura paradigmática .....		35
6. La reforma curricular del 2001: ajuste y mejora del proyecto curricular .....		60
Análisis sincrónico de la carrera de Odontología:		
Plan de Estudios 2011 .....	62	
I. El currículo prescripto		
7. La transformación curricular permanente: 1993-2011 .....		63
8. El proyecto curricular estabilizado: consolidación del modelo integral, nuevas aperturas y articulación de carreras .....		66
9. Filosofía, estrategias curriculares y nociones pedagógicas afianzadas .....		69

## II. El currículo implementado

10. Formación básica específica: disciplinas biológicas.....	71
11. Formación básica y clínica patológica.....	108
12. Formación básica social.....	118
13. Formación clínico-profesional.....	129
14. Formación profesional en servicios y comunidad.....	172
15. Formación general y académica .....	180
16. Los límites del modelo de flexibilidad adoptado .....	182
Balance y prospectiva del cambio curricular.....	185
Análisis curricular general.....	191
Referencias bibliográficas.....	207
Referencias Segmentos Odontología .....	211

El cambio de paradigma en la formación odontológica representa para nuestra comunidad universitaria una obra necesaria, oportuna y pertinente.

Constituye un producto del devenir histórico que nos interpela en el presente, aquilatando los más valiosos documentos institucionales y relatos de quienes fueron actores relevantes para la transformación curricular.

La investigación muestra el progreso de una institución que confirma su rol social y admite las tensiones entre el ejercicio liberal de la profesión como práctica prevalente y el enfoque biopsicosocial; entre la mirada positivista y biomédica de la odontología y la integración de conocimientos. La organización de los contenidos, la forma en que se construye el conocimiento y su valor social, son elementos fundamentales para abordar cualquier modificación curricular, con el fin de fomentar la formación de profesionales conscientes de la realidad social e inquietos por alterarla.

Esta obra presenta la dinámica consolidada de las escuelas de conocimiento, la cátedra como organización docente estrechamente ligada a la enseñanza y el rol de los líderes en un contexto histórico preciso. Se transita así por una serie de etapas incididas por el avance del conocimiento científico en un ámbito social dado.

El acompañamiento de casi cinco décadas de trayectoria institucional, que se plasman en dos grandes modelos curriculares, es analizado reflexivamente a partir de aportes de los propios participantes, dando cuenta así de miradas específicas. Se muestra el tradicional rol de la escuela de conocimiento, el o la referente y la herencia del producto de sus logros en gran parte de las fortalezas institucionales. Luego, el recorrido histórico da cuenta de un sano viraje hacia la creación de políticas institucionales de carácter colectivo, dirigidas a la formación académica basada en la evidencia científica, con foco en los sujetos destinatarios de la formación, los estudiantes y, en definitiva, la sociedad toda. Es así que se cambia la perspectiva centrada en la enfermedad, hacia un modelo de enseñanza activa, con fuerte componente reflexivo, en el que lenta, pero sostenidamente fue desdibujándose la noción de cuadro de trabajo.

El avance por los diferentes capítulos refleja el riguroso proceso de construcción de conocimiento a partir de un método cualitativo, equilibrando entrevistas, aporte documental y reflexión clara y precisa de su autora. Este documento constituye así un importante

acervo institucional que dialoga de forma permanente con el actual contexto institucional.

En tanto lo innovador de aquellos tiempos de transformación curricular se torna progresivamente en tradicional, la institución reitera hoy similares tensiones, se consolidan nuevas estructuras académicas, se repiensa el currículo y se proponen así nuevas transformaciones. En la propuesta de un nuevo plan de estudios y sobre la base de lo construido, es posible plantearse un abordaje de contenidos a partir de estructuras académicas fortalecidas, incorporando el aporte de investigación en procura de dar respuesta a las necesidades de la población uruguaya e integrando la visión de otras disciplinas en el abordaje de los problemas de la salud bucal.

En definitiva, el transcurso por esta obra dialoga de forma permanente con el escenario actual de la Facultad de Odontología, siendo así un material documental que contribuye a un análisis reflexivo, aportando insumos necesarios para comprender los sucesos intervinientes en las reformas curriculares.

**Mariana Seoane Campomar<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Profa. Titular del Departamento de Rehabilitación Oral y Maxilofacial. Especialista en Prostodoncia (Udelar.) Magister en Enseñanza Universitaria (Udelar). PhD en Salud Bucal Colectiva (UFRGS.) Decana de la Facultad de Odontología por período 2021 (complementario) y 2022-2026.

Esta publicación cumple con la finalidad de presentar a la comunidad universitaria el estudio de caso de la carrera de Odontología de la Universidad de la República (Udelar) construido en el marco de la investigación sobre estructuras de conocimientos y currículo universitario que realizamos en el programa de doctorado de la Universidad de Buenos Aires<sup>2</sup>. El propósito de la misma fue reconocer y comparar las lógicas epistemológicas que fundamentan la configuración de códigos curriculares particulares en distintos dominios de conocimientos e identificar las principales tensiones curriculares contemporáneas. Para ello realizamos un estudio analítico comparativo de casos por contraste, tomando como unidades de análisis tres carreras de grado de la Universidad de la República (Uruguay): Ingeniería Eléctrica, Odontología y Sociología.

En lo teórico conceptual se abordó el estudio del currículo universitario recuperando y articulando líneas teóricas provenientes del campo didáctico, del currículo y de la educación superior. La indagación permitió construir los códigos de los planes de estudios específicos de las carreras, así como los códigos curriculares de los campos de formación afines. Asimismo, se contribuyó a la conceptualización de la naturaleza y la dinámica del currículo universitario como proyecto epistemológico particular de formación, fuertemente vertebrado por la historia de las disciplinas y las profesiones. Se realizaron a la vez aportes teórico-metodológicos a la investigación curricular universitaria construyendo dimensiones y categorías de análisis específicas que aportan al análisis de la calidad de la educación<sup>3</sup>.

En el caso de Odontología facilitó la elección de la carrera el trabajo académico y profesional que realizamos desde la década del noventa de forma conjunta con un amplio colectivo de docentes que han protagonizado los procesos de innovación institucional. En tal sentido, agradecemos muy especialmente a la facultad la oportunidad que nos brindó de involucrarnos en los procesos de transformación curricular y de innovación de la enseñanza, especialmen-

---

<sup>2</sup> Tesis de doctorado: Collazo, M. (2019). Tesis "Estructuras de conocimiento y currículo universitario: los casos de las carreras de Ingeniería Eléctrica, Odontología y Sociología de la Universidad de la República". Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Argentina, julio 2019.

<sup>3</sup> Collazo, M. (2021). El currículo universitario interpelado: aportes para la investigación de las singularidades políticas, epistemológicas y pedagógicas de los campos de formación. Serie: La Universidad se Investiga, Comisión Sectorial de Enseñanza, Udelar. Disponible en: [www.cse.udelar.edu.uy](http://www.cse.udelar.edu.uy)

te en su concepción, seguimiento y evaluación permanentes. La riqueza del intercambio mantenido con las comisiones de carreras y las estructuras académicas y administrativas de apoyo constituyó una inspiración y un aprendizaje permanente para esta investigación, permitiéndonos una mejor y compleja comprensión de la rica variedad epistemológica e institucional que presenta este campo de formación universitaria.

El país cuenta desde el 1º de julio del año 2001 también con una oferta de grado privada en el área de Odontología (Universidad Católica del Uruguay, UCU). Hasta ese momento la educación odontológica estuvo a cargo en forma exclusiva de la Universidad de la República y el cambio de paradigma en la formación tuvo lugar entre los años sesenta y noventa del siglo pasado. Los planes de estudios posteriores suponen mejoras y ajustes del nuevo enfoque de atención y del nuevo modelo curricular y pedagógico.

Desde el punto de vista metodológico, el estudio se focalizó en el reconocimiento de los modos de selección, organización, transmisión y evaluación del conocimiento –códigos curriculares– de las carreras seleccionadas impartidas por la Udelar, combinando el análisis presente y retrospectivo de las formaciones a través de las formas documentales –curriculares e institucionales– con la visión de los actores sobre la historia curricular, la evolución de las estructuras de conocimiento implicadas y los debates educativos en juego. Esta entrada al terreno, que primero fue indagatoria y luego intensiva, consistió en: a) el relevamiento de antecedentes de estudios historiográficos universitarios, b) la sistematización de los documentos institucionales y curriculares, generales y específicos, que fundamentan los proyectos de formación y la tradición educativa en la que se inscribe la carrera, c) la indagación de fuentes internacionales que son de referencia para la historia de las carreras y de documentos actuales que dan cuenta de los desafíos del campo profesional y de formación a nivel mundial.

El estudio trabaja con fuentes primarias documentales, escritas y orales y fuentes secundarias historiográficas y bibliográficas.

En el plano curricular, el foco de estudio se concentró en las estructuras de conocimientos que se derivan de los polos de formación definidos –disciplinar e interdisciplinar, teórico y práctico, general y específico– realizando un abordaje por áreas de formación que integran los currículos, a partir de las cuales se profundizó en *unidades curriculares* y núcleos académicos claves. El desarrollo de la indagación documental estuvo orientado por una reconstrucción de la “genealogía de la carrera” y de las “lógicas epistemológicas” actuales de modo de fundamentar el *proyecto epistemológico*

contemporáneo de la formación, confrontada y enriquecida con la perspectiva de los actores académicos, a partir de sus propios marcos de referencia. En esta etapa fue fundamental indagar las estructuras generales anteriores, ya que establecen los supuestos subyacentes en las tradiciones curriculares actuales, como plantea Goodson (2003). El período de análisis se circunscribió a la etapa de reapertura democrática hasta el presente (1985-2016), rastreándose antecedentes previos a los efectos de una mejor comprensión de las formaciones actuales. Desde esta perspectiva los niveles que nos interesó abordar fundamentalmente fueron:

- el de la prescripción institucional, nivel en el que juegan un papel decisivo los núcleos académicos que intervienen de forma directa y protagónica en las reformas curriculares a través del cogobierno;
- el de las prescripciones mediadas en el ámbito de los departamentos o cátedras que definen materias, asignaturas, etc.

No obstante, el manejo de una perspectiva histórico-social del currículo universitario y la necesaria mirada de los procesos académicos que fueron configurando los diferentes planes de estudios no implicaron situarnos en la investigación histórica propiamente dicha, ya que el centro de atención estuvo en la realidad contemporánea del currículo, para lo cual es pertinente el estudio de caso. La dimensión histórica interesa fundamentalmente a los fines de reconocer los procesos de institucionalización inicial de las carreras, los movimientos históricos curriculares, la dinámica de las áreas de estabilidad y de cambio curricular, así como la contextualización de las tensiones curriculares identificadas.

Se empleó en esta etapa la técnica de entrevista semiestructurada (Vallés, 2002) dirigida a académicos nacionales de referencia, administrada de forma individual y ajustada al rol institucional de cada entrevistado. Se realizó un muestreo intencional de entrevistados combinando varios perfiles y criterios: 1) referentes históricos de las facultades, 2) referentes históricos de las disciplinas, 3) referentes actuales de las carreras (directores o coordinadores) y 4) referentes actuales de las áreas de formación y de las disciplinas, identificados a partir del análisis de la documentación institucional y la consulta a informantes calificados.

De acuerdo a criterios de pertinencia, heterogeneidad y saturación relativa<sup>4</sup> se llevó a cabo un muestreo que abarca un mínimo de 15 entrevistas, de fondo, por carrera. No se entrevistaron finalmente

<sup>4</sup> Dada la amplitud de las áreas de formación abarcadas, el relevamiento de algunas de ellas no puede cumplir un criterio de saturación estricto, por ello se previó la validación de los casos.

representantes estudiantiles actuales por razones de economía de tiempos. Las entrevistas fueron realizadas entre los años 2014 y 2016, completando un total de 50 docentes, varios de ellos estudiantes integrantes del cogobierno universitario en etapas claves de definición de los planes de estudios antecedentes. El tiempo de entrevistas desgrabadas supera las 80 horas.

Asimismo, y en la etapa de validación, se mantienen intercambios personales con los responsables de la dirección académica de las carreras a los fines de recibir sus devoluciones y correcciones y ajustar la construcción de los casos.

En suma, como fuentes primarias se privilegian los documentos orales, los documentos curriculares actuales y antecedentes, fundamentalmente planes de estudios y programas, y se maneja la producción institucional relevante sobre las condiciones estructurales y los proyectos de formación –documentación diversa, estudios, artículos, textos académicos, resoluciones de los consejos, eventualmente actas, etc.–.

Como fuentes secundarias se manejan estudios históricos generales de la Udelar y específicos de las carreras, con mayores o menores limitaciones según los casos, así como bibliografía de referencia sobre las disciplinas.

Mercedes Collazo Siqués<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Es Doctora en Educación de la Universidad de Buenos Aires (Argentina), Magister en Ciencias de la Educación del Centro de Investigación y Experimentación Pedagógica (Uruguay) y Licenciada en Filosofía y Ciencias de la Educación de la Universidad de Barcelona (España).

Como Profesora Agregada, es directora de la Unidad de Apoyo a la Enseñanza de la Facultad de Odontología desde el año 2003 y asesora pedagógica permanente de la Comisión Académica de Carreras.

Como Profesora Titular, es coordinadora de la Unidad Académica del Pro Rectorado de Enseñanza de la Udelar. Cumple funciones de asesoramiento al cogobierno en materia de políticas de enseñanza universitaria y coordina la Maestría en Enseñanza Universitaria de la Udelar.

Cuenta con numerosas publicaciones y producciones institucionales sobre temas de Pedagogía y Didáctica Universitaria, con especialización en el campo del currículo universitario.

# Genealogía de la carrera de odontología: análisis del currículo prescripto



Fig. 1. Fachada de Facultad de Odontología (década de 1940).

## 1. Orígenes de los estudios odontológicos

Los estudios odontológicos se remontan en la Udelar a los orígenes de la formación médica en 1876-1877, durante la etapa de la denominada “universidad vieja” (Oddone y Paris, 2010).<sup>6</sup> Desde sus inicios se trató de estudios reconocidos que otorgaban un diploma de Dentista, al que se accedía por medio de un examen teórico de materias básicas de Medicina y un examen práctico que certificaba el aprendizaje clínico realizado durante dos años en un consultorio odontológico autorizado de la capital. A partir del año 1892, la formación odontológica se institucionalizó como actividad curricular con los primeros nombramientos de catedráticos, en primer lugar de Anatomía, Patología y Terapéutica específicas, y seguidamente de Clínica Odontológica que funcionará en un hospital público. De este modo, desde su surgimiento la odontología nacional nace reconocida como una rama anexa de la medicina, a modo de especia-

<sup>6</sup> La Facultad de Medicina se crea un año e incluye desde el inicio la odontología, la farmacia y la obstetricia como ramas anexas de la medicina.

lidad médica y finalizando el siglo XIX ya es formalmente incluida dentro de las profesiones liberales (Escudero, 2010).

Acordes con la impronta cultural del país y hasta la década de 1920, los estudios médicos tienen en sus orígenes una neta orientación francesa, con planes de formación casi plenamente “asimilados” a los de la Facultad de Medicina de París, si bien también se toma contacto en los primeros años del siglo –de la mano de la pedagogía científica– con la experiencia alemana de fuerte orientación práctica y finalmente, años después, con el influjo de la pujante ciencia médica norteamericana (Oddone y Paris, 2010).

La autonomía institucional de los estudios odontológicos y químico-farmacéuticos se concretará tempranamente en las primeras décadas del siglo. Es así que la formación profesional de dentistas y luego doctores en Odontología en el país presenta dos etapas. Durante la primera etapa (1877-1920), la formación correspondía a la Sección Odontología de la Facultad de Medicina, creándose en 1920 la Escuela de Odontología de la Udelar, aún dependiente de esa facultad, pero con mayor autonomía política y educativa. La segunda etapa se inicia en 1921 cuando la escuela obtiene su completa autonomía dentro de la universidad, y a continuación, por ley del mes de julio de 1929 se crea la Facultad de Odontología de la Udelar (FO) (ley 8.433) (cronología institucional).<sup>7</sup>

El primer plan de estudios de la novel facultad data del año 1936 y habilita al otorgamiento de un título de doctor en Odontología una vez completada una carrera de cinco años. La nueva propuesta curricular sucede al Plan de Estudios 1922 de la entonces escuela universitaria, con ajustes de orden y un agregado de tres nuevas asignaturas de *perfeccionamiento técnico* (Dibujo, Plástica y Modelado; Metalurgia asociada a la Práctica de Laboratorio, y Clínica de Piorrea). Se completan así un total de 27 materias anuales y se prolonga un año la duración de la formación.<sup>8</sup> La exposición de motivos del nuevo plan, elevada por el entonces decano Carlos Negrotto, justifica su asimilación a la carrera de Medicina por razones de fortalecimiento de la capacitación profesional odontológica y adecuación a los avances realizados en centros de estudios de la región y el mundo.<sup>9</sup> Se consolida así una formación profesional de

<sup>7</sup> Disponible en [www.odon.edu.uy](http://www.odon.edu.uy)

<sup>8</sup> La revisión de las escolaridades de egreso permite constatar, no obstante, que se registran 22 asignaturas, 9 de las cuales presentan calificaciones independientes entre cursos teóricos y prácticos, tomando como caso un ingreso del año 1946 (documentación proporcionada por la Bedelía de la FO).

<sup>9</sup> Documentación proporcionada por el doctor Pablo Escudero, profesor adjunto de la cátedra de Anatomía de la FO. Cabe aclarar que en ella se constata un ajuste curricular referido exclusivamente a exámenes realizado en el año 1945, razón por la cual algunos entrevistados se refieren al “plan 45”.

perfil generalista destinada al ejercicio liberal, que abarcó incluso la capacitación en laboratorio dental,<sup>10</sup> netamente especializada en la disciplina y con una orientación exclusivamente biológica y técnica que no contemplará contenidos de formación social u otros saberes extraprofesionales.<sup>11</sup> Este período se prolongará durante tres décadas hasta la concreción en la década del sesenta de un nuevo plan de estudios que, como veremos, acompañará el proceso de renovación curricular de la Udelar a impulso del nuevo tiempo político y social que vivían el país y la región.

En el año 1959 la FO puso en vigencia la nueva Ley Orgánica universitaria y procedió a la elección de la Asamblea del Claustro y el Consejo de Facultad,<sup>12</sup> iniciándose así un nuevo período de debate y *reflexión ética* sobre la práctica profesional y la formación odontológica. A instancias de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), numerosas facultades y escuelas de la región comienzan un proceso de fuerte revisionismo inspirado en la corriente crítica latinoamericana de medicina social (Luengas, López Cámara y Sáenz, 2003).

La crítica partía de una reflexión ética por la incapacidad de la profesión de responder a las necesidades de salud, por el enfoque mercantil en el cuidado dental, por la interpretación exclusivamente biológica y parcializada de las enfermedades orales, así como por la respuesta quirúrgica y restaurativa de la práctica profesional a los problemas bucales. (p. 54)

## 2. Plan de Estudios 1966: primeros cambios conceptuales

### 2.1. El proyecto curricular

La decisión institucional de reformulación del plan de estudios de la carrera se resuelve en el mismo momento que asumen las autoridades de los nuevos órganos de cogobierno universitario en el año 1959. Posteriormente se suceden dos instancias de informes y jornadas del Claustro en los años 1963 y 1965 en las que se rediscuten primero los “Fines de la Enseñanza de la Odontología”, del “Personal Docente” y finalmente el “Plan de Estudios” (Exposición de motivos, Plan de Estudios 1966).

La necesidad del cambio curricular, y aun institucional como veremos, aparece fundamentada en los graves problemas y déficits que muestra la salud bucal nacional y las formas de resolución ge-

<sup>10</sup> Formación autonomizada a partir del año 1963 cuando se crea la carrera técnica de Laboratorista Dental (Plan de Estudios 2016).

<sup>11</sup> Solo se incluyen contenidos de Odontología Legal y Deontología Profesional, integradas en la asignatura de Higiene y Clínica Odontológica Infantil de quinto año (Plan de Estudios 1936).

<sup>12</sup> Cronología institucional antes referida.

neralizadamente extraccionistas que desarrolla la profesión odontológica. De este modo, el propósito último será la transformación de una práctica profesional *curativa y restauradora* que no responde, especialmente en términos económicos y sociales, a los requerimientos de salud bucal del país.

Toda esta reforma es una tarea técnica-científica, pero orientada hacia la solución de un problema económico-social. (p. 9)

La reorientación fundamental de las políticas de salud y de la educación odontológica se deberá enfocar entonces en la prevención de las enfermedades, constituyendo el nuevo plan de formación un primer escalón en el proceso de las transformaciones institucionales y generales que requiere el país.

Por varios años más esta Casa tendrá que formar generaciones de odontólogos de la manera que lo está haciendo hoy, dentro de los moldes y de sus planes de estudio actuales, con algunas modificaciones que se imponen. Pero mientras estemos cumpliendo este plan, tendremos que ir desarrollando e incrementando paralelamente el otro que lo va a sustituir, el de la prevención y la Salud Pública. Allí los odontólogos trabajaremos bajo nuevos esquemas y planes, con ingenieros, médicos, dietistas, químicos y expertos en otros campos de la ciencia como la bioestadística, ciencias sociales, salud pública, etc., tratando de prevenir.

El presente es en cierta medida y se justifica, lo que estamos haciendo, principalmente el tratamiento curativo y restaurador de las lesiones ya establecidas; el futuro es el de la prevención. Es necesario organizarnos de la mejor manera posible dentro del plan inmediato que vivimos, para irnos preparando para el largo plazo, el de la prevención general del país. (p. 7)

De este modo, como veremos, el cambio curricular supone esencialmente la incorporación académica y curricular de la odontología social, operando en sus inicios como el espacio aglutinador de los nuevos enfoques y temas odontológicos en una lógica de adición curricular de una nueva subdisciplina.

La llamada odontología social abarcará a lo largo de su historia, de acuerdo con la reconstrucción que realiza Blanco (2004),<sup>13</sup> contenidos provenientes de diferentes fuentes y vertientes teóricas que involucran la *odontología sanitaria* (salud pública),<sup>14</sup> la *odon-*

<sup>13</sup> Citando a Capel (2002) y Chaves (1977) en su proyecto de cátedra de Odontología Social, FO Udelar.

<sup>14</sup> Promovida por la Public Health Dentistry norteamericana e inglesa en las décadas del 40 y 50, "se constituyó en la disciplina de la Salud Pública" con una perspectiva centrada en la comunidad (ibíd.).

*tología preventiva*,<sup>15</sup> la *odontología social con perspectiva integral*,<sup>16</sup> la *odontología simplificada*,<sup>17</sup> la *odontología comunitaria*,<sup>18</sup> etc. La gestación de la disciplina en el caso de Uruguay aparece asociada así a las primeras corrientes promovidas en la región durante la década del sesenta por los organismos internacionales de la salud e integrará temáticas deontológicas, de ciencias sociales aplicadas a la odontología, de estadística y epidemiología, salud pública y odontología sanitaria. El enfoque preventivo en este momento constituirá un tópico primordial del que se ocupe la odontología social.

Como contrapartida, se eliminan las asignaturas enfocadas en el desarrollo de destrezas manuales que había incorporado el PE 36 (Dibujo, Plástica y Modelado, y Práctica de Laboratorio y Metalurgia), rebajándose el perfil técnico laboratorista de la carrera y la perspectiva técnica más preciosista de la formación.

### ***Nuevos principios rectores***

Las ideas fuerza que fundamentan el nuevo plan de estudios (PE 66), esbozadas de forma somera en el documento curricular, abarcan tres vertientes:

Un eje de transformación profesional que involucra el principio rector del enfoque preventivo de las enfermedades bucales, la promoción de una odontología integral y la incorporación de una perspectiva de salud pública.

Un eje de transformación institucional que comprende el desarrollo pleno de las funciones de *docencia, asistencia, investigación, asesoramiento y extensión*; la organización académica departamental y la creación futura de institutos; la incorporación de la capacitación de los graduados, el desarrollo de la carrera docente y la mejora de las carreras *paraodontológicas*.

Finalmente, un eje educativo orientado a la *pedagogía activa, formativa e informativa, la adopción de medios audiovisuales, la coordinación vertical* de la enseñanza, la evaluación de proceso y final de los aprendizajes.

<sup>15</sup> Con origen en Estados Unidos en la década del 60, nace vinculada a la medicina preventiva y promovida por la OPS. Recibe aportes de la sociología y de la psicología con un enfoque multicausal pero a la vez ahistórico de lo social (ibíd.).

<sup>16</sup> Promovida por la Fundación Kellogg (Estados Unidos) en 1960 como nuevo espacio académico (ibíd.).

<sup>17</sup> Promovida en Brasil en los años 70 como modelo alternativo de la práctica profesional tradicional (ibíd.).

<sup>18</sup> Promovida en Estados Unidos también en los años 70 y apoyada por la Fundación Kellogg, se inspira en la medicina comunitaria para la superación del llamado modelo flexneriano (ibíd.).

En estos últimos aspectos, la facultad se alinea claramente con las políticas de modernización académica promovidas por los sectores reformistas universitarios de la época,<sup>19</sup> partiendo de un escenario histórico institucional netamente profesionalista, dedicado a la labor de enseñanza y la asistencia, con un plantel docente de muy bajas dedicaciones e inserto en una estructura tradicional de cátedras.

### *Estructura curricular*

El modelo curricular mantiene la orientación asignaturista disciplinar histórica de la carrera con la misma lógica secuencial vertical que se inicia en las materias básicas biológicas y patológicas, a las que siguen las materias técnicas preclínicas, para culminar con una formación clínica desarrollada a través de la atención de pacientes. La relación básico/técnico-clínico es de 2 a 6. El eje adicional de odontología social se ubica longitudinalmente en la carrera y alcanza un 6,5 % de la formación. También se subdividirán algunas disciplinas clínicas y cambiará la orientación de otras con sus cambios académicos asociados. De este modo, la carrera pasará de un total de 27 a 35 asignaturas con cursado total obligatorio. El análisis de las escolaridades permite constatar, no obstante, que los primeros egresos acreditaban 22 asignaturas, ocho de las cuales presentan calificaciones independientes entre cursos teóricos y prácticos, tomando como caso un ingreso del año 1966. Por otra parte, algunos exámenes abarcan más de un curso (Clínicas Quirúrgicas, Ortodoncia).<sup>20</sup> Cabe observar también que la cátedra de Odontología Social se crea hacia fines de la década, según algunos testimonios, y según la información recabada por Bedelía solo logra ser impartida en primer año (Odontología Social I) antes de la intervención universitaria de 1973.

<sup>19</sup> En esta década resulta gravitante el plan de reestructuración de la Universidad para el quinquenio 1968-1972 impulsado por el entonces rector ingeniero Óscar Maggiolo, que se plantea la necesidad de superar la matriz profesionalista universitaria inspirada en el modelo napoleónico. Se define un fuerte impulso al desarrollo de la investigación científica básica en asociación con la enseñanza, la creación de los posgrados, la promoción de las dedicaciones totales docentes, la diversificación de la oferta de carreras, la flexibilización y la articulación de carreras, la superación de la fragmentación académica, la creación de institutos centrales, entre otras medidas de reestructuración institucional (Arocena y Sutz, 2001; Maggiolo, 2009).

<sup>20</sup> Documentación proporcionada por la Sección Bedelía de la FO.

Tabla 1: Plan de Estudios 1966, carrera de Odontología (3.472 horas)

PRIMER AÑO (700 horas) <sup>21</sup>			
Anatomía General	Anatomía Bucu-Dental	Materiales Dentales	Odontología Social 1.º
Histología General	Histología y Embriología Bucu-Dental		
Bio-Física y Bio-Química			
532		56	56
SEGUNDO AÑO (700 horas)			
Fisiología General y Bucu-Dental	Fisiopatología	Técnica de Prótesis	Odontología Social 2.º
	Anatomía Patológica General	Técnica de Operatoria Dental	
	Microbiología General y Bucu-Dental		
56	140	448	56
TERCER AÑO (700 horas)			
	Patología y Semiología Bucu-Maxilar	Clínica de Operatoria Dental 1	Odontología Social 3.º
	Anatomía Patológica Bucu-Maxilar	Clínica de Prótesis 1	
	Farmacología y Terapéutica Bucu-Dental	Clínica Quirúrgica Bucu-Maxilar 1	
	Radiología y Fisioterapia		
	294	378	28
CUARTO AÑO (714 horas)			
		Clínica de Paradontología 1	Odontología Social 4.º
		Clínicas de Endodoncia y Operatoria Dental 2	
		Clínica de Prótesis 2	
		Clínica de Ortopedia Dento Máxilo Facial 1	
		Clínica Quirúrgica Bucu-Maxilar 2	
		686	28

<sup>21</sup> Incluye además un curso de "Idiomas" (inglés) de 56 horas que no es claro que se haya finalmente incorporado como requisito de egreso.

QUINTO AÑO (658 horas)			
		Clínica de Paradontología 2	Odontología Social 5.º
		Clínica de Prótesis 3	
		Clínica de Ortopedia Dento Máxilo Facial 2	
		Clínica Quirúrgica Buco-Maxilar 3	
		Clínica de Odontopediatría	
		602	56
SUBTOTALES POR TIPOS DE ASIGNATURAS			
644 (18,5 %)	434 (12,5 %)	2170 (62,5 %)	224 (6,5 %)

El PE 66 marca un viraje conceptual e ideológico en la formación odontológica, acorde con los cambios generales que se daban en la universidad y a nivel del campo profesional en la región, pero, como comprobaremos después, no alcanza a modificar ninguno de los componentes esenciales del modelo de atención de la salud y del aprendizaje de la práctica profesional, ni define un nuevo perfil de egreso. En una apuesta, probablemente, a avanzar primero en los cambios de filosofía de la atención mediante la introducción de la Odontología Social, para abordar luego cambios estructurales dependientes de un avance más amplio de la institución en términos de desarrollo académico.

## 2.2. La mirada de la memoria

### *Nuevos conocimientos encapsulados en el currículo*

De la visión de los referentes históricos surgen como rasgos más relevantes de la etapa la amplitud y la relevancia del cambio de concepción profesional que se opera en estos años, con un alcance continental y la orientación y respaldo del organismo regional rector de la salud, la OPS.

Pensando en el 66, no es un proceso que se dio solamente en Uruguay, sino un proceso de transformación de los planes de estudio, de la formación de los futuros odontólogos, por lo menos en América Latina. Y digo América Latina vinculado a posturas incluso de la OPS, que tenía que ver con cierta percepción que había de que la formación del odontólogo estaba bastante alejada de poder dar respuestas consistentes a las necesidades de salud de la población y que eso podía estar relacionado con el proceso de formación, lo que en parte es verdad, pero no es únicamente en respuesta a ese problema. (1)

Por otro lado, la idea generalizada de hacer confluir las propuestas innovadoras en los noveles espacios académicos creados para abordar la perspectiva social de la odontología, descartando inicialmente la posibilidad de permear los núcleos académicos tradicionales. Los contenidos que allí se vierten resultan por lo tanto muy variados y no de exclusivo interés de la subdisciplina. Claro ejemplo de ello serán los temas preventivos que involucran al conjunto de la odontología.

El otro aspecto es que se alojó en los espacios de formación de lo que se llamaron las cátedras y departamentos de Odontología Social todo lo que tenía que ver con la prevención. [...] Los espacios de formación de odontología social han venido siendo los espacios donde se han depositado algunas de las transformaciones de los planes de estudio que van sucediendo por lo menos en las carreras de odontología. Entonces lo que no tenía ubicación en otros lugares acababa aterrizando en los espacios de odontología social. Ahí se incluyeron cosas que iban desde metodología de la investigación... no es aleatoria la situación, lo que se quiso transformar se colocó allí, los contenidos de prevención cuando vienen en la década entre los cincuenta y sesenta las grandes transformaciones en términos de la orientación en lo social... Por ejemplo, esta cátedra se llama Odontología Social, pero en Medicina se llama Departamento de Medicina Preventiva y Social. Son concomitantes los procesos, no es solo en Odontología. Por eso te digo que tiene que ver con la transformación de la propia OPS, también trabajando en el ámbito de lo que eran las formas de intervención. Eso se ubica. Es un proceso que es interesante en el sentido de que no se pudo ubicar en las materias tradicionales de formación, entonces se crea un espacio donde desarrollar la prevención. Eso es parte de eso.

Lo otro tradicional que hay allí dentro son todos los contenidos de salud pública, la disciplina que históricamente se ha denominado salud pública, la formación en salud pública. La formación en salud pública tiene esas tres ramas que te decía que también son depositadas allí: la epidemiología y la administración de los servicios. Y después de la década de los setenta se empieza a dar un énfasis en la formación en ciencias sociales, porque se empieza a entender que es una herramienta importante. Y de vuelta, ¿dónde termina?, en las cátedras y los departamentos de Odontología Social, Medicina Preventiva y Social, y acá también. Si ves el programa del plan 66 de Odontología Social, aparecen esos contenidos distribuidos a lo largo de los cinco años de la carrera. Había una presencia en los cinco años de la carrera de los espacios de formación relacionados con esto. Y la prevención acaba primero alojada allí, pero después, para que eso crezca y transforme la formación no puede quedar encerrado en un espacio. Es una propuesta muy sistémica, no es "hago el saludo a la bandera, pongo prevención en la formación, la alojo en el espacio y me encargo de que ese espacio esté aislado del resto". Y fue la estrategia inicial. (2)

De este modo, se advierte que el nuevo conocimiento corre el peligro de quedar encapsulado en un territorio curricular, con dificultades de impactar en otras áreas de formación.

—Además era la punta de lanza del cambio de modelo.

—Exactamente, porque se alojan en un espacio las posibilidades de transformación de ese modelo. Y se le atribuye esa responsabilidad cuando aisladamente no puede lograr ese objetivo. Esa forma de introducción de los contenidos en un departamento por un lado puede ser muy rica en términos de pensar en términos de especialidad y profundización de conocimiento, pero por otro lado a veces es encargar a determinados sectores de tareas que no pueden desarrollarse exclusivamente desde un único lugar de la formación. Digo que es una perspectiva sistémica porque es como funciona cuando uno piensa en las perspectivas sistémicas pensando la institución en términos más institucionales, vos decís “yo deposito en un lugar” y desde ese lugar como que en el discurso puedo asimilar ese espacio, con lo que tiene el tema de la asimilación: primero, no dejar afuera, porque desde el punto de vista del discurso era imposible dejar todo el discurso de la prevención, de las ciencias sociales y de la salud pública, porque veníamos transitando un modelo de formación básicamente dirigido para dar respuesta a las necesidades de las personas que podían pagar la asistencia odontológica. No podés dejarlo en el discurso, pero cuando lo ingresás, lo ingresás en un lugar, lo encapsulás y de alguna forma después establecés una tensión entre ese espacio y el resto, no es sencillo establecer un diálogo. Porque además estás en un espacio al que desde el punto de vista del poder se le piden muchas veces muchos resultados y no se le da el poder suficiente como para llevar adelante las transformaciones. A eso voy de las perspectivas sistemáticas más tradicionales, absorbo en el sistema y de alguna forma lo asimilo. Distintas interpretaciones... (3)

A lo largo del tiempo, desde la perspectiva de algunos actores, determinados temas se irán incorporando a los espacios clínicos hegemónicos de la formación en la medida en que resultan más afines y funcionales al enfoque disciplinar propio.

Es una tensión permanente, hoy es todavía permanente. También explica por qué hay áreas, incluso pensando exclusivamente en la formación en términos de salud pública, que tienen un mayor desarrollo y están asumidas más institucionalmente porque pueden responder mejor a los intereses hegemónicos dentro de la propia lógica. [...] La epidemiología cuantitativa, todo lo que hace a lo cuantitativo. Tiene una lectura que en una forma de pensar la práctica profesional tiene mayor vinculación con el trabajo clínico, que es el clínico más fuerte, y además tiene la posibilidad de ser cuantificado. Entonces responde mejor a un modelo más positivista. Entonces es el ámbito que tiene más legitimidad, porque puede vincularse con ese sector de una forma más tranquila, puede fluir más y hay más vínculo con la clínica. Lo que es un tema también de cómo pensar eso estratégicamente dentro del espacio total de la salud pública, porque siempre estás trabajando estratégicamente. (4)

En este marco y en un contexto político y social de gran movilización empiezan en esta década a desarrollarse las primeras expe-

riencias extensionistas odontológicas a iniciativa de la recién refundada cátedra de Odontología Social.

el que lideraba los cambios en lo social era el doctor Hugo Barone, que era una persona muy ligada a los temas sociales de la odontología, organizó varias jornadas en el interior, en un famoso asentamiento en el departamento de Flores... (5)

### *Modernización disciplinar y académica*

También se identifican cambios de orientación académica en algunas disciplinas, que no son explícitos en el documento curricular, pero que los actores recuperan como relevantes e ilustrativos de la modernización científica que ocurría también en estos años. En la mayoría de los casos conllevaron relevos en las direcciones académicas.

Es unánime la visión modernizadora que introduce la profesora Delia Gago con la incorporación de la temática de la oclusión normal a la formación técnica en prostodoncia, del mismo modo que empieza a renovarse la ortodoncia tradicional.

... al desaparecer Práctica de Laboratorio y Metalurgia, se crea Técnica de Prótesis, con una orientación ya de lo básico de la Prostodoncia, pero ya más relacionado con la clínica. En cambio lo otro era más alejado de la clínica... La doctora Gago es la que cambia... le imprimió a la enseñanza básica de la prostodoncia cambios muy importantes y empezó a formarse un equipo, joven, de gente, que ella entró a rodearse, de un grupo...

Es lo mismo en la ortodoncia: en la ortodoncia la creación de la orientación de la ortopedia viene de la mano del doctor Indalecio Buño, que trae la posibilidad de una orientación no tan mecanicista de la ortodoncia, una orientación más biológica, con la posibilidad de movilización y creación de hueso, y de modificación de las posiciones de los maxilares no ligadas a las técnicas tradicionales de la ortodoncia, sino con una ortodoncia que le llamaban "funcional", y entonces introduce todos los aparatos nuevos, que tienden a crear crecimiento óseo... (6)

### *Nivel de desarrollo de la investigación odontológica*

La década del sesenta también constituye una época en la que los nuevos desarrollos académicos estuvieron acompañados en muchos casos del impulso a la investigación básica y clínica que estuvo asociada en la mayoría de los casos a liderazgos que conjugaron capacidades de investigadores con un notorio interés por la formación de los equipos docentes. La memoria recupera la idea de la cátedra tradicional como espacio privilegiado de construcción de

la carrera académica, orientada y supervisada fuertemente por la figura catedrática. En materia de investigación, no obstante, se trató de avances que no tuvieron un encuadre de política institucional, sino que dependieron de la iniciativa individual de los profesores y sus equipos.

Dos figuras muy relevantes del período fueron el doctor Vartan Behsnilian<sup>22</sup> y el doctor Julio César Turell<sup>23</sup> prioritariamente en el área de la Operatoria Dental y luego en el desarrollo de la Prostodoncia Fija, con antecedentes ambos de formación en el exterior.

... el profesor Vartan Behsnilian era una figura académica muy fuerte, era un referente hasta a nivel internacional. [...] en el resto del área de Prostodoncia había ejemplos diferentes, no era esa trayectoria que había hecho Behsnilian, que era un docente de larguísima trayectoria, que pasó por todos los grados académicos, que generó conocimiento, que fue reconocido mundialmente, con contactos con universidades americanas y principalmente europeas y a quien se le veía su perfil docente y formador de sus docentes.

Hizo escuela, junto con Turell; fueron escuelas distintas, los dos eran casi de la misma generación. [...] eran los dos de Operatoria, se formaron juntos, iban dando concursos juntos. Cuando llegó el momento de llegar a las cabezas, Turell queda en la Operatoria de tercer año y Vartan se va a la Prostodoncia Fija; entretanto seguía el grado 5 que los formó a ellos, el doctor Dell Aqqua; de ahí sale la escuela de operatoria dental en Uruguay, con Dell Aqqua y sus discípulos, Turell y Vartan, que suma el tema de bruxismo, los trastornos temporomandibulares. Cuando se sale de la dictadura y quedamos en la Operatoria de cuarto sin su grado 5, que era Parodi, el primer decano posdictadura le pide a Vartan que asuma la responsabilidad de Operatoria de cuarto. Entonces sus últimos años, hasta que se jubila, Vartan vuelve a las operatorias, a la de cuarto... y queda también con Prótesis Fija. Pero entre Vartan y Turell hicieron la escuela operatoria dental de Uruguay, como discípulos de Dell Acqua. (7)

En el campo de la Prostodoncia Completa también se identifica el desarrollo de una escuela nacional que cuenta con varias figuras representativas a lo largo del tiempo, algunas de cuyos aportes fueron reconocidos en la región.

<sup>22</sup> 1922-2004. Doctor en Odontología de la FO, egresado en 1945. Profesor titular de la Clínica de Operatoria Dental 2.º y Profesor Titular de la Clínica de Prótesis 3.º hasta el año 1985. Con un muy destacado aporte científico internacional, introduce los nuevos enfoques de la odontología escandinava. Recibe el nombramiento de Profesor Emérito de la FO Udelar en el año 2000. Datos disponibles en [www.historiasuniversitarias.edu.uy](http://www.historiasuniversitarias.edu.uy), Archivo General de la Universidad.

<sup>23</sup> De acuerdo con uno de los testimonios, fue el primero en publicar a nivel nacional investigaciones sobre los colorantes detectores de caries, la fucsina básica en solución hidroalcohólica. Empezó sus estudios clínicos en la década del 50 y publicó en el año 66 promoviendo la utilización de colorantes detectores de caries. Fue reconocido a nivel internacional como el primero que normatizó estos colorantes. (10)

Yo creo que somos herederos de una escuela. Ahí me siento un heredero. El que puede haber contribuido más de los nuevos es Susumu Nisizaki, con el aporte de meter a la piezografía como técnica especial y lo de gerodontología, y después hay una escuela de impresiones uruguaya, que viene de la época de Volpe, de la década de los cincuenta. Que le agregó Liber hizo aportes. Después Susumu hizo aportes...

—**¿Y eso está registrado?**

—Y, en publicaciones. En algunas publicaciones, sí. Nada más.

—**Y en un saber hacer, que se transmite a lo largo de la historia.**

—Y en un reconocimiento de Saizar, por ejemplo, que fue un prostodoncista argentino muy reconocido, que es el maestro de todos nosotros. Y reconoció en su momento, en alguna publicación, a alumnos nuestros, de Uruguay, y a algún docente de acá, de la época del empirismo, ¿no? Argentino, sí. Un bonaerense de la UBA. (8)

Todos los testimonios sitúan a la Operatoria como la subdisciplina líder desde el punto de vista académico en la época, conformando lo que se ha dado en llamar la “Escuela Operatoria de Uruguay”.

El protagonismo y las figuras en la predictadura y dictadura estaban en operatoria. Esa era la escuela de operatoria de Uruguay, de la que nos enorgullecíamos, el preciosismo, el tripodismo, las rehabilitaciones extensísimas, las férulas. Eso era operatoria. La prostodoncia era un saber menor y de grado y que no precisaba grandes destrezas. (9)

... en la cátedra estaba el doctor Julio César Turell, que había tenido una actuación muy destacada en la Facultad de Odontología hasta el año 68, cuando por razones políticas se fue. Después del año 68 retomó la actividad en la década de los setenta. Cuando volvió las condiciones eran otras, entonces formó una cátedra desde el punto de vista académico muy buena, excelente, muy sólida [...] Era una de esas personalidades que se formaron en el exterior, fue uno de los primeros –igual que un famoso decano que tuvo la facultad, Pita Fajardo–, se formó en Estados Unidos, hizo un máster en Materiales Dentales en Estados Unidos, colaboró con grandes referentes de la odontología norteamericana, incluso en la traducción de algunos textos. Tenía una formación que en su época hizo mucha diferencia en la facultad, y que fue transmitiendo a los demás. Evidentemente el hecho de haber formado una cátedra de un perfil académico fuerte tenía que ver con su propia formación. Formó un grupo de estudios en su cátedra, y otra gente de la facultad formó parte de ese grupo de estudio. Grupo de estudio de gnatología, que era toda una disciplina que se había formado a raíz de ciertos criterios de evolución. (10)

En el campo de la Ortopedia también aparecen aportes innovadores, como vimos, de la mano del doctor Indalecio Buño que se registra como creador del aparato para la corrección del prognatismo<sup>24</sup> y cambios de enfoques que tienen impacto a nivel internacio-

<sup>24</sup> 1917-2013. Catedrático de Ortopedia y Profesor Emérito de la Facultad de Odontología

nal. Finalmente se evocan figuras de investigadores relevantes de las disciplinas básicas biológicas.

Que yo me acuerde, había una investigadora que era la doctora Artemia Fuentes en Histología, junto con su “anterior”, que se llamaba el doctor Stella... El doctor Stella realizó una importante investigación, que después no tuvo mayores consecuencias, que [...] demostraba que las terminaciones nerviosas cruzaban las estructuras dentarias sólidas y llegaban a la pulpa, o sea, partían de la pulpa dentaria y llegaban a toda la dentina y eso era lo que producía el dolor... Eso se presentó acá con bombos y platillos, no tuvo mayor trascendencia... Bueno, ahí a nivel de investigación. La doctora Gago hacía investigación ligada a la práctica, es decir, no pautada, sino que probaba materiales, yo qué sé, insertar silicona...

—**Experimentaba.**

—Exacto, era una investigación, es decir, un procurar aplicación de nuevos materiales, que tenía algún parecido con una investigación, [...].

—**Pero muy librado a individuos que tenían intereses personales...**

—No había política, no había ningún tipo de política de investigación... eran cosas muy aisladas. (11)

### *Nuevos y viejos modelos de enseñanza*

Los testimonios dan cuenta de un período en el que comienzan a convivir los modelos tradicionales de enseñanza clínica, fuertemente signados por la autoridad profesoral catedrática y el cumplimiento del “cuadro de trabajo”,<sup>25</sup> con las experiencias de enseñanza activa inspiradas en el pensamiento pedagógico de Clemente Estable<sup>26</sup> en las ciencias básicas y las transformaciones que se operaban en la educación médica en esos años en la Udelar.<sup>27</sup>

---

de la Udelar. Disponible en <http://historiasuniversitarias.edu.uy>, Archivo General de la Universidad.

<sup>25</sup> “El cuadro de trabajo consiste en organizar el aprendizaje clínico de acuerdo a un número y tipo de realizaciones o prestaciones prescriptas que el estudiante debe cumplir con independencia de la problemática de salud odontológica que presenta el paciente” (Artigas y Collazo, 1999).

<sup>26</sup> Con el nuevo plan de estudios se incorpora a la cátedra de Biofísica y Bioquímica el profesor Clemente Estable Puig, docente de Medicina. Hijo de una figura académica relevante de trayectoria magisterial y universitaria en el campo de las ciencias biológicas, con importantes aportes filosóficos a la investigación y la enseñanza de la disciplina de inspiración escolanovista; Doctor Honoris Causa de la Universidad de la República en 1959 (Estable y otros, 2002).

<sup>27</sup> También inmersa en el proceso general de transformación de la educación médica liderado por los organismos internacionales de la salud y las facultades de la región, la carrera de Medicina de la Udelar concreta en el año 1968 un cambio curricular de envergadura que logra introducir ya en este momento los principales lemas innovadores de la época: “el aprendizaje activo, la enseñanza integrada [...], el enfoque social y preventivo [...], la perspectiva antropológica [...], la conjunción de la patología con las especialidades en la clínica general, la unidad materno-infantil, el internado como año final obligatorio, la evaluación continua” (Carbajal, 2008: 23).

Y yo creo que Estable me tiró abajo el modelo de profesor que uno tiene, en una facultad, como yo digo, de túnica blanca... Que si la tenía, la tenía superarrugada, mejor que no la tuviera... Entonces lo primero fue el modelo... de docente que, si bien se paraba adelante, no era la figura de la clase. Hacía que intervinieras, ponía una lámina y a esa lámina le sacaba media hora el jugo, haciéndote intervenir... Y entonces no solo fue la figura de docente, sino fue la manera de aprender, o de estudiar, o de enseñar, ¿no? La manera de enseñar, digamos.

La pregunta era clave. Y la pregunta generalmente era: “¿Cómo ven esto? ¿Cómo les parece que se llega a esto?”. Entonces siempre apelaba a un conocimiento previo, siempre: “Pero ustedes algo de esto vieron, en tal...”. [...] Y por ahí, con dos datos, empezabas a razonar y a sacar lo que tenías delante. Yo me sentí fatal, me sentí remal, y bueno, fuimos una delegación de la clase a decir que nosotros queríamos clases expositivas, que queríamos que el docente nos transmitiera lo que sabía, su experiencia, sus conocimientos... Pero no que nos estuviera sacando cosas a nosotros y que tuviéramos que ir a estudiar... Y bueno, así fue que lo enfrenté a Estable, y Estable por supuesto, nos dijo: “Pero ¿por qué llegan a esto? ¿Por qué es que quieren esto? ¿Y les parece que esto es bueno? ¿Y les parece que esto es no-bueno?”. Después empezamos a avanzar con grupos. Entonces, ya en los grupos la cosa empezó a mejorar. Es decir, a mejorar para lo que sentíamos nosotros en ese momento...

Tengo la figura del profesor muy fuerte, en la clínica, muy fuerte, que por poco te pisaba los talones cuando caminabas, muy fuerte...

—**¿Muy fuerte en qué sentido, de autoridad?**

—Sí, de autoridad, autoritaria. Fuertes rezongos delante del paciente, que la verdad que te ibas llorando por el pasillo, a otro lado...

... Y después tenías buenos profesores, que la verdad que te acompañaban en la clínica; en Prótesis, por ejemplo, yo tuve excelentes profesores, ya desde Técnica, el grupo...

El tema es que acá en el plan 66 estaban incluidas las prestaciones: tú tenías que tener dos amalgamas y detalladas, tipo, dos cosas y de tal tipo. Entonces, no solo era conseguir el paciente, el diente, ¡sino la caries también! Entonces, era una presión buscar, atrás de la prestación, atrás de buscar ese tipo de prestaciones.

—**La atención totalmente subordinada al aprendizaje que se había prefijado.**

—Por eso te digo, porque el aprendizaje a veces se puede dar con otras, en otras situaciones, ¿no? Que después hemos tratado de avanzar en eso; pero en ese momento, solo aprendías si hacías... Si no hacías la clase dos de amalgama no podías aprobar el curso clínico, por más que hicieras las más lindas *jackets*, pero tenías que hacer la clase dos de amalgama. Y la clase dos de amalgama prácticamente era ideal; entonces no era tan fácil. Así que es así; esa presión de conseguir —ni siquiera el paciente— la cavidad para poder hacer eso, eso estaba. De todos modos, era así, la cosa era así y la aceptábamos así. (12)

Finalmente, desde el punto de vista del perfil de la formación, las tres áreas clínicas que vertebran la profesión odontológica en esta etapa institucional son la Cirugía, la Operatoria y la Prostodoncia. Según los testimonios ninguna de ellas sufre en el PE 66 modificaciones de relevancia.

La Prótesis, como la Operatoria, eran las disciplinas fundamentales...

—**Vertebrales.**

—Exacto, porque ¿qué iba a hacer el odontólogo una vez recibido? Atención de la caries dental y rehabilitación protética. Y la Cirugía. O sea, son las tres patas, es decir, tendrá su apoyo en las básicas, pero el ejercicio profesional es cirugía, prótesis y operatoria, y bueno, luego creció la ortodoncia; con todos los cambios técnicos, fundamentalmente, que se fueron dando, que acercaron la posibilidad de la aplicación de la ortodoncia a sectores mucho más amplios de la población. Pero la cosa se repartía entre esas tres disciplinas... (13)

### 3. Etapa de la intervención y ajustes curriculares

Los años de la intervención universitaria supusieron para la Facultad de Odontología, como para el conjunto de la universidad, un claro retroceso académico con la destitución y retiro de la actividad universitaria de más de la mitad de los docentes,<sup>28</sup> así como la pérdida de libertades, de expresión y de enseñanza. No obstante, las nuevas autoridades mantuvieron durante todo el período el PE 66. Se operaron cambios en el área de la formación social, como expresión del pensamiento renovador instaurado en los años sesenta, pero no se intentó impulsar la formulación de un nuevo plan de estudios. De este modo, se podría afirmar que durante dos décadas más la formación odontológica mantuvo en lo esencial su matriz curricular clásica disciplinar sin volver formalmente al PE 36.

Desaparece la denominación de *odontología social* y se retoma el término *ecología de la salud* empleado en el PE 36. Se restringe su intervención en la carrera<sup>29</sup> y se concentra en los temas básicos de la disciplina social, ahora con una orientación teórica afín a las ideas conservadoras de la intervención y con un soporte bibliográfico elaborado por la propia cátedra, según alguno de los testimonios.

<sup>28</sup> Dato referido en el Plan de Estudios 1993.

<sup>29</sup> En la información proporcionada por la Sección Bedelía se comprueba el dictado de la asignatura Ecología de la Salud en quinto año durante los años 74 y 75. En el período 76-81 desaparecen los contenidos del currículo. En 1982 se reincorporan en primero y quinto año con la denominación de Ecología de la Salud 1.º y luego Salud Pública 1.º y Odontología Social 5.º. Con la vuelta a la democracia, se dicta Odontología Social, por primera vez, en los cinco años de la carrera, como fue previsto en el PE 66.

... Teníamos cosas vinculadas a salud pública, [...] algo de ciencias sociales, algo de estadística y epidemiología. Se mantuvo lo que serían los troncos de formación que hacen a salud pública, que se dan en las ciencias sociales, el tema de la epidemiología y lo que sería administración y gestión, ubicado en tres momentos de la carrera y con contenidos un poco diferentes, en algunas cosas muy diferentes. Y la bibliografía era producida por los propios docentes. Los contenidos respondían, desde el punto de vista más ideológico, a la postura que había en las autoridades y a nivel político, no solamente en la universidad, sino en el país en general. (14)

En el marco de la nueva cátedra se evocan en esta etapa el desarrollo de *experiencias extramurales de educación para la salud* financiadas por la Fundación Kellogg, que entre las décadas de los sesenta y ochenta promovió en el continente, como vimos, la odontología social con una perspectiva de atención integral (Blanco, 2004; Luengas y otros, 2003). No obstante, testimonios de estudiantes de la época la recuerdan como una actividad asistencial más, sin orientación ideológica alguna.

El plan 66, que había empezado en el 67, se había propuesto una cantidad de cosas que no había tenido ni tiempo ni fuerza para...

—**¿Qué recordás como elemento esencial del plan 66?**

—Nosotros no tuvimos Social, lo que la dictadura hizo fue limarlo de tal manera que quedara como el plan [anterior]. Lo limaron de acá, lo limaron de allá, y dejaron la estructura básica, el mosaico de materias tradicionales y chau. Si se parecía se parecía, porque había noventa y pico por ciento de coincidencia [...]. Había igual algunas expresiones, Ecología de la Salud, cosas que habían puesto, con alguna actividad en el medio. Había unas expresiones de voluntariado social, esas cosas, pero que tampoco tenían ningún propósito más allá de las buenas intenciones de la señora que estuviera a cargo. Había un proyecto... que tenía móviles odontológicos. [...] Así que había alguna pequeña participación en actividades se podría decir sociales, pero era testimonial totalmente, no formaba parte de nada. Se convirtió en un plan clásico. (15)

#### 4. El proceso de reapertura y el debate curricular

El 22 de agosto de 1984 cesa la intervención y de forma concomitante se recompone el gremio docente que convoca a fines de ese año la primera asamblea general en la que confluirá la joven generación docente comprometida con el proceso de democratización de la Udelar –formada durante la dictadura– con la vieja generación de docentes destituidos. Si bien la acción y la lucha político-partidaria retomaban también su vigor en la universidad y en la FO, los testimonios de la época dan cuenta de una instancia de gran fuerza reestructuradora y de fervor institucional. La convocatoria dio lugar

a la conformación de un consejo transitorio y la redesignación del último decano elegido, profesor González Methol, destituido en el año 1973.

La facultad debió emprender de inmediato un proceso de recomposición académica, que involucró la restitución de los docentes expulsados, la homologación de cargos concursados con garantías durante la dictadura y la titularización de los restantes cargos.

No obstante, el momento de la normalización institucional se visualiza como “la piedra fundacional del cambio curricular”. Parte de la joven generación entendía que el PE 66 no podría operar como punta de lanza de la renovación de la enseñanza y el cambio curricular se visualizaba como un factor determinante del crecimiento académico de la facultad. Los dos cambios, recomposición académica y reforma curricular, ocurrieron entonces de forma simultánea por largos años, generándose interferencias inevitables en las discusiones en la medida en que todo sucedía en un contexto general de transformación institucional. La novel generación docente adquiere finalmente un fuerte protagonismo con el apoyo de figuras restituidas que alentaban el proceso de cambio.

Pero la destrucción académica había sido tan grande, la devastación, no solo la cantidad de gente que echaron, había gente de enormes valores intelectuales, pero también había gente con fortaleza académica. Y el cortar ese proceso y que no se formara nadie durante todos esos años hizo un daño muy duro en esta facultad, en todas, en esta también, hizo un daño muy profundo. Entonces existía la plena convicción en todos nosotros de que había que salir de esa situación y que para salir había que encarar con fuerza las tres funciones, que había que modificar la enseñanza, que había que cambiar el plan, que el plan 66 tampoco era la referencia. Porque el plan 66 se restituyó inmediatamente en marzo, pero no sirve un papel. Vos leíste el plan 66, tampoco era gran cosa. Si te ponen un papel ahí, con eso no cambiás nada, las cosas seguían igual. Ahí fue el germen del cambio curricular, que la gente en general se daba cuenta de que eso era imposible, inviable, que la fortaleza académica nuestra estaba muy disminuida, que había que crecer.

En el tema plan, que era en definitiva el futuro académico de la facultad, porque se dirimía todo eso. (16)

Después de que se va González Methol, que tiene toda la virtud de llegar, permitir que se trabaje y se empiece a reformular todo, se empieza a trabajar con asambleas y con talleres y claustros abiertos donde intervenía cualquiera. Allí era grado 2 Pablo, era grado 2 Visconti, era grado 2 Fernando. Y todos tuvieron un papel importante.

—**Graciela Duarte.**

—Graciela Duarte, el mismo Maglia. Todos grados 2 y estaban en aquel momento. (17)

Debe observarse que, a diferencia de otras disciplinas universitarias, la expulsión de la Udelar supuso para los docentes de Odontología en cierta medida el aislamiento en el consultorio particular con la única posibilidad de mantener el contacto con la formación a través en la Asociación Odontológica (AOU) que, según algunos testimonios, llegó a jugar un papel importante en parte de esos años contando con la participación de docentes de trayectoria. No se registran casos de docentes que hayan desarrollado una carrera académica en el exterior.

... ellos tenían no solamente cursos en la Facultad de Odontología de grado y de posgrado, sino que además tenían mucha influencia en la Asociación Odontológica Uruguaya. Yo me formé con ellos en cursos largos de posgrado en la Asociación Odontológica Uruguaya, cuando había sustituido el perfil académico que tenía la facultad en un momento en la actividad de posgrado. Durante toda la época de la dictadura la Asociación Odontológica fue un puntal en ese sentido. (18)

El primer decano elegido, profesor Artagnan Salerno,<sup>30</sup> y su equipo asumen rápidamente el liderazgo del proceso de transformación curricular e impulsan el trabajo del novel Claustro en ese sentido.

Entonces apareció Salerno, en el año 86, en su primer decanato, poniendo este tema con fuerza arriba de la mesa. Lo tomó como una bandera, lo impulsó con mucha fuerza. (19)

A lo loco lo hizo, pero fue un revulsivo, hay que reconocer eso, y polarizó, y cuando vos polarizás las cosas se discuten. (20)

El Lalo Seguí apareció como un operador del decano, le faltaba sacar un... arma. Esa era la versión dura del partido. Dura de acá y de lo que fuera, mandaba para adelante. (21)

Se organizan las primeras actividades de actualización institucional que servirán de impulso al proceso de renovación curricular, quedando registro documental y en la memoria oral las siguientes instancias: un Seminario de Atención Primaria de la Salud<sup>31</sup> y el curso Reflexiones sobre Docencia y Evaluación del Aprendizaje.<sup>32</sup>

<sup>30</sup> Exiliado en Italia, se reincorpora a la facultad como catedrático de Odontopediatría y es elegido decano durante dos períodos: 1985-1989, 1990-1991 (renuncia). (Cronología institucional.)

<sup>31</sup> Referido por uno de los entrevistados (13).

<sup>32</sup> 1986- Curso a cargo de W. Moreno y A. Curutchet: "Reflexiones sobre docencia y evaluación del aprendizaje". Texto de elaboración propia sin referencias bibliográficas, de corte prescriptivo con una orientación "radical" de enseñanza activa (p. e. eliminación de la evaluación sumativa en favor de un régimen exclusivo de autoevaluación estudiantil; visión muy crítica del sistema de cátedras, del rol docente tradicional, etc.). Incorpora las nociones de "unidades didácticas", "unidades o experiencias de aprendizaje" inte-

Asimismo, el decanato intenta organizar de forma inmediata un ámbito de atención clínica integral en la FO que generó fuertes resistencias (13).

En la revisión documental de la época, se comprueba que este primer Claustro y el Consejo de Facultad formulan y aprueban ya en el año 1988 los primeros *avances doctrinarios* curriculares, adoptando definiciones en relación con el *marco de referencia*, el *marco conceptual*, *marco curricular* estructurado en cuatro *cursos* (*Morfofunción, Tratamiento, Patología y Odontología Social*),<sup>33</sup> la organización de los cursos en *Unidades de Integración Multidisciplinarias* y el *Perfil del Odontólogo*.<sup>34</sup>

### *Experiencias piloto*

A partir de este momento, y dada la relevancia que adquiere, como veremos después, el lema de la integración curricular, se abre una etapa de planificación y ejecución de planes pilotos intercátedras que involucran a las generaciones de estudiantes de los primeros años. La finalidad de estas es *ejercitar a los docentes en la relación intercátedras, en la elaboración y ejecución de unidades comunes; integrar el conocimiento de temas afines; entrenarse en los cambios a efectuarse en la metodología de enseñanza*. Se registran así experiencias de trabajo conjuntas entre los años 1989 y 1991 en las cuatro áreas de formación, si bien el mayor avance se realiza en los cursos biológicos, patológicos, preclínicos y de introducción a la clínica de primero, segundo y tercer años. Esta estrategia de trabajo que se prolongó en el tiempo se entendía imprescindible en el marco de un escenario histórico de fuerte segmentación y aislamiento académico. La evaluación que realiza la Comisión del Claustro de las experiencias piloto destaca logros referidos a *cambios metodológicos, trabajo colectivo, comunicación docente, comunicación intercátedras, cambios de enfoque de la enseñanza promoviendo un nuevo perfil del estudiante, aproximación a un nuevo plan de estudios y eliminación de interferencias* (ibíd.)

Una cuestión muy buena en esa época fue el empezar a simpatizar con los integrantes de las otras cátedras, a conocerlos; ni nos conocíamos, pasaban por los corredores, “adiós”, y a veces no sabíamos ni el nombre. (22)

---

gradas e integrales, coordinadas multidisciplinariamente, tanto en su enfoque como en su presentación.

<sup>33</sup> O Introducción a la Odontología.

<sup>34</sup> Informe síntesis de la Comisión de Plan de Estudios de la Asamblea del Claustro, 11/03/91.



Fig. 2. Estudiantes de la carrera de Laboratorio en práctica odontotécnica (2024).

Yo entré en el 87 a la cátedra [...] y ya ahí Di Píramo había estructurado, y como nosotros trabajamos siempre en contacto con la clínica de Patología, siempre nos veían porque nos traían las biopsias y preguntábamos del paciente, entonces Di Píramo ya en esa época empezó a hacer el curso integrado. Empezamos a hacer los seminarios; empezamos con los teóricos, que iban del teórico que daba Patología e íbamos nosotros y lo dábamos juntos, como hasta hoy, el mismo tema.

#### —Anatomía Patológica y Patología Clínica.

Iban a dar tumores, nosotros dábamos la anatomía patológica y ellos patología clínica y supuestamente se integraban previo. Era el teórico. Eso hasta el día de hoy sigue, los teóricos-teóricos seguimos dándolos juntos nosotros, Patología, Radiología, cuando va. Y siempre tuvimos seminarios, Di Píramo empezó con los seminarios. (23)

De forma concomitante, el lema de la integración docente asistencial y la extramuración de la actividad curricular dio lugar a la firma del primer convenio firmado entre el Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Odontología en el año 1989 para la puesta en marcha del programa inicial de docencia en servicio (Centros Auxiliares ASSE) que cubriera las necesidades asistenciales de forma permanente (Udelar-FO, 1989).

El Claustro elegido en el año 1991 entiende, no obstante, la necesidad de revitalizar el proceso institucional, clarificar las “afirmacio-

nes erróneas” que circulaban en el ambiente cotidiano institucional, involucrar con carácter obligatorio al conjunto de las cátedras y fijar un calendario final de elaboración del nuevo plan de estudios que culminará en el año 1992 (ibíd.).

El área de Tratamiento, que abarcaba en ese momento 16 cátedras en un total de 26,<sup>35</sup> fue la que presentó mayores dificultades de avance debido a los déficits de participación docente y el escaso conocimiento y nivel de apropiación de los principios rectores formulados por la FO para la reforma (ibíd.). Las disciplinas básicas biológicas en contrapartida lograron en ese momento mayores avances, como veremos después, liderados por el catedrático de Biofísica y Bioquímica que participa activamente del Plan de Estudios 1968 de la Facultad de Medicina e incorpora a la odontología el enfoque de enseñanza integrada y activa promovido por la educación médica.

Porque las básicas se caracterizaron por que siempre trataban de innovar, pequeñas cosas, pero las clínicas fueron muy estancas, las clínicas fue terrible. El cuadro de trabajo era una cosa espantosa. Y además después se fue acortando el cuadro de trabajo y los estudiantes y los docentes en el área no tenían... el paciente era algo que le servía al estudiante, punto. Entonces lo revisaban: “¿Te sirve o no te sirve?”. No te sirve, no. Era eso, tiene lo que necesitás o no. Y te limitabas a resolver lo que necesitabas.

—Lo que necesitabas aprender.

—El resto no importaba. Lo que necesitabas hacer para tu cuadro de trabajo, punto, el resto no importaba. (24)

### *El papel rector de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)*

En este marco, el decanato organiza en 1990 la visita de expertos de la OPS y la estadía de docentes de la facultad en la sede de la organización en Washington (Estados Unidos)<sup>36</sup> a los fines de tomar contacto con la corriente del Programa de Innovaciones en la Enseñanza y Servicios Odontológicos gestada desde los años sesenta hasta los ochenta por el organismo en muchos países. La Declaración de Alma-Ata (OMS-UNICEF) de 1978 que propuso la estrategia Atención Primaria en Salud y luego la meta “Salud para todos en el año 2000” dieron un fuerte impulso al cambio en las políticas de salud, los sistemas sanitarios y la formación de los profesionales de la salud en el continente. Un jalón importante en este pro-

<sup>35</sup> Cuatro cátedras de Morfofunción, cinco de Patología y una de Odontología Social.

<sup>36</sup> Visita a la FO del doctor Héctor Silva, experto chileno de la OPS que realiza un asesoramiento en materia curricular y de compra de equipamiento. Estadía de los doctores Pablo Pebé y Graciela Duarte en Washington para participar de un curso de Plan de Estudios dictado por la OPS y visitar universidades.

ceso fueron las definiciones políticas y estratégicas adoptadas en la Primera Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina convocada en 1980 (ibíd.).

Nuevamente esta organización, que en los años de gobiernos dictatoriales nucleó a académicos referentes de la región, cumplió un papel relevante como usina de ideas y estrategias de cambio curricular en relación con la formación de profesionales de la salud. Los testimonios de los protagonistas dan cuenta de un alto impacto de este encuentro académico al menos en dos sentidos. En primer lugar, y en términos operativos, la OPS estaba ahora en condiciones de aportar un programa estructurado, experimentado en diversas facultades y escuelas.

Había un grupo latinoamericano en la OPS que juntaba ideas innovadoras en el ámbito educativo. [...] Juntaron una pléyade de gente de valor intelectual, y estuvimos 15 días con ellos. A mí me impactó mucho todo eso. Nos llevaron a ver universidades. Había élite, un grupo de gente con valor, que ponele que había sido desplazada por las dictaduras latinoamericanas, de alguna manera se refugiaron ahí en ese ambiente. [...] Ahí recuerdo que aparecían mucho las ideas de López Cámara, el mexicano aquel de la UAM. Fue una experiencia corta pero intensa, porque estábamos ocho horas por día...

Entre las ideas que recogimos allá una era que la universidad no tenía que tener edificio, por ejemplo.

—**La extramuración total.**

—Sumergida en la sociedad. Mirá que me acuerdo.

—**¿Cuáles eran las ideas más fuerza? Integración disciplinar y extramuración.**

—Y más estudio por abordaje por problemas exclusivamente.

—**Enseñanza activa al máximo.**

—... enseñanza activa al máximo, protagonismo total del estudiante.

Silva decía que todo esto implicaba una renovación de la práctica, que en la Universidad de Maryland estaban investigando mucho al respecto y que tenían propuestas innovadoras en la práctica, que había que trabajar de otra manera. Obviamente que todo el equipamiento nuestro era [pésimo]. Allá fuimos a la Universidad de Maryland, y todavía estoy aplicando cosas de lo que vi ahí. Con ideas de... [la OPS] y con ideas de Maryland fue que hicimos la reforma de las clínicas acá. A la uruguaya y con otras cosas, con aciertos y errores, pero recuperando ideas. Realmente tenían un centro de estudios muy avanzado en tecnologías y en ergonomía, juntos. (25)

La intervención del experto de la OPS en la propia facultad, no obstante, generó una fuerte controversia en la medida en que se recepcionó como una suerte de “venta de modelo”, en una facultad que ya había comenzado a discutir y experimentar cambios en la

enseñanza fundamentalmente a nivel de las ciencias básicas y la odontología social.

Un chileno. Vendía un plan que supuestamente había sido exitoso en algunas universidades de El Salvador. Imaginate. Entonces venía con su formulita. Sirvió en el sentido de que la gente se movilizó, se molestó, se sintió molesta de que viniera alguien a traer, entonces movilizó.

—**Vino con su modelo y ustedes tuvieron oportunidad de presentar lo que estaban haciendo.**

—Sí. Primero tuvimos unas jornadas, y a la siguiente venida de él presentamos lo que estábamos haciendo. Y ahí terminó, nunca más.

—**¿Qué devolución les hizo de lo que presentaron?**

—Le pareció fantástico, pero siguió con su esquemita. Y creo que esa fue su última [intervención] [...] (26)

Por otro lado, la toma de contacto en la visita a Estados Unidos con otras experiencias universitarias y referentes académicos también constituyó una valiosa oportunidad de conocer los importantes cambios que se habían producido en el mundo en materia de profesionalización científica de matriz anglosajona y de comenzar a actualizarse desde el punto de vista bibliográfico.

De Estados Unidos lo que tuvimos, por lo menos en esa comparecencia, fue el discurso científico. [...]

Tuvimos a un fenómeno, no recuerdo el nombre, que nos habló de cómo iba marchando la producción científica en Estados Unidos, las luces y las sombras, la obligatoriedad de los tipos de presentar *papers*. Te estoy hablando del año 86, cómo se les caía la calidad en algunos lugares por la obligatoriedad de presentar *papers* para mantener el cargo, todo el análisis crítico. Ya en el año 86. Fue un contacto muy fuerte, muy importante y que [nos] impactó muy fuerte. Además siendo jóvenes y sabiendo que la crítica de todo esto que teníamos era profunda. Que tampoco teníamos acá cosas o ideas o propuestas en nuestra universidad, no había. Porque el plan 66 también se había quedado muy corto, muy cortito.

Y tener contacto con intelectuales latinoamericanos, con mucha bibliografía... Esa fue otra característica del momento, empezamos a tomar contacto con mucha bibliografía, vinimos cargados de cosas de allá, libros, artículos, nos mandaban cosas. Realmente influyó mucho. Creo que fue el cruce de un terreno fértil, una iniciativa política, la de Salerno, que le daba con todo al tema, y el impacto de todo eso en cabezas jóvenes ávidas de buscar la salida. (27)

### *El proceso de negociación política y generacional*

El Claustro de facultad y primordialmente el orden docente fueron los protagonistas del cambio recuperándose en la memoria de

algunos entrevistados la idea de una fuerte lucha y negociación atravesada por la sectorización y las fuertes personalidades políticas, así como por el corte generacional. Todo ello prolongó el proceso de acuerdos durante ocho años, mediando una renuncia del primer decano y una nueva elección de autoridades.

—**Un régimen muy asambleario.**

—Muy asambleario. Los grandes problemas fueron de asambleas grandes, y los talleres del Claustro eran asambleas grandes. Así se fue definiendo. Lógicamente, todo el mundo cocinaba por su lado antes de la asamblea.

—**Claro, porque todo esto a su vez estaba cruzado con lo político.**

—Sí, muy cruzado con lo ideológico y lo político, y la situación personal de cada uno. (28)

¿Por qué demoró tanto en salir esto? Porque los viejos o no entendían o no querían entender, es como pensar en la revolución y no saber cómo hacerla, y a los jóvenes nos faltaba fuerza intelectual todavía para disputar las ideas y también fuerza física, numérica, peso específico, éramos una fuerza en crecimiento. Y no todos los jóvenes estaban [convencidos] [...].

El plan demora tantos años en salir porque el Claustro se convirtió en un escenario de confrontación de todo eso, de las ideas, las nuevas, las viejas, las no ideas, el conservadurismo, todo el Claustro era una batalla campal. Eran tenidas larguísimas. (29)

Las cosas que más lo detuvieron tuvieron que ver con personalismos que había, innegablemente. (30)

Por ese camino se fue advirtiendo, cuando se empezó a concretar en cosas escritas, que teníamos no solo un plan de mierda, sino una facultad de mierda y unos docentes de mierda y que teníamos que cambiar muchísimas cosas. Que teníamos que tener desarrollo académico, que teníamos que tener estructura, que teníamos que tener laboratorios. Allí aparecieron personas que empujaron para acá, para allá, pero se fue encontrando un cauce de contención de los problemas de la facultad y de su necesidad imperiosa de cambios fuertes. Lo primero concreto fue que toda la gente docencia, una docencia de repetición, cuatro pavadas se repetían ene veces a lo largo de la carrera, no tenía contenido científico. Algunos lo tenían, pero la carrera en sí no lo tenía. (31)

## 5. Plan de Estudios 1993: una ruptura paradigmática

Este plan de estudios marcó un jalón en la historia de la carrera de Odontología por el cambio de concepción educativa y la envergadura de las transformaciones que buscó generar en todos los planos del currículo: el enfoque y el modelo de atención de la salud, el modelo de enseñanza y el modelo de evaluación. Para ello se define una nueva estructura curricular, como veremos, que buscará una fuerte integración vertical y horizontal de las disciplinas odontológicas, pasando de un currículo asignaturista disciplinar a un currículo

integrado que se sustentará a la vez en una idea de transformación “radical” de la organización curricular.

### 5.1. El currículo prescripto

Se trata de un proyecto completo de formación que define el conjunto de los aspectos curriculares con una enunciación concisa de los principios rectores y las estrategias de transformación. Será recién en el siguiente documento curricular (2001), como veremos, que se alcancen definiciones más precisas luego de un proceso de implementación flexible del plan de estudios y de una vinculación más estrecha e intensa facultad-sociedad.



Fig. 3. Clínica con estudiantes de la carrera de Dr./Dra. en Odontología (2011).

#### *El diagnóstico de partida: situación sanitaria y educativa*

El cambio curricular parte de un diagnóstico de situación muy crítico acerca de la situación sanitaria del país y la orientación preponderante de la enseñanza odontológica en la universidad pos-intervención, conceptualizada como “crisis de la enseñanza de la odontología” (p. 26).

El país no contaba con datos epidemiológicos odontológicos y es recién en los últimos años que se dispondrá de un perfil sanita-

rio general realizado por la propia FO.<sup>37,38</sup> No obstante, la institución manejaba en los años noventa algunos datos epidemiológicos básicos que resultaban alarmantes: el 95 % de la población presentaba caries y el 60 % paradenciopatías; el 80 % de la población no tenía acceso a la atención odontológica. La práctica odontológica, de este modo, era primordialmente privada, resuelta a través del ejercicio liberal de la profesión, y los servicios estatales atendían fundamentalmente urgencias y avulsiones dentarias (Ringel y otros, 2000).

El PE 93 sintetiza el estado de situación sanitaria en los siguientes términos:

La atención de la salud responde al paradigma vigente en la práctica Médica y Odontológica, que se centra en la enfermedad, que tiene carácter individualista, biólogo, mecanicista y con tendencia a la pseudoespecialización y a la sofisticación en tecnología.<sup>39</sup>

Falta un sistema preventivo asistencial con carácter nacional, programas masivos de prevención, acciones de información y educación para la salud y organismos coordinadores del sistema.

[No existe] integración de la educación para la salud en los programas de educación formal en todos sus niveles.

Existe un alto porcentaje de patologías bucales identificadas.

El sistema de atención tiene muy poca extensión de cobertura debido al mal aprovechamiento de los recursos humanos y materiales existentes.

La atención curativa es ineficaz, ineficiente, no oportuna, discriminativa. (PE 93, p. 27)

En la vuelta a la democracia el país se encontraba en una situación de extrema precariedad del sistema de salud general, del ejercicio de los derechos ciudadanos y del nivel de vida de la población. La recomposición del sistema y la reconquista del derecho a la salud fueron lentas y signadas por las políticas neoliberales de ajuste del Estado prevalecientes en los años ochenta y noventa. En este período el país sufrió dos instancias de crisis económica (1980 y 2000) que profundizaron los niveles de desigualdad y de concentración de la riqueza. Las políticas públicas de salud bucal, por su parte, tuvieron un desarrollo más difícil y complejo que, como veremos, alcanza la actualidad (MSP, 2019). Es así que la FO se posicionó en el año 1993 como un actor público sanitario que, en términos de dis-

<sup>37</sup> Lorenzo, S.; Álvarez, R.; Blanco, S., y Peres, M. (2013 junio). Primer relevamiento nacional de salud bucal en población joven y adulta uruguaya. *Odontoestomatología*, vol. 15 n.º spe. Montevideo.

<sup>38</sup> Riva, R.; Sanguinetti, M.; Rodríguez, M.; Guzzetti, L.; Lorenzo, S.; Álvarez, R., y Massa, F. (2011 mayo). Prevalencia de trastornos temporomandibulares y bruxismo en Uruguay. *Odontoestomatología*, vol. 13 n.º 17. Montevideo.

<sup>39</sup> Tanto a nivel público como privado.

curso político institucional, se colocaba a la vanguardia de las transformaciones del campo profesional, buscando construir un modelo de atención de la salud bucal alternativo.

**—De alguna manera la facultad se ponía en una posición rupturista, vanguardista respecto a las políticas de salud del país.**

—Absolutamente.

**—Porque no había ni atisbos todavía de una orientación de este tipo.**

—Pero era un momento fermental, todas esas cuestiones venían de la mano de ver a la medicina, que también tenía que transformarse... la medicina médico-paciente también era un dúo, y ya había pasado Alma Ata, por lo tanto también el tema de la atención primaria en salud estaba imponiéndose en el mundo y con la perspectiva de la salud para todos en el año 2000 y todas esas cuestiones. Entonces había un conjunto de temas que estaban en el tapete en ese momento, que concluyeron en una facultad enfervorecida con su vuelta a la dirección colegiada, con un centro de estudiantes potente, que aportaba ideas. Era un momento muy interesante. (32)

En relación con la educación odontológica universitaria, el nuevo plan de estudios daba cuenta también de un panorama extremadamente precario desde el punto de vista material y docente (masificación de la enseñanza, costos de la carrera, deficiencias edilicias y de recursos educativos, déficits de gestión, entre otros), curricular (fragmentación disciplinar, programación defectuosa, redundancia, etc.) y de enseñanza que reconoce la existencia de un modelo de formación tradicional en obsolescencia:

La enseñanza es predominantemente magistral [...].

La orientación práctica actual es dar una preparación técnica aceptable, con base teórica insuficiente, carente de proyección social dentro de técnicas rígidas con un encare firmemente curativo, donde el fomento y la prevención ocupan un lugar secundario y el paciente ni es atendido de forma integral.

El pasaje por las Clínicas es cada vez de menor carga horaria y centrado en la realización de técnicas curativas separadas de la problemática global del paciente y la comunidad.

Los cuadros de trabajo son cada vez más reducidos y la norma generalizada es la formación clínica sobre la base de un número de intervenciones clínicas parciales [cuadro de trabajo].

La docencia y la investigación en servicios han sido cuantitativamente y cualitativamente insuficientes. (p. 29)

### *Fines y perfil de formación*

Con una clara preocupación político-social, se define como propósito primordial y último de la formación contribuir al logro de la salud general y bucal de la población uruguaya.

Para ello la FO se plantea como objetivos generales (p. 30):

1. adoptar un “*enfoque integral*” con orientación preventiva y de promoción de la salud, que implicará el trabajo interdisciplinario y multiprofesional integrado a la comunidad;
2. articular las funciones universitarias poniendo en el centro la atención, el paciente y la colectividad, así como la solución de los problemas odontológicos de la sociedad;
3. formar para actuar en sistemas de atención que “*aseguren una cobertura de salud universal, integral, accesible y participativa; sin discriminación, de calidad adecuada, de orientación preventiva y de contenido humano*” para mejorar la calidad de vida de la población.

Con estos propósitos se define la formación de un odontólogo con perfil generalista al que le competará el abordaje de las enfermedades bucales más prevalentes y el desarrollo de las siguientes capacidades:

#### *Generales*

“*Contribuir activamente al bienestar*”, actuar en un “*marco de respeto absoluto al ser humano y de defensa de sus derechos*”, comprender la problemática económica, social y cultural del país y actuar consecuentemente, defender los principios universitarios y aplicar el método científico en todos los planos de su actuación profesional y académica.

#### *Específicas*

Asumir una “*concepción bio-psico-social*” de la salud; practicar una “*odontología integral con orientación preventiva*”; prevenir, diagnosticar, tratar y evaluar problemas de salud oral; trabajar en equipos interdisciplinarios; conocer las bases de la administración de los servicios odontológicos y actuar dentro de las “*normas éticas*” de la profesión (pp. 30 y 31).

### *Principios rectores del cambio*

En este primer momento de definiciones curriculares los dos grandes principios de formación serán:

- La integración curricular en todos los planos y niveles: integración disciplinar, integración básico-clínica, integración teoría-práctica, integración docencia-asistencia-investigación en servicios comunitarios.
- La enseñanza activa y la evaluación de los aprendizajes en modalidad continua y sumativa con un enfoque *formativo* y un énfasis *autoevaluativo*.
- La evaluación permanente del proceso de implementación curricular con un criterio de desarrollo flexible.

### *Estructura curricular*

La nueva estructura curricular se fundamenta en la “ruptura con el modelo hegemónico” del “mosaico de materias” que asimila cátedras con cursos.

Este enfoque es altamente desintegrador pues no relaciona el conocimiento teórico con el práctico; el básico con el clínico, lo individual y lo colectivo e implica una práctica asistencial programada por microespecialidades. (p. 34)

Se concibe entonces un modelo curricular alternativo, “flexible e integrador”,

... donde el centro del proceso de enseñanza-aprendizaje se desplaza de la materia o disciplina hacia el estudiante y el centro de la asistencia se desplaza de las necesidades del estudiante, reflejadas en cuadros de trabajo, hacia las necesidades del paciente y la comunidad. (p. 34)

La estructura curricular supone una organización por áreas de formación, denominadas en este momento “cursos” –Morfofunción, Patología, Tratamiento y Odontología Social– que comprenden Unidades Integrales de Aprendizaje<sup>40</sup> definidas como “núcleos temáticos fundamentales [...] que agrupan conocimientos [...] con un enfoque interdisciplinario” y a través de las cuales se trabajan “situaciones o problemas”. Su finalidad es que el conocimiento sea “oportuno y pertinente”, abordándose en el momento necesario y con un

<sup>40</sup> También denominadas en el mismo documento con un criterio más amplio como unidades de aprendizaje.

criterio de selección adecuado (p. 34). Estas unidades curriculares también se refieren como de abordaje “multidisciplinario” o “intercátedras” y podrán ser además “intercursos” o áreas.

De este modo, el núcleo nodal de la nueva estructura curricular tendrá inicialmente dos grandes elementos organizadores: cursos (áreas) y unidades, con una alusión somera aún a las estrategias previstas para la formación práctica profesional. Por un lado, se menciona una estrategia de clínica integral, organizada por niveles progresivos de complejidad con una secuencia que irá de lo normal a lo patológico. Por otro, una actividad clínica que será intramural y extramural cubriéndose en la FO todos los niveles de atención y en los servicios periféricos el primer nivel y algunas acciones del segundo nivel, descritos básicamente. La actividad de docencia en servicios comunitarios además no aparece aún como un componente independiente ya que se proyectaba en los inicios integrada a la actividad clínica de la FO, organizada incluso sin barreras etarias, y entendida como el eje primordial de la formación de grado que progresivamente alcanzaría un protagonismo pleno. La idea de una facultad volcada plenamente al afuera aparece como el horizonte utópico educativo final.

La docencia, investigación en servicios de atención a la salud comunitarios deberá progresivamente transformarse en el eje de la formación de grado. (p. 32)

Las cuatro áreas de formación se proyectan inicialmente atravesando prácticamente todo el currículo a lo largo de los años de la carrera, con un importante número de unidades curriculares que alcanzan la suma de 60 (sin contar las actividades extramurales), casi el doble de lo previsto en el PE 66 (tabla 2).

**Tabla 2: Mapa general de la carrera de Odontología - Plan de Estudios 1993**

Áreas	Morfofunción	Patología	Tratamiento	Social	Extramural
1.º	12 unidades		22 unidades	10 unidades	
2.º					
3.º	Actividades de refuerzo orientadas a aplicaciones en clínica	16 unidades	22 unidades	10 unidades	
4.º					
5.º					
Sem. 11					

La distribución de horas entre las áreas, no obstante, mantiene una proporción muy similar al PE 66 en el caso de Morfofunción, Patología y Odontología Social y se produce un decrecimiento importante del área de Tratamiento para dar entrada a la formación en servicios comunitarios (tabla 3).

**Tabla 3: Distribución porcentual de cursos 1986 y proyectados en 1993**

	Morfofunción	Patología	Tratamiento	Social	Extramural
PE 66 (3.472 h)	18,5 %	12,5 %	62,5 %	6,5 %	---
Relevamiento 1986 (4.347 h)	19 %	13 %	60 %	8 %	---
PE 93 (4.850 h)	18 %	12 %	44,5 %	9 %	16,5 %

### *Estructuras de respaldo al cambio curricular<sup>41</sup>*

Finalmente, el plan de estudios recomienda una variedad de políticas de apoyo al proceso de implementación curricular que involucra la creación de tres unidades:

- Unidad de Supervisión y Transformación Curricular, responsable de la dirección del proceso curricular y su evaluación permanente.
- Unidad de Apoyo al Estudiante, responsable de la atención a estudiantes con *problemas de relación o aprendizaje*.
- Unidad de Apoyo al Docente, responsable de la *investigación científica, pedagógica y administrativa*.

Se sugieren a su vez mejoras de infraestructura, dedicaciones horarias docentes, remodelación del laboratorio odontotécnico de la FO, etc.

En otro orden, se agrega en este capítulo final, y no así en las orientaciones curriculares, la recomendación de integrar la formación técnica odontológica a la formación clínica, de forma paralela, para realizar un aprendizaje más *oportuno*. Este punto negociado a último momento, como veremos luego, generará una importante controversia institucional.

Como vimos, la creación de estructuras de apoyo al desarrollo de las funciones universitarias esenciales –enseñanza, investigación, extensión– constituyó una política central universitaria promovida por los rectorados de la Udelar desde los años noventa. La FO y

<sup>41</sup> Pp. 58 y 59.

otras carreras del campo de la salud fueron pioneras en este sentido, creando tempranamente organismos de conducción curricular para enfrentar la complejidad de los nuevos proyectos de formación, así como unidades de apoyo a la enseñanza que se ocuparían de la formación pedagógica de los docentes (Collazo et al., 2015).

### *Ajustes del mapa de cursos y definiciones curriculares posteriores*

La implementación del plan de estudios se inició en 1994, con atraso curricular, poniéndose en práctica las definiciones adoptadas que comprendían los primeros años. Desde el inicio debió ajustarse el mapa curricular, por el gran volumen de cursos previstos y el incremento consecuente de las evaluaciones. Como analizaremos en el PE 2001, las unidades curriculares se redujeron finalmente a la mitad.<sup>42</sup>

Durante el proceso de cursado de la primera generación la FO avanzó en la adopción de nuevas definiciones para reestructurar el funcionamiento clínico y organizar el desarrollo curricular de la docencia en servicios, de acuerdo a lo pautado sucintamente por el PE 93. Para ello se contó una vez más con el asesoramiento de expertos de OPS, que presentaron en particular la experiencia de la Facultad de Odontología de la UBA, con la intervención de la doctora Noemí Bordoni.<sup>43</sup>

Junto con la integración de las clínicas, el otro gran lema fue la salida hacia fuera. Esas serían las dos grandes transformaciones.

Porque eso formaba parte de las transformaciones que venían sufriendo las facultades de Odontología, la OFEDO-UDUAL, porque acá hubo una reunión de la Organización, donde se formaban las facultades de odontología latinoamericanas, y todas estaban haciendo ese proceso.

Nosotros teníamos además un vínculo con Bordoni, que estaba adelante del tema de las clínicas integradas [...] estuvo en ese proceso, porque ella también trabajaba en la OFEDO-UDUAL. [...] Nosotros hicimos el trabajo de implementar acá también, con las particularidades propias y demás, pero es parecida a la que se desarrolló en otros lugares. Es la misma gente que en un momento dijo: “¿Por qué un departamento de odontología social?”, son los mismos que discutían antes eso. (33)

<sup>42</sup> Se implementaron primero 35 unidades curriculares y luego se consolidaron 32 (escolaridades proporcionadas por la sección Bedelía de la FO).

<sup>43</sup> Doctora en Odontología de la Universidad de Buenos Aires, profesora titular de la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Facultad de Odontología (1979-2003), consultora permanente en Educación Dental de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina (OFEDO-UDUAL) (CV disponible online).

Las dos principales estrategias de cambio para la formación práctica profesional de la carrera se conciben finalmente en los siguientes términos.

### *La clínica integrada*

En 1996 la FO llega a un acuerdo institucional sobre el concepto y el modelo de clínica integrada que se adoptará, entre las distintas alternativas que se practicaban en la región. Particularmente influyente fue la experiencia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquía (Colombia), conocida a través de las publicaciones de Alberto Arango (1990).<sup>44</sup>

Se define la clínica integrada como “una estrategia para la formación de recursos humanos que 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” y el modelo de “teoría por especialidades y clínicas integradas por niveles” (Udelar-FO, 1996).<sup>45</sup>

Esta opción organizativa permitirá llevar a cabo procesos de aprendizaje clínico sólidos e integrales e incentivar el pensamiento crítico, “desarrollando la capacidad de selección de opciones de tratamiento al reconocer las necesidades de las personas y la comunidad pero enmarcadas en su realidad individual y del medio socioeconómico cultural”. Los niveles de complejidad creciente se definirán de acuerdo a las habilidades requeridas en cada momento para la resolución de los problemas de salud-enfermedad (ibíd.).

Se proyectaron así inicialmente cuatro clínicas integradas escalonadas de segundo a quinto año en las que intervendrían simultáneamente varias especialidades o subdisciplinas del área de Tratamiento. El diseño curricular en este primer momento implicará un criterio máximo de integración con la participación de las tres subáreas clásicas (Cirugía, Operatoria y Prostodoncia) en un mismo espacio clínico, esquema que luego se revisará a lo largo de los años.

La resolución adoptada por la FO responde a lo que la literatura especializada presenta como el modelo más avanzado de clínicas *integradas* o *integrales* que sustituyeron a las clínicas tradicionales organizadas por especialidades o tipo de actividades en las escuelas de la región. Por un lado, un enfoque centrado en las necesida-

<sup>44</sup> Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquía 1960-1964 y 1987-1994. Profesor titular de Periodoncia y coordinador de clínicas entre 1959 y 1969. Coordinador de la Comisión de Transformación Curricular de la carrera de grado. Información disponible en [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

<sup>45</sup> Unidad de Supervisión y Transformación Curricular.

des del paciente que no subordine la atención a las necesidades de aprendizaje del estudiante, y por otro, un modelo que concibe la organización del sistema de atención por grupos etarios y de acuerdo con la complejidad del diagnóstico y del tratamiento (Luengas, López Cámara y Sáenz, 2003).

En este marco, como plantea el informe institucional, cobra un especial protagonismo el “centro de admisión y diagnóstico” para la asignación de los pacientes en las clínicas, según los niveles de complejidad requeridos en la atención.

Por último, se observa que, a diferencia de la experiencia regional y como sucedió en la actividad de docencia en servicio, la Clínica Integral de la FO no se proyectó articulada con la Odontología Social, área cuyas competencias sobre la salud colectiva son bien definidas.

Por supuesto, otro punto nodal es que no se le permitió a la gente de Odontología Social que supervisara el trabajo en las clínicas.

—**¿Por qué?**

—Porque no era una cátedra de trabajo clínico. En la UBA la gente de Odontología Social tuvo clínicas; en la discusión política en esta facultad eso no fue posible. Coordina las clínicas, el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la UBA coordinaba las clínicas que hacían afuera, pasantías y todo. Te digo la UBA porque es un ejemplo bien cercano, pero en general pasa eso. También es así en la facultad de Porto Alegre, la UFRGS: la UDI, que es la que coordina las pasantías, está asociada al Departamento de Preventiva y Social.

—**No había confianza desde el punto de vista de la práctica profesional, quizás.**

—Creo que también era preservar un espacio de ejercicio profesional. Yo lo explico más por ahí que por un tema de confianza, porque todos éramos odontólogos, [...].

—**Pero siempre se veía a Social como más teórica que práctica.**

—En ese lugar fuimos colocados. Acá el tema no es solo la voluntad de los que están participando, sino la posibilidad de los que son hegemónicos en la estructura para habilitar esos espacios. De alguna forma eso, por qué la conducción la llevan adelante determinadas personas o no. Tal vez con una sensibilidad hacia lo social mayor, sin duda, e interactuando. De hecho, en el equipo de coordinación estructurado con gente de Adultos, de Niños y de Social, más si vos querés. Había esa pata de lo social, pero no la posibilidad de hacer un trabajo clínico asociado a eso. Fue una definición que tomó la facultad en esa época. (34)

### *El Programa Docencia-Servicio-Investigación*

Desde el año 1993 se conforma un equipo interino de coordinación del Programa Docencia-Servicio, integrado por docentes de to-



Fig. 4. Clínica con estudiantes y docentes de la carrera de Dr./Dra. en Odontología (2024).

das las áreas disciplinares, que se ocupará de dar forma al programa y construir definiciones estratégicas para desarrollar la formación odontológica en los servicios y programas de salud bucal del país (Udelar, 1999).

En esta primera etapa fueron importantes los antecedentes con que ya contaba la Facultad de Medicina, que participaba en programas conjuntos con la FO,<sup>46</sup> y el momento que vivía el país de fuerte ajuste del Estado, que reclamaba la organización y la participación de la sociedad civil para la resolución de los problemas de salud.

El tema de la articulación Docencia en Servicio no es exclusivo de Odontología, en Medicina ya se hacía, y es traer un poco esta idea de sacar hacia fuera. Por qué se hizo puede tener una interpretación desde una sensibilidad social con respecto a la situación de nuestros países, buscando en un proceso de democratización responder mejor a las necesidades de salud de la población, sería la mejor hipótesis. La posibilidad de fomentar mayor acceso y por eso el tema de la democratización. Yo asocio eso con lo que pasaba a nivel político, porque vos venías de Estados debilitados, ocupados por dictaduras y en el caso de Uruguay había un proceso de generar

<sup>46</sup> Proyecto de Atención Primaria de Salud, Facultad de Medicina y Facultad de Odontología Udelar, 1989.

un entramado social que diera respuesta a aquello a lo que el Estado no estaba dando respuesta, con los comedores populares, las ollas populares, las policlínicas barriales, las cooperativas. Toda esa idea de trabajo a nivel de organizaciones no gubernamentales y básicamente de la sociedad civil que buscaban dar respuestas que el Estado no daba, un Estado básicamente neoliberal. Entonces vos venías con un proceso y este paquete tendía a dar respuesta a cómo atender a esos sectores. Muchas respuestas fueron pobres, para gente pobre, y otras trataron de desarrollarse en forma más integral. (35)

Los documentos iniciales del Programa permiten observar que la filosofía que presidía la política curricular se focalizaba en el principio del “aprendizaje en condiciones reales” frente a las limitaciones de la “atención simulada” que ofrece el espacio clínico en la facultad. Esto es, se trata esencialmente de una propuesta de educación experiencial que busca primordialmente “ampliar la visión de la realidad social de los estudiantes de Odontología”, hasta ahora confinada a la clínica intramural, abriendo sus oportunidades de asistencia en los barrios, las organizaciones comunales, las escuelas y liceos, etc. (Ringel y otros, 2000).

Se entiende que la formación tradicional descontextualiza la realidad social del paciente y sus posibilidades de tratamiento, condiciona o fuerza una atención más centrada en el aprendizaje que en la atención, limita el reconocimiento del estudiante de las realidades y necesidades de la población que no logra atenderse en la FO y más globalmente su reconocimiento de la diversidad social y cultural del país (Udelar, 1999).

En este marco se plantea la necesidad de construir un “modelo educativo” que “oriente la enseñanza hacia la comunidad”, “centre la enseñanza en el paciente” atendiendo sus necesidades de salud y a la vez “centre la enseñanza en el estudiante”, apostando a su formación integral y a la promoción de una “automotivación” en la resolución de los problemas bucales, todo lo cual irá abonando una práctica con mayor compromiso social.

Para ello se requiere una docencia multidisciplinaria y multiprofesional fuertemente coordinada que se organizará en tres áreas de trabajo: niños, adultos y social y que desarrollará su actividad mediante convenios con organismos del Estado<sup>47</sup> y las organizaciones sociales.

<sup>47</sup> Ministerio de Salud Pública, Intendencia de Montevideo, Instituto Nacional del Menor, Fuerzas Armadas, Universidad de la República.

## 5.2. La mirada de la memoria

### *La radicalidad de los cambios*

Los referentes históricos entrevistados destacan, en primer lugar, la radicalidad de los cambios proyectados en este momento en un proceso de curvatura de la vara que buscó transformar enteramente las prácticas instituidas durante décadas en la formación odontológica.

El lema que recupera la memoria institucional, en primer lugar, es la apuesta a la integración curricular plena, sintetizada en la imagen del diagrama de “espina de pescado” que había presentado el asesor de OPS en 1990. La integración de conocimientos y de cátedras se sostenía en una utopía de interdisciplinariedad máxima que debía regir tanto para la enseñanza básica como para la clínica y comunitaria.

El pescado era que había que integrar absolutamente todo...

—**El pescado simbolizaba esa idea, de que todo debía ser integrado, todo.**

—Sí, que había que cambiar todo y que había que integrar todo. Y eso enseguida genera miedo, lógicamente, entonces hubo que paliar con eso. (36)

Bueno, la integración fue una cosa, un modelo ideal, que todo tenía que estar integrado, y todo-todo-todo. No solo el conocimiento, sino las personas, bueno, todo, todo-todo. (37)

Era todo integrado desde el vamos, [...] todo con todo en todo momento. (38)

Los mecanismos concretos de integración que se buscaban poner en práctica comprendían en el caso de las disciplinas básicas: la planificación conjunta coordinada tema a tema, el abordaje multidisciplinar en el aula con presencia de las distintas cátedras, la elaboración de problemas o temas integrados en las pruebas de evaluación.

El modelo utópico era tener una cuestión integrada que no resistía ningún análisis de las condiciones que tenían la facultad y sus docentes. Pero de hecho llegamos a tener en las pruebas –ya de múltiple opción– unas preguntas de Histología, unas preguntas de Anatomía, unas preguntas de Bioquímica y unas preguntas integradas, que tuvimos que sacar porque se disparaba... En la primera prueba fue catastrófico. De hecho, motivó que nos reuniéramos de urgencia a ver cómo resolvíamos ese asunto y sacamos la parte integrada. Fue una macana.

Pero hasta llegamos a hacer clases conjuntas. Claro, era más puntual, pero teníamos un recorrido por disciplinas, había algunas actividades en que una o más de una cátedra trabajaban en el mismo momento con los estudiantes. El programa era de integración, los contenidos eran integrados. De hecho se apuntaba a que en el tiempo más o menos coexistieran, mientras estábamos viendo tejido óseo estábamos viendo huesos, por el estilo.

—**Que fuera todo oportuno.**

—Sí. Y después los ámbitos docentes de evaluación de los estudiantes eran integrados. ...Y teníamos una cosa muy importante que era que luego de las pruebas todos los docentes, por cada una de las disciplinas, se juntaban con los estudiantes y les dábamos una devolución sobre la prueba. (39)

... Cuando yo me proyectaba idealmente, porque pensaba que debía ser, era un curso integrado, que no existieran días de cátedra, sino que una clase fuera dada, como se hizo en algunos casos, con docentes de las cuatro cátedras o tres cátedras o dos cátedras, pero trabajando en simultaneidad en el aula. Y todas las consecuencias: examen, todo. Naturalmente, eso había que financiarlo y era costoso, de manera que nunca se pudo llegar. Pero en realidad era mi ideal. (40)

En el caso de las clínicas implicaba inicialmente la atención integral del paciente a partir de la participación conjunta de todas las especialidades en el mismo momento y en un mismo espacio clínico, con una perspectiva cercana al funcionamiento de un hospital odontológico. Se llega a considerar incluso la necesidad de eliminar la formación técnica previa que sintetizaba la *quintaesencia* del *modelo hegemónico* que se buscaba erradicar. Se trata de un cambio especialmente controvertido, incluido en las “recomendaciones” finales del PE 93 que planteaba integrar la enseñanza técnica “a la formación clínica mediante contenidos técnicos de enseñanza simulada paralela a la clínica” operando “como un espacio de práctica supervisada cuyo objetivo será realizar un entrenamiento de aplicación inmediata en la resolución de un problema” (p. 59). Con un criterio pedagógico de oportunidad del aprendizaje, se intenta así la supresión de la formación técnica preclínica de segundo año e iniciar la actividad clínica en primer año, resultando finalmente inviable.

Todas las instancias de aprendizaje de la carrera debían encuadrarse en situaciones auténticas y en un futuro próximo desarrollarse en los ámbitos sociales externos con una perspectiva de “extramuración” total.

... en el plan de estudios la avanzada más grande en aquel momento era por ejemplo suprimir las técnicas, todo lo preclínico no podía existir. No se puede hacer un aprendizaje simulado ni en fantomas.

... el modelo hegemónico era una odontología preciosista, que hacía un curso técnico para enseñar incrustaciones de oro. Entonces se enseñaba en el preclínico a hacer un tallado, después se buscaba en los años posteriores un paciente que se acomodara al tallado que se había enseñado y después se egresaba. Y después de que egresaban tenían que hacer lo que les habían enseñado primero: "Señor, abra la boca, le voy a hacer esto". Eso significaba un modelo mecanicista, biologicista en el peor sentido, y muy cerrado, muy elitista y que no tenía ninguna visión académico-científica y sobre todo comunitaria en el mejor sentido. Así que las técnicas eran vistas como la quintaesencia de esa odontología restauradora. Porque la odontología restauradora, paso previo, antes de ir a la boca hay que hacer esto para [...].

¿Qué pasó? Ponerse en el otro extremo y decir: no hay más preclínico, el preclínico se tiene que dar en paralelo a la clínica. Que en teoría está bien. ¿Cómo vas a hacer en segundo si después pasa a tercero y el estudiante ya se olvidó de todo? Se partía de la base de que vos hacías una cosa y te olvidabas. Si no lo aplica directamente se va a olvidar, por lo tanto en tercero tiene que hacerse la clase en paralelo. Va y trabaja en un diente.

Las cuestiones eran nada de trabajo en simulador, ingreso temprano a la clínica. Por esa filosofía se hace que Técnica Operatoria pase a primer año, la clínica. La Clínica 1 estaba en primer año. (41)

Con el transcurso de los años, como veremos, se avanza en la supresión o reducción de los cursos preclínicos tradicionales a lo largo de la carrera que buscaban entrenar a los estudiantes desde el punto de vista técnico para luego abordar la intervención odontológica en pacientes, en muchos casos segmentando, a su vez, la teoría de la práctica.

Un segundo lema refiere al cambio del modelo de atención de la salud bucal que debía pasar de un enfoque curativo e individual a un modelo preventivo con perspectiva colectiva y social, enfoque en el que el país empezaba a incursionar en algunos ámbitos de la sociedad civil.

La clave era por un lado la integración, el modelo de docencia en servicio también, el modelo preventivo y el modelo de incorporar la visión social de la profesión y sobre todo el destinatario sociedad colectivo, más que el destinatario individual. De hecho, en Uruguay también se venían dando algunos cambios que iban en el sentido... La práctica profesional del odontólogo puesto en su consultorio, que muchas veces era su casa, esa cuestión tan personal del odontólogo; habían empezado a aparecer las cooperativas o las sociedades de odontología que vendían servicios odontológicos y que asalariaban a algún profesional. Entonces como que había empezado en el país ya el tema de salir un poco de esa relación tan personal odontólogo-paciente. No estoy valorándolo, estoy simplemente diciendo que estaba. Y creo que el tema de la visión de la salud colectiva como un tema eso sí fue una incorporación. Es decir, se estaba empezando a perder la visión del odontólogo-paciente como dúo inseparable, a través de todas estas empresas que aparecían. La misma ANDA creo que fue una de las pioneras en

todo esto y hoy sigue siendo. Pero por otro lado, la visión que habíamos discutido internamente era que la transformación tenía que ser enfocando la promoción, la prevención y tomando el colectivo, no los individuos. Es decir, no íbamos a resolver el problema de la salud bucal solamente tratando el individuo. (42)

Desde la perspectiva clínica se identifica a la Odontopediatria como la única disciplina que había avanzado en el enfoque preventivo, tanto desde el punto de vista conceptual como en la práctica profesional, aunque a la vez era considerada un área de bajo estatus.

El modelo hegemónico era elitista y curativo, y se quiere cambiar por algo preventivo integral. Son alianzas raras, porque la que tenía el eje más preventivo de la vieja escuela era Odontopediatria; Odontología Social no existía. Quien hacía una asistencia integral al niño era Odontopediatria y quien hablaba de prevención de caries y utilización de flúor era Odontopediatria. Por tanto, si tenía ese verso, ¿cómo era vista por la gente de Restauradora? Como el pariente pobre. A falta de Odontología Social, usemos a Odontopediatria. Entonces Odontopediatria era vista como una cuestión de mala gestión en la clínica, de trabajo de menor calidad, algo mucho más superficial. Toda la cuestión preventiva no había llegado, y las cuestiones preventivas que se daban en quinto...

En los mismos libros, ya en ese momento, en el 76, se hablaba de la curva de Stephan, que era cómo mucha azúcar alteraba el pH de la placa microbiana y cómo esto generaba una desmineralización en determinado período, un proceso bioquímico –por eso sería bueno integrar las básicas con la clínica, porque la caries es un proceso bioquímico–. Eso se daba en Odontopediatria en profundidad. Y la odontología restauradora no le daba pelota. En otros países, en Dinamarca, en los países escandinavos, el modelo ya estaba cambiado. Y acá no y en América Latina nada, empezaba a cambiarse un poco en países desarrollados. Pero no más del área escandinava, muy poco en Estados Unidos. (43)

Finalmente se asume un discurso preventivo que con el correr de los años, como veremos, se transversaliza en todos los espacios de formación.

Y el cambio, en promoción de la salud, el mismo léxico que ya usaban Odontopediatria y Odontología Social y muchos autores de restauradora de otros países, lo toma la rehabilitación. Cuando los restauradores dicen: “Aceptamos ese modelo, también creemos que somos un eje en la cadena de dar salud bucal, no somos el eje principal, somos un granito, un eslabón en la cadena”, ahí llega y se toma. Y queda marcado a fuego que nadie acá fue contra el modelo preventivo integral en las de a peso. En los corrillos sí, “esto no sirve para nada”, “esto no llega”, “esto es bajar el nivel”. Pero en la de a peso la línea de trabajo de la facultad fue cambiar el modelo hegemónico, ir hacia una promoción de un odontólogo con perfil generalista, en un modelo de atención y asistencia preventiva integral, y después se avanza diciendo de fomento de la salud. Incluso antes de hacer prevención parta-

mos de que vamos a promocionar la salud bucal. Eso fue así, fue tomado muy tempranamente. (44)

### *La singularidad de cada área de formación odontológica*

#### **Integración curricular y enseñanza activa: disciplinas básicas**

El proceso de integración de las disciplinas básicas biológicas –Anatomía, Histología, Bioquímica y Fisiología– fue liderado por el profesor Clemente Estable, restituido como catedrático de Bioquímica y Biofísica que participaba como vimos, a la vez, de la experiencia del ciclo básico de la carrera de Medicina desde los comienzos del Plan 68. Esta figura carismática, junto con otras provenientes de Medicina y docentes restituidos, capta la adhesión de docentes jóvenes de las cátedras que querían comprometerse con el cambio y lideran la planificación y la realización de las experiencias iniciales de trabajo conjunto. En el avance sobre segundo año también se integran a este grupo algunas disciplinas básicas del área patológica y las técnicas odontológicas.

El Rayo fue un líder para el cambio de plan. Fue el líder neto, el que llevaba la batuta; le planteabas algo y lo procesaba y ya largaba una idea que siempre era brillante.

#### **—Nunca decía nada de su experiencia en Medicina.**

—No, nunca, jamás. [...] Y nunca te decía que no, “ah no, está mal, no eso no”, jamás. Lo tomaba, lo procesaba y siempre te incluía de alguna manera.

#### **—Siempre preguntaba, el intercambio en base a la pregunta.**

—Siempre, el intercambio en base a la pregunta. Un tipo genial. (45)

Una cosa que hizo muy bien el Rayo fue darse cuenta de que antes de que el plan se aplicara tenía que haber una integración humana entre los docentes, que los docentes tenían que conocerse, que había que romper las barreras de “yo soy el más importante y vos no”, la chacrita. Él atacó mucho el tema de la chacrita. Para mí fue sensacional, porque las chacritas siempre me parecieron ridículas, mezquinas. Y me sentí muy bien, porque había personas como Graciela, por ejemplo, con la que trabajamos bárbaro, le tomé un cariño enorme; como mucha gente, otros integrantes, Óscar Sanchís de Histología, Enrique, montones de gente. (46)

Pero lo cierto es que había una identidad, el Rayo tenía un peso muy fuerte, sin duda alguna, tenía un peso muy fuerte del respeto de su amor a la ciencia, a la docencia y todo eso...

#### **—Y su concepción pedagógica.**

—Eso despertaba un respeto del resto dentro del ámbito. Siempre había alguno que no, pero era mayoritario. Y había buenas condiciones. Y por otro lado Edwin era mucho más articulador político, como que jugaban una dupla interesante en ese sentido, eran las condiciones que teníamos. Pero lo cierto es que en todo ese debate de osteoartromuscular, de vascular ner-

vioso, cavidad bucal, eran especies de ensamblajes internos de Morfofunción, nos reuníamos mucha gente, varias veces al año, discutíamos; el Rayo nunca decía nada, simplemente hacía preguntas y opinaba desde una cosa medio... en su estilo. (47)

El punto de partida del enfoque de enseñanza era integrar las disciplinas en torno a un tema u objeto de estudio permitiendo un aprendizaje más significativo y oportuno que atenuara además la reiteración de contenidos. Se trataba fundamentalmente entonces de una reorganización de contenidos a los fines del logro de una mayor pertinencia educativa, sin que operara una nueva selección curricular. Presidía la reorganización una concepción abierta del conocimiento en la que comienzan a importar más la profundidad y la significatividad para el estudiante que la extensión de conocimientos.

**—¿Cuáles eran los lineamientos que planteaba él?**

—Los lineamientos principalmente estaban basados en la integración de los conocimientos. Eso fue el lema más inicial, porque cada uno daba su disciplina y de repente nos encontrábamos, ponele, en Histología dábamos membrana celular y Bioquímica daba membrana celular.

**—Con lo cual había también redundancia.**

—Claro. Y a su vez en tiempos diferentes. Entonces el chiquilín de repente, lo que era la parte de estructura molecular de la membrana, nosotros dábamos algo muy genérico de membrana en algún momento y ellos más adelante... No tenía sentido. Entonces empezamos a ver dentro de las bolillas que teníamos qué cosas teníamos más o menos en común que podíamos integrar.

**—Primero buscar lo común.**

—Lo común. Tanto es así que se hicieron unas jornadas, que fueron de esas experiencias piloto, que fueron membranas biológicas. (48)

Recuerdo perfecto de ir, por ejemplo en el salón que estaba al lado de Bedelía, [...], y se abrían como unas sábanas donde estaban todas las bolillas de una materia, por ejemplo técnica de prótesis, las bolillas de operatoria, y se veían las cosas que había en común. Se visualizaba ahí, porque había mucha repetición, era un tema de repeticiones y capaz que con conceptos diferentes. Principalmente oclusión fue un tema que llevó mucha discusión, porque en técnica de prótesis, en técnica de operatoria, en materiales, en todas se daba oclusión y en todas con un enfoque distinto.

**—Un enfoque distinto que además no estaba discutido entre ellos.**

—Exactamente. Ese fue uno de los temas importantes. (49)

**—Con una concepción mucho más abierta del conocimiento. Y quizás que no importa tanto si no cubro todo lo que tengo que cubrir, sino el proceso que genero en el individuo.**

—Exactamente.

**—Si lo tuvieras que pensar desde el punto de vista del juego entre extensión y profundidad, esa reorganización no comprometió nada, como que ustedes sintieron quizás sí que profundizaban más en lo odontológico.**

—Eso sin duda, sí. Como que no habíamos perdido contenidos, eso estaba claro para todos, y que algunas cosas se habían resignificado también. Y como que además la gente nos estaba viendo, eso no representaba para nada un problema especial. (50)

El proceso inicial de identificación de temas respondió a un criterio pedagógico estrictamente centrado en la idea de construir unidades identificadas por los estudiantes como relevantes, con lo cual se llegaron a definir nada menos que doce unidades en el documento curricular. Allí se producían las primeras tensiones: recortar de acuerdo a la lógica disciplinar o recortar de acuerdo a criterios pedagógicos preocupados por las dinámicas del aprendizaje.

... La primera UDA iba a ser mucosa bucal, cuando hablábamos de un número de 12. Y tenía una lógica: el estudiante podía mirarse la mucosa bucal, abrir la boca, decir “acá tengo mejilla, de tal color...”. Entonces la posibilidad de la cuestión concreta de la observación y las conclusiones que podía sacar lo iban introduciendo a una temática, ya más disciplinaria y más académica, que tenía que ver con las disciplinas y los contenidos propios. La idea era articular en base a cuestiones que al estudiante le resultara fácil de conceptualizar como una unidad. Y habíamos encontrado 12. Aquello era una locura, cuando hubo que buscarle una lógica de trabajo concreto a eso pasamos a siete. Ya ahí con qué criterios se hizo la reducción no lo recuerdo, pero el criterio primario era –muy empujado por el Rayo– lo que el mismo estudiante puede conceptualizar como una unidad de conocimiento específico, nosotros lo llevamos a una temática abordada por las disciplinas. Esa fue la idea y así se trabajó al principio. En una lógica muy observacional y de que el estudiante tenía capacidades críticas suficientes como para poder. (51)

Vinculada a su historia científica, las disciplinas contaban con una particular tradición en sus formas de ordenar y secuenciar el conocimiento, constituyéndose en prácticas que forman parte de la cultura disciplinar y académica. La anatomía por ejemplo se construyó históricamente con una visión de “base arquitectónica”, por lo que nadie discutía que seguiría oficiando de cimiento de las demás disciplinas.

En el caso de Anatomía... había una cultura –y sigue habiendo– disciplinaria que considera que Anatomía es el armazón de lo demás. Eso sigue existiendo; es como la base estructural, la base arquitectónica. Y eso creo que en general es reconocido por todos los demás, o es percibido así por todos los demás. Incluso por aquellos que consideran que su disciplina tendría que tener mucho más importancia. Pero que la base arquitectónica está en Anatomía es reconocido. Acá y en todos lados, porque no es solo

en Uruguay o en la Facultad de Odontología. Yo vi los programas de otras facultades en Doctor en Odontología, en Asistente Higienista y es anatomía. Primero es el árbol de Navidad, después viene todo lo que termina completándolo y hace un verdadero árbol de Navidad. Pero la ramita en sí la pone Anatomía. Entonces para Anatomía no hubo un problema de cultura disciplinaria, porque quedamos más o menos con el mismo... (52)

La Histología, por su lado, también se organizaba en base a una secuencia lógica derivada de la construcción histórica de la disciplina.

... En Histología tú ingresabas, había una cosa que siempre era previa y en cualquier lugar del mundo es previa y tiene su lógica, que es conocer el instrumento principal de estudio, que es el microscopio, y la técnica histológica. En cualquier programa del mundo vas a ver que las primeras dos bolillas de Histología son microscopio y técnica histológica. Y tiene una lógica. Claro, porque tiene que ver y hace al sistema y al método o por lo menos los instrumentos para el método. Después viene la célula, porque es la más pequeña unidad morfológicamente identificable en el siglo pasado y dos siglos atrás. Entonces iban construyendo como con ladrillo, primero esto, después lo otro. (53)

De este modo, la arquitectura fundamental del conocimiento no sufriría modificaciones, sino la forma de recortar y ordenar los temas integrados. El lema principal era que la secuencia temática podía asumir formas de ordenamiento diferentes. Se rompe, por ejemplo, con el principio de avanzar de lo macro a lo micro, o de lo general a lo particular.

En otro orden, con otra disposición de los temas, todo cambiado en ese sentido, pero como arquitectura básica del curso de primer año no cambió nada. (54)

No, de eso estoy absolutamente convencido. No tenés por qué ir de la célula a los tejidos, de los tejidos a los órganos y de los órganos a las cuestiones especiales. Esa era la lógica del currículo de Histología. Cuando se habla de que vamos directamente a abordar un tejido, un órgano, el osteoartromuscular, o la mucosa bucal, eso vendría a ser la primera bolilla, pero si no saben de célula, ¿cómo van a poder? Y la cuestión es que si no saben de célula también pueden ver cómo es un tejido y después ven cómo es la célula.

Y claro, en muchos lados, incluso acá antes del nuevo plan, desobedeciendo al plan de estudios 66, habíamos incorporado Histología como un examen que comprendía la parte general y especial. En el plan 66 la parte general era un examen y la parte especial era otro. Entonces aquella dicotomía de que primero lo general y después lo especial se reproduce en muchas cátedras, en muchos países y en muchas facultades de la región, en primer año tienen histología general y en segundo año la histología especial. (55)

La disciplina que mostraba mayores dificultades en este sentido era Fisiología, que no se ocupaba de aspectos morfológicos, sino funcionales de los seres vivos. Reivindicaba una forma propia de organizar el conocimiento, procurando preservar su abordaje unificado y su espacio curricular en segundo año.

... En cuanto a los demás, en Fisiología sí hay un problema de cultura de la materia que no termino de entender, que es la idea de la secuencia lógica.

**—Ellos dicen que tienen que formar en una visión sistémica.**

—Sistémica; y que hay una secuencia lógica de conocimientos en esa visión, única. Yo qué sé, muchas veces lo hemos discutido, incluso con Enrique, que no, “vos podés entrar hasta acá”, “sí, pero...”. Ahí hay una cultura disciplinaria muy fuerte y que se adapta muy mal a un curso integrado. Ha funcionado, pero quizás no de la manera que uno al principio concebía como mejor. (56)

En los primeros cambios originales fueron experiencias en muchos casos muy negativas. El hecho de fraccionar la disciplina... a veces había temas que caían en paracaídas en un chiquilín en el cuarto mes de la carrera que no sabía lo que era una neurona y había que darle regulación cardiovascular. Eso fue muy malo. En el correr de los años fuimos detectando esos errores y se fueron haciendo modificaciones. O sea, el entendimiento de la fisiología, que se construye con un hilo conductor; uno no puede estudiar regulación nerviosa sin saber lo que es una neurona, no se puede hacer la decoración de un edificio hasta que no ponés los cimientos. En ese sentido tuvimos experiencias muy malas con los nuevos planes de estudio —que ahora son viejos—, el fraccionamiento hacía que determinados temas que requerían un conocimiento previo no lo tuvieran. Nos llevó tal vez siete, ocho años salir de ese problema. (57)

Algunos testimonios de la época rememoran experiencias de integración que dejaron una marca en el desarrollo pedagógico personal, instancias en las que se apropiaban de nuevos conocimientos conjuntamente estudiantes y docentes.

Recuerdo por ejemplo una clase de ATM, que me quedó particularmente, que había de las cuatro cátedras. Esas clases que salieron redondas y que te das cuenta de que los estudiantes aprendieron; como te das cuenta cuando no están aprendiendo nada y te están mirando con cara de vacío. Cómo se trató el tema, el mismo tema, desde todos ángulos diferentes, salió muy coherente, porque en realidad lo llevábamos preparado también. Y aprendí yo, también eso me dio mucha satisfacción, y creo que también los demás todos aprendieron algo, y la sensación de que los estudiantes realmente habían aprendido todos los enfoques posibles sobre el tema. Me quedó esa clase en particular, hubo otras que no me parecieron tan excelentes pero que salieron bien, muy bien igual. (58)

Los cambios de miradas y las hibridaciones disciplinarias se comenzaron a dar rápidamente, pero las difíciles condiciones de la enseñanza hacían que la principal apuesta se concentrara en las capacidades de integración del conocimiento que pudieran realizar los estudiantes.

Lo que pasa es que en realidad... esto fue impulso también de estas figuras muy transformadoras y más en particular de Edwin que del Rayo, me parece. Eso de morfofuncionalizar, de biologizar, es decir, ya no eran las ciencias de la anatomía en general, era la biología... el conjunto de las ciencias biológicas y su punto de contacto, muy expresado en esa idea de que uno podía integrar. Entonces muchas cosas que Fisiología abordaba antes de alguna manera quedaban desdibujadas o por lo menos incluidas en el conjunto de las cosas; los histólogos empezamos a ser un poco más histofisiólogos, los anatomistas empezaron a tomar cuestiones de la fisiología. Porque una apuesta fuerte era: tenemos que integrar sobre todo en el cuerpo docente y que el estudiante haga su propia integración a través de su estudio.

Esa era una premisa que existía. En las condiciones que tenemos, donde nuestro cuerpo docente es un cuerpo docente de muy baja carga horaria, de muy baja dedicación, de muy baja permanencia en la facultad, de muy bajo contacto entre ellos, había que fortalecer aquello de que el cuerpo docente fortaleciera la idea de integración de sus disciplinas y como que los estudiantes iban, casi por arte de magia, a integrar ellos por sí mismos. Esa era la tesis. Lo cual tampoco es demasiado loco, en buena medida eso pasó. El mismo hecho de empezar a conocerse tenía que ver con que empezamos a trabajar juntos, no es que solamente nos veíamos la cara, estábamos trabajando juntos. Esas cosas se veían. (59)

La dinámica del aula consistía en el trabajo grupal teórico y teórico-práctico a partir de la pregunta, presentada por el docente a través de guías didácticas u otros recursos. Se eliminaba así la clase magistral y se comprometía a cada responsable de grupo a manejar el conjunto del programa del curso.

Sí; siempre discusión en grupos. Eso no se estilaba en el resto, eran las clases magistrales y después el práctico. Costó mucho, mucho, mucho. Eliminar el aula teórica fue terrible, terrible, terrible.

Al principio se transformaron en miniteóricos, de alguna manera. Después fuimos conversando y hablando, por qué el práctico no se hace en forma conjunta, antes era común el teórico y tenían el práctico enseguida.

**—Empezaron a articular mucho más teoría-práctica, casi transformándose en una única; se transforma finalmente en una única actividad, que es Teoría Práctica.**

—Después vimos que capaz que era bueno tener determinados temas que sí fueran teóricos.

—¿Por qué?

—Temas un poco más complejos, en que había enfoques distintos...

—**Controversias.**

—Sí, entonces esos capaz que era bueno mantener en algún teórico.

—**Porque ese cambio de lógica obligaba al docente a manejar el programa del primer día al último y solo con un grupo. Un cambio sustantivo en términos de profundización del conocimiento. La exigencia de un manejo mucho más profundo del conocimiento.**

—Sí. Eso asustó. (60)

Algunas cátedras ya tenían antecedentes de formación docente consistentes con este modelo, pero para otros requería un esfuerzo de autoformación importante.

Pero la doctora Fuentes tuvo una virtud enorme, que nos daba un teórico a todos los grados 2 como responsabilidad. Nos daba uno o dos, y además se pasaba las horas de teórico en el salón grande, nos escuchaba a todos, anotaba, después nos reunía y nos decía todo aquello que tuvimos muy bien, lo destacaba, y todos aquellos errores para corregirlos. Jamás interrumpía para decirnos que nos habíamos equivocado, nada. Después se reunía con cada uno. Incluso a aquel que tenía mucho temor ella le decía: “Prepará el teórico y vení y me lo decís antes”. Además tuvo la virtud de que la primera vez nos preguntaba en qué tema nos sentíamos más seguros, con más propiedad para encararlo en el teórico, y ese era el que tomábamos. Al siguiente nos dejaba ese y nos daba otro. Y nos iba rotando de tema hasta que íbamos dominando, dejando temas que eran más complejos, por ejemplo embriología, que lo daba de repente Caimi, técnica histológica la daba González, porque le encantaba y dominaba la disciplina, y lo otro nosotros nos íbamos rotando. Ahí fuimos adquiriendo dominio para manejarnos con el estudiante en el teórico, que siempre era todo un temor. Imaginate si tuviéramos grupos con todos, el teórico y el práctico juntos, nos queríamos suicidar. (61)

### *Las primeras experiencias de docencia de la FO en servicios y programas externos*

Con un compromiso institucional que acompaña el momento político del país, las experiencias externas se inician tempranamente en la Cátedra de Odontología Social en el año 1987, pero inmediatamente se abre la participación a referentes institucionales de la extensión universitaria, docentes de otras cátedras y facultades de la salud de la universidad. En ellas participaban estudiantes de grado con distinto nivel de avance en la carrera,<sup>48</sup> aprobándose también

<sup>48</sup> Informes del Programa de Docencia-Servicio-Investigación y Odontología Social, Claustro de FO de 1999.

la obligatoriedad de las prácticas extramurales para los estudiantes del PE 66.

El involucramiento general de la institución fue un tema clave en la discusión de este componente curricular, en el sentido de no reiterar el relegamiento de la nueva práctica a un espacio académico único.

Una cosa que yo valoro es la posibilidad de que no fuera solo Social la que impulsara eso, que podía correr el riesgo de volver a quedar enquistado ese proceso si no se abría esa discusión –creo que eso también es estratégico y táctico– a otros espacios que involucraran por lo menos las clínicas, [...]. Sería bastante difícil de llevar adelante si ese compromiso no arrastra también a las clínicas. (62)

### *Condiciones institucionales para la implementación del nuevo currículo*

Un estudio realizado por la Unidad de Apoyo Pedagógico en el año 1994 –recién conformada– identificaba y advertía, a través de entrevistas colectivas a las cátedras, acerca de la baja motivación docente, un cierto grado de autodesvalorización de la profesión y la escasa compenetración con el proyecto de cambio de la facultad. La adhesión al cambio aparecía circunscripta a un núcleo acotado de docentes con gran capacidad instituyente (Artigas y Collazo, 1994).

Los referentes históricos identifican las mayores dificultades en la integración clínica por las condiciones del trabajo docente, pero también por razones de cultura disciplinar, generándose posiciones de resistencia y defensivas.

Ahí empezamos a ver varias dificultades. Las dificultades de tener clínicas por especialidades; pasar de clínicas por especialidades a clínicas integradas. Los horarios docentes, y cómo el reclamo docente –eso fue muy fuerte–, el reclamo docente de que su materia de esa manera no era aprendida; no era enseñada o no era aprendida. Había un reclamo de que con esto de la integralidad salen sin saber cirugía, salen sin saber operatoria. Yo creo que igual fue un buen camino que recorrimos, ¿eh? Porque si no hubiéramos hecho así, bueno, hubiéramos tenido menos problemas, pero no hubiéramos avanzado en estrategias, en un equilibrio, ¿no?

Hay una cosa: viendo este proceso, en la región, ha sido muy difícil para todos. Muy, muy difícil para todos. Lo dijo Bordoni cuando vino a asesorar para el plan 2001, porque ya en la UBA estaba teniendo problemas con esta implementación. Esto ha sido muy difícil para todos. (63)

## 6. La reforma curricular del 2001: ajuste y mejora del proyecto curricular

A ocho años de la aprobación del PE 93, y sin contar aún con egresados de este plan,<sup>49</sup> la FO realiza una nueva reforma curricular en el año 2001 que reafirma “la vocación universitaria de desarrollar modelos de docencia adecuados a las necesidades de cambio del país, esto es, articulados a las políticas de salud y educación que respondan a las necesidades sociales” (p. 26). Su finalidad fue sintetizar y ajustar las definiciones y los acuerdos alcanzados durante el proceso de implementación curricular, así como mejorar el proyecto de formación acompañando las políticas de flexibilización curricular que se comenzaban a delinear desde el nivel central de la Udelar.

En esos años se inicia en la Udelar el período que denominamos de “desarrollo estratégico”, que dio un fuerte impulso a las políticas curriculares como elemento catalizador del proceso de descentralización universitaria, así como a las políticas de evaluación institucional que luego se articularán con la acreditación regional de carreras.

A nivel de la FO se constataba todavía una percepción “muy negativa” de la implementación del plan de estudios –no así de sus orientaciones–, que involucraba tanto a docentes como estudiantes. Un estudio realizado por la Facultad de Ciencias Sociales en el año 2003 mostró con nitidez un estado de malestar general con la institución “enfrentada a múltiples problemas y con una capacidad limitada de respuesta” que condicionaba motivacionalmente a los docentes por las condiciones en que se desarrollaba la enseñanza (masificación, sobrecarga, bajos salarios) y a los estudiantes por el atraso curricular, el difícil vínculo pedagógico con docentes y pacientes y la gestión global de la FO (Udelar-FO-FCS-UPE, 2003).

En estos años la FO aplicará entonces un plan intensivo de corrección del atraso curricular y se incorpora al proceso de evaluación institucional y definición de planes de mejora que permitirá finalmente postular la carrera al sistema de acreditación del Mercosur y disponer de fondos centrales para su adecuación edilicia y de infraestructura.<sup>50</sup>

Como saldo de la etapa, se puede decir que el PE 93 de la FO se aplicó en el período presupuestal más crítico de la universidad posdictadura, mediando en esos años una de las crisis económicas más importantes de la historia del país. En el año 2005 asumirá el go-

<sup>49</sup> Con motivo del atraso curricular que tiene la carrera hasta el año 2008, los primeros egresados del PE 1993 comienzan a titularse en el año 2002 (datos de la Bedelía de la facultad.)

<sup>50</sup> Informe de Autoevaluación Institucional y Plan de Mejoras de la FO, 2008. Informe del Comité de Pares Externos, 2009.

bierno nacional una fuerza progresista que pondrá en marcha una reforma sanitaria integral<sup>51</sup> en la que participará y a la que adherirán la Udelar y la FO con apoyos críticos.

### Enriquecimiento curricular

Los fundamentos, el perfil de egreso y la estructura curricular se enriquecen y maduran a través de los años de puesta en práctica del plan y del debate del cogobierno universitario. Las definiciones fundamentales se abordarán con detenimiento en el análisis del plan 2011 que consolida la reforma del 93, pero interesa señalar algunos aspectos diferenciales que presenta este plan:

- Se introduce una flexibilidad controlada y acotada que tiene como finalidad fortalecer la formación general, técnica y especializada, organizada en una secuencia de tres niveles de cursos optativos: de desarrollo académico, técnico de apoyo a la atención y de abordajes especializados de la odontología. Ello involucra una oferta taxativa de nueve cursos, de los cuales el estudiante deberá elegir tres, uno por nivel. La mayoría de ellos con contenidos del área de Tratamiento (p. 29).
- Odontología Social se consolida como un área de formación concentrada en tres años y no a lo largo de la carrera (tabla 4).
- La carga horaria total de la carrera pasa de 4.850 a 5.020 horas presenciales manteniendo una distribución similar de las áreas, apenas afectada por la adición del componente flexible que solo alcanza al 3,5 % de las horas estudiante. No obstante, la práctica profesional tiene una redistribución interna, acotándose el peso de la actividad extramural (tabla 5).
- Se consolidan finalmente algo más de la mitad de las unidades curriculares previstas en el plan anterior: 36 (incluidos el curso de Introducción a la Odontología y los tres cursos optativos).
- Se estiman 50 horas en el área de Morfofunción para la integración básico-clínica como forma de preservar lo previsto en el PE 93, pero aún sin implementar.

<sup>51</sup> Ley n.º 18.211, año 2007.

**Tabla 4: Mapa general de la carrera de Odontología  
Plan de Estudios 2001**

Años	Morfofunción	Patología	Tratamiento	Extramural	Social
1.º	6 unidades Integración Básico-Clínica		16 unidades		3 unidades
2.º					
3.º		4 unidades		3 Pasantías	
4.º					
5.º					
Sem. 11					

Nota: Algunas unidades curriculares son compartidas entre dos áreas, por lo que se asignan en el cuadro de acuerdo a qué área pertenece la unidad académica responsable de su gestión.

**Tabla 5: Distribución porcentual de las áreas  
en 1993 y proyectados en 2001**

Planes de Estudios	Morfofunción	Patología	Tratamiento Pasantías	Social	Optativas
PE 93 (4.850 h)	18 % 850 h	12 % 600 h	44,5 % 16,5 % 2.150-800 h	9 % 450 h	---
PE 01 (5.020 h)	17 % 850 h	12 % 600 h	48 % 12 % 2.360-660 h	7,5 % 370 h	3,5 % 180

# Análisis sincrónico de la carrera de Odontología: Plan de Estudios 2011

El presente capítulo comprende el análisis de la dimensión prescripta del último currículo vigente,<sup>52</sup> el estudio de las características de su implementación actual y las perspectivas y conceptualizaciones docentes acerca del desarrollo curricular presente y futuro.

## I. El currículo prescripto

### 7. La transformación curricular permanente: 1993-2011

La genealogía curricular permite comprobar cómo desde los años noventa la FO desarrolla una transformación sistemática de su carrera de grado en un sentido de ajuste y mejora permanente que se inicia en el año 93, con un plan refundacional que apuesta a una ruptura paradigmática de la formación clásica y que continúa hasta el presente buscando reequilibrios y a la vez nuevas aperturas. Se puede afirmar que desde el PE 93 se adoptó un criterio de implementación flexible que se anticipó a las políticas curriculares universitarias promovidas a partir de los años dos mil, plasmadas a nivel normativo general en el año 2011.

### Políticas universitarias

Con el nuevo rectorado del año 2006 se profundiza y amplía el proceso de transformación universitaria gestado desde la reapertura democrática, avanzando de manera decisiva en la descentralización universitaria y contando para ello con un fuerte incremento presupuestal. Inspirado en el legado reformista latinoamericano y un enfoque de educación orientada al desarrollo del país, se revitaliza la construcción de un proyecto educativo de fuerte compromiso social, vinculado con el medio, a la vez que estrechamente asociado a la creación de conocimiento y la promoción de perspectivas interdisciplinarias.<sup>53</sup>

<sup>52</sup> La Ley Orgánica Universitaria preserva la vigencia de los planes de estudios y sus reglamentaciones a lo largo del tiempo a los fines de garantizar la calidad de estudiante de forma permanente y su derecho a no cambiar de plan de estudios. Es así que stricto sensu la totalidad de los planes de estudios analizados están vigentes.

<sup>53</sup> Rodrigo Arocena, Memoria del Rectorado 2006-2014, Udelar.

La reforma universitaria intensifica las políticas curriculares promoviendo fuertemente la ampliación, diversificación, flexibilización y articulación de carreras en todo el país. Asimismo, recupera el ideal de enseñanza activa promovido por la Udelar en la década de los sesenta con una apuesta a una mayor diversificación de la enseñanza en sus más variadas formas (metodologías, modalidades de cursos, uso de recursos, etc.) y un impulso al fortalecimiento de la función formativa de la evaluación, debilitada en la enseñanza de masas.<sup>54</sup>

La FO adhiere plenamente a las políticas generales, en la medida en que están alineadas con las directrices que construyera la educación odontológica en estos años y avanza en la descentralización de las carreras tecnológicas, el desarrollo de pasantías en el interior del país, la participación en la novel Licenciatura en Biología Humana, la ampliación de la red de servicios de salud con los que trabaja por convenio, etc. (Plan de Estudios 2011).

### Cambios institucionales FO

En este período se suceden también importantes cambios derivados del proceso de preparación para la acreditación regional de la carrera<sup>55</sup> y del impulso a la profesionalización científica que promueve la Udelar. De este modo, la FO movilizará diversos planos de la vida institucional, concretando importantes mejoras edilicias y de infraestructura, la creación de los posgrados profesionales y académicos<sup>56</sup> y el desarrollo de la investigación científica con apoyo de fondos centrales.<sup>57</sup>

### Revisión de la situación epidemiológica del país y cobertura de la salud bucal

De cara a la reformulación del plan de estudios se realiza una puesta al día de la realidad epidemiológica nacional apelando a diversas fuentes. De este modo, se actualizan los datos de las enfermedades bucales y se define que: “*caries dental, paradenciopatías,*

<sup>54</sup> Plasmado en la *Ordenanza de estudios de grado y otras formaciones terciarias*, 2011.

<sup>55</sup> Dictamen de acreditación disponible en [www.odon.edu.uy](http://www.odon.edu.uy), nueva postulación año 2018.

<sup>56</sup> En los años dos mil, la FO crea nueve carreras de especialización profesional (Gerodontología, Prostodoncia, Odontopediatría, Cirugía y Traumatología Buco Máxilo Facial, Odontología Restauradora Integral, Endodoncia, Ortodoncia y Ortopedia Dento Máxilo Facial, Implantología Oral, Periodoncia) y una Maestría académica en Ciencias Odontológicas con diversificación de perfiles.

<sup>57</sup> A través de proyectos concursables de la Comisión Sectorial de Investigación Científica, de la Comisión Sectorial de Enseñanza y de la Comisión Central de Educación Permanente de la Udelar.

*cáncer, bruxismo, trastornos temporomandibulares y maloclusiones, por su prevalencia, se constituyen en problemas de salud pública. En cuanto a las necesidades de tratamiento, si bien se infieren en parte del nivel de enfermedad, no hay estudios que den cuenta de ello” (ibíd., p. 9).*

La cobertura de atención de la salud bucal del país se entiende aún crítica y continúa estando condicionada fundamentalmente por el nivel de ingresos de los distintos sectores sociales, identificándose un déficit todavía muy relevante de la atención a nivel de los servicios públicos, por lo tanto de la población más carenciada (p. 10).



Fig. 5. Práctica odontotécnica (2024).

### **Políticas de salud y Programa Nacional de Salud Bucal**

Con el nuevo gobierno nacional, en el año 2007 se crea, como vimos, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) buscando garantizar el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos. Los principios rectores que lo guían son la “cobertura universal, accesibilidad, equidad, sustentabilidad de los servicios, la continuidad y oportunidad de las prestaciones”, así como la “promoción de la salud, la orientación preventiva, integral y de contenido humanista” (p. 11).

El carácter integral de la reforma implicará la inclusión de la salud bucal en el sistema, por lo cual se crea en el año 2008 el Programa Nacional de Salud Bucal con el aporte de numerosos actores institucionales y sociales, entre ellos, la Facultad de Odontología de la Udelar. Se definen como grupos prioritarios inicialmente las mujeres embarazadas, los niños y los adolescentes y se decide el desarrollo de una *“estrategia de atención primaria con abordaje territorial y fuerte énfasis en el primer nivel de atención”* (p. 11).

Es así que el PE 11 se alinearán con la nueva política de salud pública coincidente con el enfoque promovido por la FO desde los años noventa y finalmente concretado en términos de diseño político e institucional a nivel del gobierno nacional. No obstante, como veremos después, los límites que presentará el desarrollo del SNIS en el sector odontológico constituirán nuevamente un factor de desánimo institucional.

## **8. El proyecto curricular estabilizado: consolidación del modelo integral, nuevas aperturas y articulación de carreras**

En este nuevo contexto nacional, de la salud pública y de la educación universitaria, y a través de instancias de consulta a actores externos vinculados al sector,<sup>58</sup> la FO resuelve formular un nuevo plan de estudios que, por un lado, adecue la formación al nuevo escenario y avance en su actualización, y por otro, atienda algunos problemas históricos de la implementación del proyecto curricular original.

Del análisis que se realiza de la carrera, en el marco de la evaluación institucional, surge la preocupación por la prolongación de los tiempos de egreso, la alta carga horaria presencial estudiantil que limita los tiempos de estudio personal,<sup>59</sup> la sobrecarga de instancias de evaluación, la persistencia de un perfil aún marcadamente biológico en detrimento de lo social y psicológico, la débil formación en equipos de salud bucal y los déficits de formación general y académica de los graduados (p. 7).

Se plantean entonces como objetivos básicos de la reforma curricular (pp. 16-17):

<sup>58</sup> Se pone a consideración de un amplio colectivo de actores externos, públicos y privados, vinculados a la atención de la salud bucal el nuevo perfil de egreso y las competencias profesionales y se releva su opinión sobre fortalezas y déficits de los graduados (Jornada de Intercambio con Actores Externos, 4 de julio de 2009).

<sup>59</sup> Alcanza promedialmente las 30 h/sem. presenciales/estudiante (Propuesta de asignación de créditos Plan de Estudios carrera de Doctor en Odontología, Comisión académica asesora en políticas de desarrollo curricular, 2005).

- actualizar el perfil generalista de acuerdo a las necesidades del SNIS, la realidad actual de la profesión y de la creación del nivel de posgrado;
- profundizar el modelo curricular integrado y de atención integral, así como el enfoque de enseñanza activa;
- fortalecer el perfil académico de la formación como elemento clave de la mejora científica de la profesión;
- fortalecer el componente de formación general en aspectos sociales, éticos y comunicacionales;
- avanzar en el proceso de flexibilización y articulación con carreras afines;
- reducir la carga horaria de la carrera, mejorando las condiciones de cursado y fortaleciendo la enseñanza semipresencial.

Es así que, en primer lugar, el PE 11 avanza en mejoras e innovaciones alineadas con las nuevas orientaciones de políticas de salud nacional y más ampliamente de la formación en el campo de la salud:

- Define un perfil de egreso más abarcativo tanto desde el punto de vista del manejo de enfermedades y alteraciones prevalentes como de la acción profesional que incluirá acciones asistenciales, investigativas y socioeducativas.
- Define competencias generales por primera vez del egresado y enriquece las competencias específicas, ajustándose a la vez con los criterios de la acreditación regional de carreras.
- Se alinea con las políticas de salud nacionales, confirmando su adhesión a la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- Incorpora un eje curricular transversal de fortalecimiento de los contenidos de la formación ética –impulsado por la cátedra de Odontología Social–, en tanto componente clave de la formación contemporánea.
- Habilita la integración de prácticas clínicas conjuntas de formación entre las carreras de la FO como forma de hacer definitivamente efectivo el trabajo en equipo de salud odontológico.
- Consolida la Docencia-Servicio como un área de formación curricular específica, independiente del área de Tratamiento.

En segundo lugar, también avanza en varias innovaciones alineadas con las políticas universitarias:

- Introduce dos titulaciones intermedias, Asistente e Higienista en Odontología,<sup>60</sup> habilitan al estudiante a realizar una bifurcación

<sup>60</sup> Se obtienen a través de un complemento de formación una vez aprobados los tres pri-

en su trayectoria para obtener tempranamente una primera titulación. Esto es, articula curricularmente la formación de grado con dos formaciones tecnológicas, atendiendo además a parte del contingente de estudiantes rezagados que se concentran en los primeros años de la carrera (Seoane, 2015).

- Incorpora un eje curricular nuevo de formación académica que involucra la capacitación en investigación científica e introduce un trabajo final de carrera en diversas modalidades.
- Aplica el régimen de créditos académicos que pauta la Udelar para avanzar en la flexibilización y la articulación de las carreras. Acuerda ciertos contenidos comunes con las carreras tecnológicas y la posibilidad de tomar cursos electivos en carreras afines del área Salud y de la Udelar.

**Tabla 6: Mapa general de la carrera de Odontología - Plan de Estudios 2011**

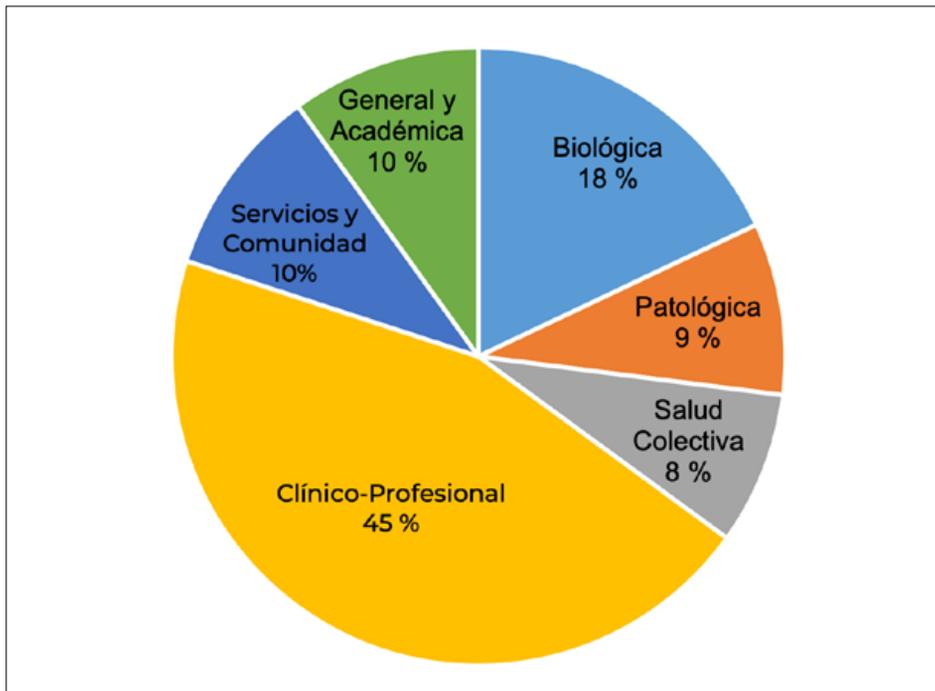
Años	Bases Biológicas (4 UC)	Salud Colectiva (3 UC)	Patología (4 UC)	Tratamiento (18 UC)	Servicios y Comunidad (3 UC)	General y Académica (2 UC)
1.º	Disciplinas básicas coordinadas			Técnicas (4) Clínicas Integradas (4)		Curso Investigación
2.º			Clínicas (2) Integración patológico-quirúrgica			
3.º		Pasantía				
4.º						
5.º				Pasantía	Trabajo Final	
Sem. 11				Pasantía		
Oferta flexible		FO: 3 UC	FO: 1 UC	FO: 6 UC		FO: 4 UC Área Salud: 43 UC

La distribución de pesos relativos de las áreas de formación del currículum con las nuevas incorporaciones resulta la siguiente.

---

meros años de la carrera.

Gráfico 1: % de Áreas de formación (PE 2011)



Enriquecido por la vasta experiencia de desarrollo curricular y la maduración política y conceptual que se alcanza en la última década a nivel institucional, el PE 11 ratifica y afianza los principios rectores, el modelo curricular y las estrategias de cambio del paradigma adoptado a fines de siglo.

## 9. Filosofía, estrategias curriculares y nociones pedagógicas afianzadas

A modo de resumen, se constata que el PE 11 sintetiza la tradición educativa enunciada en el PE 66 y concretada en el PE 93, junto con la nueva agenda de política curricular promovida en el campo de la salud y a nivel universitario general en los años dos mil.

En la dimensión referida al enfoque de atención de la salud bucal, se consolidan los principios rectores fundacionales de la prevención de enfermedades y promoción de la salud a través de mecanismos de infusión curricular, a la vez que se comienza a jerarquizar, aunque aún de forma incipiente, la formación ética como un eje curricular. Los contenidos relativos a los aspectos deontológicos de la profesión forman parte históricamente del área de Salud Colectiva,<sup>61</sup> pero se resuelve reforzar la formación en Ética y Bioética, acordando su transversalización en diferentes disciplinas: Curso de Introducción a

<sup>61</sup> El PE 01 introduce adicionalmente un curso optativo de Odontología Legal y Forense.

la Odontología, Anatomía, Iniciación a la investigación, Patología 3, Clínica Integrada Adultos 1, Clínica de Tratamiento de la Edentación 1; a lo que se agregan los contenidos correspondientes en Salud y Prevención, Salud Colectiva 1 y 2 (Blanco, 2012).

Asimismo se consolida la filosofía de la asistencia clínica integral, centrada en las necesidades del paciente –desde etapas tempranas–, a través de un eje de clínicas integradas que operan como espacios controlados de prácticas, organizadas por niveles de complejidad y formatos de abordaje multidisciplinar.

Se afianzan y fortalecen también en esta dimensión las prácticas profesionales en contexto real, consolidando la docencia en servicios con perspectiva multi- e interdisciplinar, multiprofesional e integrada a la comunidad.

En el plano de la formación académica, se atiende de forma más sustantiva la iniciación en la investigación científica y el trabajo académico a través de un nuevo eje curricular concebido con este fin, por medio de unidades obligatorias y opcionales.

En cuanto al enfoque de enseñanza y evaluación, se preserva la integración de contenidos a través de unidades de aprendizaje con criterios de coordinación horizontal y vertical disciplinar y se consolida una enseñanza y una evaluación formativa orientada al logro de aprendizajes significativos procurando una estrecha articulación teoría-práctica, a través de una variedad de estrategias propias de la enseñanza activa y auténtica.

Finalmente, en la dimensión curricular se estabilizan los principios de integración a la vez que flexibilidad y articulación, de supervisión y evaluación permanente del currículo, así como el apoyo pedagógico docente y estudiantil.

**Tabla 7: Principios rectores, estrategias curriculares y conceptos pedagógicos básicos**

Dimensión	Principio rector	Estrategias curriculares	Concepto educativo
Enfoque de atención salud bucal	Prevención de enfermedades y promoción de la salud Reflexión ética y bioética	Ejes curriculares transversales al currículo	Infusión curricular
	Asistencia clínica integral, centrada en las necesidades del paciente	Eje curricular: clínicas integradas: modelo de teoría por especialidades y clínicas integradas por niveles de complejidad Aprendizaje clínico temprano	Prácticas profesionales en espacios controlados
	Docencia en servicios multi- e interdisciplinar, interprofesional e integrada a la comunidad	Eje curricular: pasantías en servicios y comunidad escalonadas	Prácticas profesionales en contexto real: educación experiencial
Enfoque formación académica	Iniciación en el saber académico	Eje curricular: cursos y tareas de investigación científica y trabajo final de carrera	Práctica académica
Enfoque de enseñanza y de evaluación de los aprendizajes	Integración de contenidos	Unidades de aprendizaje	Coordinación horizontal y vertical disciplinar
	Enseñanza orientada al logro de aprendizajes significativos con estrecha articulación teoría-práctica	Cursos modalidad teórico-práctica Enseñanza por problemas Abordaje de situaciones reales Dispositivos grupales y de autoaprendizaje Evaluación ponderada continua y sumativa	Enseñanza activa Enseñanza auténtica Evaluación formativa
Enfoque curricular	Integración curricular	Cursos obligatorios integrados	Currículo integrado
	Flexibilidad y articulación curricular	Cursos optativos	Currículo abierto y articulado
	Supervisión y evaluación permanente del currículo	Organismo dirección curricular colegiado	Currículo evaluado
	Apoyo pedagógico docente y estudiantil	Unidades específicas	Asesoría pedagógica curricular, docente y estudiantil

## II. El currículo implementado

### 10. Formación básica específica: disciplinas biológicas

Las disciplinas que históricamente han aportado los fundamentos biológicos de la odontología son la Anatomía, la Histología, la Fisiología y la Física Médica y Química Biológica,<sup>62</sup> transformada luego en Biofísica y Bioquímica. Las tres primeras desagregadas en el currículo en disciplinas generales y específicas hasta el cambio curricular de los noventa, que desdibuja la distinción entre abordaje general médico y específico odontológico.

Las cuatro disciplinas trabajan de forma integrada a nivel curricular desde hace ya dos décadas, formando parte inicialmente del Curso de Morfofunción<sup>63</sup> y actualmente de la denominada área de Bases Biológicas de la Odontología (BBO). La formación se concentra en los dos primeros años de la carrera, con una asignación de 58 y 32 créditos, respectivamente, y su peso curricular se mantiene incambiado en un 18 % de las horas totales presenciales.<sup>64</sup> Los planes nuevos previeron su avance en la carrera proyectando la realización de actividades de integración básico-clínica en otras etapas de la formación, pero la dificultad de su puesta en práctica hizo que se desestimara mantener este plano de la integración curricular en el plan actual.

El principal mecanismo de integración curricular lo constituyen, como vimos, las unidades integradas de aprendizaje (UDA), entendidas como “núcleos significativos de conocimientos, habilidades y actitudes fundamentales dentro del campo, pautados por criterios de pertinencia y oportunidad en el desarrollo de los aprendizajes” (PE 11, p. 21). El proceso de selección y organización curricular que preside esta área consiste, así, en delimitar los objetos de estudio fundamentales acerca del sistema estomatognático<sup>65</sup> y definir los abordajes disciplinares apropiados para su tratamiento de forma oportuna desde el punto de vista de los procesos de aprender. Se rompe la lógica histórica secuencial de las disciplinas para pasar a un abordaje integrado que, como luego se analizará, se consolidará como coordinación curricular y en cierto modo microfragmentación temática.

<sup>62</sup> Plan de Estudios 1936.

<sup>63</sup> Término que refiere a la morfología de los seres vivos (sus formas y estructuras) y a su fisiología (funciones de los seres vivos).

<sup>64</sup> Al menos a partir del PE 66; no se dispone de datos acerca de la asignación de tiempos en el PE 36.

<sup>65</sup> “El sistema estomatognático representa a aquel sistema biológico o unidad morfofuncional, que está localizado anatómicamente en el territorio cráneo-cérvico-facial” (Manss Freese, A., 2013).

**Tabla 8: Temáticas y disciplinas del área Bases Biológicas de la Odontología**

	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4
Unidades curriculares	BBO 1	BBO 2	BBO 3	BBO 4
Objetos de estudio	Sistemas musculoesquelético y neuromuscular	Sistema circulatorio Cavidad bucal	Biología celular y tisular. Sistema neuroendocrino	Sistemas. Sistema estomatognático. Crecimiento y desarrollo
Disciplinas <sup>66</sup>	Anatomía Histología Bioquímica Fisiología	Anatomía Histología Bioquímica Fisiología	Histología Bioquímica Fisiología	Fisiología Histología Bioquímica Anatomía

De las 12 unidades originalmente proyectadas para el área, se llegan a implementar siete, luego seis y finalmente cuatro unidades, a los fines de su organización semestral.

La enseñanza está a cargo de las correspondientes cátedras con docentes formados en la odontología. En general se trata de colectivos que no comparten otras funciones universitarias, quedando focalizada la confluencia disciplinar en el plano de la enseñanza de grado.

### Principios originales de selección y organización curricular

Para su integración al área básica biológica, se seleccionaron desde el inicio las disciplinas tradicionales morfológicas, Anatomía e Histología, a las que se agregaron como disciplinas afines Fisiología y Bioquímica, que trabajaban de forma conjunta, todas ellas ubicadas históricamente en los dos primeros años de la carrera. Otras disciplinas básicas o con componentes básicos, también concomitantes, finalmente pasarán a formar parte de otras áreas de formación. Se opta de este modo por delimitar un universo común compuesto por las biología fundamentales asociadas a lo normal y no patológico, quedando ésta en un núcleo diferenciado más avanzado de la carrera.

Eran las materias que por excelencia eran las materias básicas biológicas. Entonces qué es lo que más teníamos: Histología y Anatomía se identifican claramente con la Morfología, y la Fisiología y la Bioquímica tenían su punto de contacto, de hecho Edwin y el Rayo también tenían una forma de cooperar muy fuerte, ahí empezaron a desarrollarse proyectos de investigación con fondos provenientes de la universidad. Entonces como que había una lógica. Eran las materias que estaban en primero y segundo, claramente

<sup>66</sup> Enumeradas de mayor a menor según número de horas de intervención de las cátedras.

Materiales Dentales era una básica no biológica, y lo demás que había era Social y lo demás tenía que ver con la clínica. Después estaban Anatomía Patológica, Farmacología, que tienen una parte de cuestión básica. Es decir, una cosa es la farmacología, otra cosa es la terapéutica; la farmacología como tal es una cuestión más bien del área básica biológica, terapéutica no, pero se privilegió que la farmacología iba más hacia el ámbito de la terapéutica. Y la microbiología, por algún motivo que ahora no tengo claro, no cuajaba dentro de Morfofunción, entonces terminó metida en el área de patología, a pesar de que tiene mucho contenido morfológico. [...]

Fijate que nosotros incluso antes de poner el plan de estudios en marcha habíamos empezado con un curso introductorio para todas las disciplinas del área de Morfofunción, que era el llamado Introducción al Sistema Estomatognático. Eso precede al plan de estudio, tuvo una o dos ediciones [...] Luego en el plan de estudio, antes de llamarse Introducción a la Odontología [IO], o antes de comportarse como IO, tenía contenidos que recorrían algunas cuestiones de los ámbitos de la práctica clínica –recuerdo que hacíamos tinción de placa dental con los chicos ingresados–, pero también tenía contenidos biológicos. Después se reformuló bastante eso. (64)

Acordadas las disciplinas intervinientes, se construyen criterios de selección y organización curricular para la formulación de las unidades de aprendizaje con una importante influencia del pensamiento pedagógico “establano”.

Un primer criterio refiere al principio de contextualización curricular que se orienta en este caso a priorizar la visión odontológica frente a la médica en el proceso de organización de contenidos, definiéndose una focalización en el estudio y el análisis del sistema estomatognático en el que interviene la odontología. De este modo, se avanza hacia una mirada más especializada y contextualizada de los contenidos biológicos básicos en relación con las necesidades de la profesión, sin eliminar temáticas sustantivas generales.

si bien las cuestiones, contenidos generales, algunos no podías evitarlos, debías mantenerlos, todo aquello que pudieras ver desde el ángulo odontológico se privilegiaba. Por ejemplo, si yo tenía que estudiar tejido conjuntivo laxo, no lo iba a estudiar sobre los ejemplos típicos... sino yendo ya a la región bucal y sus características. Tomábamos el tejido conjuntivo de piso de boca, por ejemplo. La lógica esa de que lo propio de la odontología como elemento llave o gancho para poder ver cuestiones que es necesario ver con otra generalidad, pero a partir de una cuestión que nos era importante para el odontólogo.

**—¿... se perdieron aspectos de histología general, más generales, o se reorganizaron?**

—Se reorganizaron, no se perdió ninguno.

**—¿Y se agregaron algunos nuevos?**

—En ese sentido no se agregaron nuevos.

—Fue básicamente una reorganización del conocimiento a impartir. (65)

No, no se eliminó nada de contenido; bah, se eliminaron algunas cosas, pero que ya se venían eliminando de antes. Por ejemplo de anatomía del abdomen, ese tipo de cosas que se consideraba... Había dos visiones, la médica y la odontológica. La médica, que podía estar representada por Lema, por ejemplo, era que el odontólogo tiene que tener conocimientos anatómicos generales, aunque sea como cultura general, y hacer hincapié en las cosas directamente aplicables en odontología, pero tener una formación con un contenido médico. Lema fue el principal, pero había otros que estaban en esa posición. Y otros –posición en la que yo estaba– decían “no hay que cargar al estudiante con cosas que después no le van a servir para absolutamente nada, centrémonos en aquellas cosas que pueden ser aplicables en el universo de la odontología”. [...]

—Primó la visión odontológica, más el conocimiento adecuado a la profesión odontológica.

—Al universo posible de la odontología, aunque sabemos muy bien que muchas cosas muchos no las van a aplicar nunca, otras sí. Pero siempre en el universo de la odontología. Primó esa visión, la división en dos materias nunca se cuestionó, se terminó esto de las dos materias y ahora la materia anatomía se divide según las UDA. (66)

Un segundo principio es el de unicidad temática y pertinencia en el aprendizaje. La primera definida por el sistema de relaciones coherente que se establecen entre los contenidos y su abordaje en los diferentes niveles de organización biológica –anatómico, histológico, molecular y fisiológico–; si bien de acuerdo al objeto de estudio de cada unidad, la profundidad de las miradas disciplinares será diversa.

La pertinencia, ligada a criterios psicológicos del aprendizaje, supone ordenar las secuencias disciplinares yendo de los abordajes macroscópicos a los microscópicos, esto es, de los más palpables a los más invisibles –con sus correspondientes métodos empíricos– a los fines de lograr un mayor interés en el estudiante.

Para separar en las unidades lo que se hizo fue buscar dentro de los temas básicos de la odontología o de los conocimientos necesarios para el odontólogo los temas que tuvieran cierta coherencia o temas que tuvieran ciertas relaciones ya entre sí, y dentro de esos temas ver los niveles de organización dentro de esos fenómenos agrupados en las unidades de aprendizaje. Luego, en la organización del curso de cada una de esas unidades, había cierta búsqueda de ir de los fenómenos macroscópicos apreciados más directamente hacia los fenómenos microscópicos.

Lo que se vio es que, en las distintas unidades, la importancia que había que dar a los fenómenos de los distintos niveles, o sea, a lo macroscópico, microscópico, fisiológico digamos, era de distinta relación: en cada una de las unidades la importancia de lo macroscópico o lo microscópico es varia-

ble. [...] Por los tiempos que tenemos, por la importancia que los distintos temas tienen, lo que sí se observaba es que en las distintas unidades había predominancia o importancia relativa distinta de cada uno de los niveles de organización. (67)

Un tercer principio de organización curricular tiene que ver con la variabilidad de las puertas de entrada al conocimiento y la secuencia curricular derivada de la elección de un determinado punto de partida. Ello obliga al docente a tener una versatilidad importante para poder adaptarse a secuencias curriculares diversas, identificándose su perfil especializado como una limitante y el repaso de las ciencias básicas como una necesidad para la integración.

Otra de las ideas básicas que manejaba Estable es que todos los temas se pueden estudiar a partir de cualquier lado... De todos modos, uno se puede dar cuenta de que, según por dónde va a comenzar a tratar un tema, el inicio tiene que ser diferente, y a medida que avanza en el estudio del tema las cosas que hay que aprender son diferentes según por dónde empieza.

Se puede empezar por cualquier lado, pero una vez elegido el lado hay que ir aprendiendo cosas en una secuencia distinta. Eso ya es mi experiencia, yo he notado que no todos los docentes se pueden adaptar a ese tipo de secuencias variables y con necesidades de aprendizaje de temas diferentes a lo largo de esas secuencias.

... no es fácil porque hay que tener docentes que quizá no sean tan especialistas.

Ahora, a mí a veces me ha parecido que algunas personas que hicieron toda la carrera no sé por qué a veces se resisten a repasar o reestudiar cosas que tuvieron que estudiar durante su época de estudiante. (68)

Finalmente, la tradición disciplinar, la fuerte coordinación temática y la estandarización de la evaluación mediante pruebas objetivas limitan en cierto grado la autonomía docente en el plano de la selección curricular. No obstante, los docentes tienen márgenes de libertad en las profundizaciones temáticas y sus formas de abordaje preservando la base de conocimientos común a todos.

Lo que intentamos es poner un piso. El piso del conocimiento era muy variado, sobre ese piso de conocimiento la cátedra en su conjunto en los últimos años definió qué es lo mínimo que un estudiante tiene que tener. El docente tiene gran libertad para trabajar hacia su techo. La realidad de la vida es que hay docentes que tienen más potencial y otros que tienen menos potencial. En ese sentido tienen total libertad de trabajo.

—**De profundizar más, por ejemplo, en un punto que a él le interesa.**

—Profundizar, incluso en la dinámica, cada docente agrega la dinámica que considere necesaria. Lo que tratamos es, protegiendo al estudiante, de que el estudiante reciba un mínimo de conocimientos, pero no el techo. (69)

Estamos también hablando de un sistema que tiene varios grupos, o sea no solo varios estudiantes, sino estudiantes agrupados y esos grupos tienen docentes diferentes, entonces cómo hacemos para dar cierta uniformidad a esos cursos de grupo, o a esos grupos cursando y que a su vez van a ser evaluados de la misma forma. Uno de los criterios que hemos seguido creo que es basados en un objeto de estudio y material de estudio determinado. Y a eso le sumamos la variable de docente, que no es común a todos.

Claro, los textos básicos o los textos que pueden adaptarse a los temas que se tratan indudablemente son o pueden ser una buena idea para cierta uniformización, de todos modos no a todas las personas les sirven los mismos materiales, es más, yo te diría que si estudiamos de un solo material, en general digo que estamos estudiando poco. (70)

### Del modelo lineal disciplinar al modelo flexible de “puzzle” multidisciplinar

En síntesis, la imagen simbólica que representa la organización curricular del área de Bases Biológicas de la Odontología es la de un puzzle o rompecabezas que busca ensamblar objetos de estudio relevantes para la odontología desde la mirada multidisciplinar y en forma adecuada y oportuna a los fines del aprendizaje estudiantil.

La idea original de integración plena o completa de las disciplinas se descarta rápidamente por su inviabilidad y se mantiene el impartido separado pero “simultáneo” de miradas en torno a cada tópico. Para ello la planificación conjunta y la coordinación curricular resultarán decisivas.

Para mí en Morfofunción, así como lo transmitimos como un puzzle, cada unidad de aprendizaje es un sector de un conocimiento integral. Y a su vez, esas unidades –que inicialmente se llamaron *unidades integradas*, no *unidades de aprendizaje*, pero después vimos que no podíamos trabajar todos en conjunto en el mismo momento y dejamos de llamarlas *unidades integradas* para llamarlas *unidades de aprendizaje*–, a pesar de que cada cátedra enfocaba el tema en forma separada, tratábamos de que se desarrollaran en el mismo tiempo de aprendizaje.

#### —Oportunamente.

—Claro, no desfasado. Antes no teníamos ni idea, uno daba una cosa, otro la daba al mes, lo mismo al mes. Entonces tratar de organizarlo. Por eso los cronogramas operativos, que son fundamentales: en tal semana se desarrolla tal tema, que es más o menos el mismo en todas las disciplinas. (71)

De este modo, las Bases Biológicas constituyen un eje de formación biológica específica de carácter multidisciplinar, actualmente de cuatro unidades, que se secuencian de forma lineal con un grado muy bajo de correlación entre ellas, al punto que los estudiantes podrían comenzar su cursado anual por cualquiera de ellas.

## Extensión y profundidad de contenidos

Si bien la apuesta que guía la reorganización curricular tiene que ver con una mejor construcción de sentidos y el logro de aprendizajes significativos, algunos observan el retorno a un cierto contenido que estaría limitando las posibilidades de desarrollar procesos de aprendizaje más profundos.

Por otra parte, lo que me parece que está pasando –uno de los miedos que tengo actualmente– es que estamos agrandando mucho la cantidad de temas, que nos estamos quedando sin tiempo para la integración. (72)

Otros entienden que a lo largo del proceso de integración curricular se han perdido contenidos de sus disciplinas que mantienen vigencia para el perfil de formación.

No estoy seguro. En los últimos años, por las nuevas adecuaciones del plan de estudios, le hemos ido quitando muchas horas, nos han pedido quitar muchas horas y muchos contenidos. Temas que antes dábamos en ocho horas ahora tenemos que dar en tres. En autocrítica no sé, si bien intentamos utilizar las plataformas virtuales para que eso no quede totalmente excluido, no te sé decir. Excluimos contenidos a pedido de la institución y de las autoridades.

### —¿Qué cosas, por ejemplo?

—Por decir un tema importante, la hemostasia, que es todo el tema de la coagulación, que es un conocimiento que se usa después en todas las materias, antes lo dábamos en ocho o nueve horas, ahora lo tenemos que dar todo en tres, cuatro horas. No te sé decir si las decisiones que tomamos para achicar contenidos son las correctas o no, no estoy del todo seguro. Sé que el estudiante hoy recibe menos contenido y menos información que hace 15 años. Ahora, si las decisiones que fuimos tomando nosotros de qué contenidos excluir y qué contenidos mantener o reforzar... Cuando lo hicimos pensábamos que eran adecuadas, pero... (73)

## Sentido y pertinencia de la formación básica biológica en odontología

Desde la perspectiva de los entrevistados esta área cumple la función primordial de aportar los conocimientos que constituyen los cimientos o fundamentos de la odontología, recortados fundamentalmente con un criterio de “conveniencia” para el ejercicio de la profesión. Contribuye también a construir el pensamiento sistémico biológico necesario para la intervención profesional y a facilitar el abordaje de otras disciplinas del campo en las que el estudiante se deberá formar posteriormente (básicas patológicas y clínicas).

Las materias básicas, o los conocimientos básicos, para mí tienen tres funciones fundamentales: una es que ciertos conocimientos básicos son directamente útiles para el ejercicio profesional; otra importancia de los conocimientos básicos es dar coherencia a todos esos conocimientos útiles, o sea, esos conocimientos útiles si son desperdigados tienen menos valor que los conocimientos sistemáticos, o sea cuando forman parte de un sistema de conocimiento; a veces decimos que muchas cosas que enseñamos no sirven para nada, pero eso es cuando tenemos una mente limitada, si valoramos que algunos son de uso directo como había dicho primero, otros son para dar coherencia a esos que se usan y otros son para aprender otras ciencias que de repente se tratan posteriormente. (74)

De este modo, al área básica biológica no se le atribuyen otros fines de formación que no sean los estrictamente destinados a la profesión. Su aprendizaje no constituye un fin en sí mismo, sino un instrumento cognitivo basal de la práctica profesional. De forma coherente, los docentes no son profesionales académicos de las disciplinas, sino odontólogos especializados en ellas para su aplicación a la odontología.

Bases Biológicas de la Odontología, somos bases biológicas, nada más. Teóricamente por supuesto que uno puede, pero no tenés ni los recursos ni el tiempo para hacer otra cosa, aunque quisieras. Y en realidad estamos cómodos con esa función, porque es clara.

**—Y quizás también porque ustedes son odontólogos.**

—Porque somos odontólogos también, es cierto. No hay gente que provenga del mundo de la investigación básica. En todo el mundo es así; en medicina también es así, no hay un instituto de anatomía separado del mundo de las profesiones de la salud, como sí hay en otras cosas. No existe, siempre está al servicio de la salud.

Por supuesto que hay investigación independiente a la que le importa un pito, este es un tema anatómico y te interesa anatómicamente investigarlo, no todo está pensado lógicamente. Pero dentro de un marco que es siempre aplicado a las ciencias de la salud, ese es el marco, está clarísimo. (75)

Por otra parte, se entiende que los conocimientos básicos odontológicos, en sí mismos, se encuentran en cierto modo “agotados” desde el punto de vista de la investigación científica. Las nuevas profundizaciones devienen de demandas externas a las propias disciplinas, fundamentalmente por los cambios que se operan en el área de la rehabilitación.

Porque, ojo, es una disciplina que evidentemente ya no tiene elementos de investigación básicos dentro de sí misma.

—¿Ya está todo estudiado?

—Lo básico sí está todo estudiado. Se puede profundizar en algunos aspectos, que generalmente ocurre cuando lo requieren las clínicas médicas u odontológicas o enfermería.

—Como vos dijiste para implantes.

—[En Implantología] ahí se abrió todo un campo de investigación sobre cosas que básicamente se sabían, pero en el nivel de detalle necesario para la implantología, por ejemplo un examen completo de la vascularización de los maxilares, porque se habían hecho estudios pero no estaban pensados con un tipo metiendo un implante. Cuando se empezó eso se vio que faltaban datos y que aparecían sangrados, por ejemplo. Pero fue un impulso externo, porque a nivel de la cuestión básica la disciplina ya no tiene campo. La fisiología casi ya no tiene campo, la bioquímica se va a quedar sin campo.

Histología también. Tiene un poco más campo que nosotros, pero a nivel básico ya está, los tejidos ya están, las células ya están. Los avances a nivel histológico están en la inmunohistoquímica o la histoquímica, pero ya no en la histología en sí. (76)

## Estabilidad y cambios de contenidos

Los contenidos de la formación se valoran altamente estables en la historia curricular de todas las disciplinas básicas biológicas por su origen “ancestral” y la estandarización mundial de los conocimientos impartidos. Ello no obsta a que se identifiquen recreaciones de contenidos e incluso algunos temas aún no plenamente consensuados vinculados a nuevas problemáticas odontológicas.

Los criterios de construcción del conocimiento morfológico responden fundamentalmente a una lógica de estructuración “arquitectónica” de las disciplinas, que se visualiza estática y no dinámica, particularmente en los casos de Anatomía e Histología.

Las bases conceptuales de cómo se arma el conocimiento anatómico y cómo se estructura fueron definidas en el siglo XVI y nunca han cambiado sustancialmente. Y fueron definidas creo que en base a la arquitectura, la anatomía se estructuró en el Renacimiento con un criterio arquitectónico: empezamos por los huesos, que son los pilares y las columnas del edificio, y luego empezamos a hacer los cuartos, después empezamos a llenarlos, y así vamos armando un rompecabezas hasta que tenemos el cuerpo humano o el sector del cuerpo humano completo. Ese principio nunca cambió. Pienso que debería cambiar porque ya no estamos en una época arquitectónica sino en una época de sistemas y la anatomía debería enfocarse por el lado de los sistemas, no de la arquitectura. Por lo tanto yo empezaría por el sistema nervioso, no por los huesos. Y difundiría el sistema nervioso a lo largo de todo el curso, porque eso es lo que convierte al organismo en un sistema coordinado, el sistema nervioso, no los huesos, no la arquitectura. Es una visión estática, frente a una visión mucho más dinámica en los tiempos actuales, que es posible. (77)

En el caso de Histología se mantiene la matriz morfológica, pero se introduce recientemente una mirada también funcional de la mano de la Histofisiología, con articulaciones más directas con los temas clínicos odontológicos.

Creo que –que también es un fenómeno bastante mundial–, si bien se sigue manteniendo un cierto respeto por el tema de la forma, sigue manteniendo su carácter morfológico, cada vez está siendo más histofisiológico o más biológico.

Eso se llama histofisiología: ver la estructura en su relación con la función. Y los cambios que se han operado prevalecen en ese sentido, en que se relaciona mucho más, y en esta facultad además se lo relaciona con los temas clínicos. Ese es un tema muy fuerte; en Histología siempre fue así. Cuando uno aborda el tejido... te podría traer el texto tradicional, que terminaba el capítulo y decía “Consideraciones clínicas”. Te daba por un lado la estructura, pero después te decía cómo eso podía repercutir en la clínica, y era parte del estudio de la histología.

**—O sea que la enseñanza de la histología se ejemplifica o se vincula en algunos momentos con la práctica clínica, cuando se enseña la básica histológica, no es la histología del sistema estomatognático por sí mismo, solo.**

—No. Y en anatomía también cada vez más se va a la anatomía funcional. Es un fenómeno bastante mundial. (78)

Son los avances clínicos, presionados por los cambios tecnológicos y de los biomateriales, que llevan a las disciplinas a rejerarquizar algunas temáticas en función de las necesidades profesionales.

A veces la clínica te presenta cosas, la implantología por ejemplo nos ha obligado a introducir alguna cosa que antes no se mencionaba, la cosa más absolutamente irrelevante ahora es relevante.

**—Para el odontólogo generalista no es decisivo.**

—No es decisivo, y tampoco te va a cambiar toda la estructura, es para algunas cosas, alguna cosa de vascular, alguna cosa de huesos, alguna cosa de procesos de bioanálisis maxilares, pero todo lo demás no. (79)

Los libros de texto, por otra parte, acompañan la estructuración clásica de las disciplinas y solo algunos manuales de naturaleza más académica han avanzado hacia abordajes articulados o integrados con otras disciplinas básicas.

Ahora, eso significa que todos los textos de anatomía deberían cambiar, y no han cambiado; que todas las organizaciones curriculares en todo el mundo deberían cambiar, que no han cambiado. Porque esto es mundial,

la terminología anatómica, que es publicada y actualizada por la Asociación Internacional de Asociaciones de Anatomistas, que es la máxima y que da la terminología anatómica universal, estandarizada, empieza con huesos siempre, [luego] músculos, vasos o sistema nervioso, generalmente, después glándulas y después regiones. Esas partes que fueron estudiando por separado se unen en regiones, se estudian en conjunto en regiones, arbitrarias como siempre. Es así en todos lados. Los sajones no dan regiones, por ejemplo, tratan de ir integrando –y para mí no lo logran– durante lo que se llama anatomía descriptiva, es decir huesos, músculos; tratan de ir juntándolo ahí, no tienen un apartado de anatomía regional.

En el libro nuestro se intentó introducir muchas cosas de histología, pero a un nivel muy básico. O alguna cosa de bioquímica o de fisiología; de fisiología más todavía, pero en los textos habituales de otros lados prácticamente no hay. Hay uno, que para mí es el mejor del mundo, médico, que es la anatomía de Gray, ahí hay un montón de conocimientos de otras disciplinas, no solamente de histología, bioquímica y fisiología; hay antropología... Es el mejor libro del mundo, pero es un libro que se usa poco. Y es un libro para docentes más que para estudiantes. (80)

La disciplina Bioquímica también presenta una estabilidad importante con las actualizaciones derivadas de la acumulación de ciertos conocimientos, las diferencias de abordajes o las rejerarquizaciones temáticas de acuerdo a las necesidades profesionales.

Lo que pasa que cosas estables son la mayoría, la visión que yo tengo del conocimiento no es una visión de conocimiento cambiante, sino de conocimiento acumulativo, o sea para mí el problema no son los cambios –que los hay, sin duda–, sino la acumulación.

**—Que cada vez hay más.**

—Claro, no sé si la función correcta es exponencial. De que hay cambios no hay duda, pero me parece que mucha gente confunde cambios con acumulación. No todo lo que era verdadero antes es falso ahora.

Si me preguntás ¿cuán constante? Y constante tiene que ser, porque mucha cosa es conocimiento que mantiene su valor, y si bien una descripción se puede hacer de muchas maneras diferentes, entonces podés tener a lo largo de la historia cincuenta textos sobre un mismo tema que te describen lo mismo de distinta forma, los criterios para clasificar y eso van cambiando. Hay cambios, ni que hablar; ahora, también puede pasar que ciertos conocimientos que en una época no se consideraron importantes pasan a ser más importantes para determinada profesión. (81)

Los contenidos de la Fisiología básica han mantenido, asimismo, una alta estabilidad con uso de textos clásicos, pero se identifican algunos temas nuevos importantes con definiciones aún no concluyentes en el campo. La renovación fundamental en esta materia viene de la mano de la incorporación del estudio de casos clínicos.

Sin entrar en las idas y venidas de los planes de estudio, pienso que los contenidos en Fisiología –me imagino que en Anatomía también– no cambian drásticamente. Lo que cambió en los últimos 10 años tal vez sea esa mentalidad de incluir construcción de conocimiento, o sea, incorporar casos clínicos, que antes no se hacía. La fisiología básica se sigue manejando por los libros de texto clásicos, pienso que el cambio principal es esa construcción del conocimiento en base a problemas...

**—O sea que es una disciplina, al igual que las otras, que está mundialmente bastante estabilizada en cuanto a los conocimientos básicos que se requieren para esta profesión.**

—Sí... En el área de fisiología en particular hay temas que todavía están con bastante dinámica. Los contenidos de ciertos temas de fisiología del sistema estomatognático... Hay temas dentro de esta área que son muy confusos y siguen siendo confusos, incluye algunos de los temas más confusos de la historia de la odontología. Por ponerte el tema del bruxismo, el tema de las relaciones de la oclusión, discusiones eternas que hay acerca de filosofías terapéuticas y conceptuales, que son algunos de los temas más confusos en la historia de la odontología. Y sigue existiendo a nivel mundial mucha confusión al respecto. O sea que si comparo con Anatomía, que es algo muy estático y demás, pienso que en Fisiología está mucho menos resuelto que en otras áreas. Como que hay avances en ese sentido. (82)

### **Secuencia de enseñanza: integración teoría-práctica**

La filosofía que sustenta la secuencia de enseñanza de las disciplinas biológicas prioriza la integración de teoría y práctica, configurándose en muchos casos como el eje del trabajo educativo, sin distinción entre momentos de aprendizaje teórico y práctico y en una dinámica de dialogado científico propio de cada disciplina. Con esta finalidad, aunque también por razones de evaluación continua, la docencia se organiza dando continuidad al proceso educativo con el criterio de docente único por curso.

Especialmente en las disciplinas morfológicas de primer año se plantea con claridad una articulación dialéctica permanente entre “experimentación” y teoría que trasciende el “espacio” de práctica, siendo a su vez quienes cuentan con un mayor volumen de horas prácticas propiamente dichas. En los casos de Bioquímica y Fisiología, la integración teoría-práctica parece reservada a ciertos momentos del proceso educativo (tabla 9).

**Tabla 9: Carga horaria teórica y práctica en el área Bases Biológicas**

Bases Biológicas	Horas teóricas	Horas prácticas	Total
BBO 1	142	98	240
BBO 2	142	98	240
BBO 3	110	10	120
BBO 4	110	10	120
	504 (70 %)	216 (30 %)	720 (100 %)

—Entonces la articulación teoría-práctica es permanente, pero no porque estén permanentemente trabajando sobre preparados.

—Es que prácticamente sí. Porque el tema que se está tratando tiene que ver con el preparado, y en las mejores condiciones de repente yo llego, pongo un preparado y trabajo con el preparado. Y estoy dando el teórico, estoy viendo los contenidos teóricos y ya veo el preparado. Y después paso a ver otro preparado y veo los contenidos teóricos que están relacionados con eso. Como también puedo hacer una pequeña introducción antes a la temática general o una conclusión al final. (83)

La articulación teoría-práctica es permanente. Eso es diario además, no tenemos ninguna clase en que no haya observación [anatómica], siempre hay, todos los días hay observación, y de hecho la mayor parte de la clase es observar. (84)

Una de las cosas que se transformaron dentro de Histología es que cada docente de grupo maneja el conjunto. Y lo hace en mayor o menor medida de forma muy dialógica con el estudiante, con mayor o menor participación. (85)

### Prácticas experimentales y resolución de problemas

Con mayor o menor peso, según las disciplinas, las denominadas prácticas consisten fundamentalmente en realizar ejercicios de indagación científica propios de las disciplinas: la observación organizada, la palpación, la experimentación y la resolución de problemas de aplicación con solución prevista. Son escasas las experiencias de abordaje de problemas abiertos, no “estereotipados” (tabla 10). El uso de recursos educativos virtuales es recomendado, pero ocupa un lugar subsidiario por la relevancia que se le asigna a la experiencia directa.

En el caso de la Histología se trata de un aprendizaje basado en la observación de las estructuras de los tejidos a través de medios tecnológicos con aplicación de técnicas específicas.

Se le llama *práctica*, en realidad es un nombre. La observación al microscopio, a eso se le llama práctica. Es un práctico, tradicionalmente es el práctico de Histología, es la observación al microscopio.

—¿Ahora se hace por medios virtuales o sigue siendo esencialmente al microscopio?

—No, y yo creo que es bueno que siga siendo en el microscopio.

—¿Por qué?

—Los medios virtuales tienen mejores condiciones para hacer algunas cosas que antes no se podían hacer, pero el medio virtual básicamente es una cuestión fija, una placa. Cuando agarrás un preparado y lo colocás y lo recorrés, lo vas buscando, lo vas topografiando, vas haciendo relaciones, y eso es de una riqueza enorme. Si tú se lo ponés en una foto, no es lo mismo. Finalmente van a observar lo mismo que van a ver en el microscopio, pero todo el proceso de llegar a la observación, a identificar la forma, el color... Es mucho más dinámico, y además creo que les permite aprender mucho más, aprenden.

—Sí, el método de investigación en Histología es la observación. Es el ver y relacionarlo con todo lo que se llama genéricamente técnica histológica, que es cómo los colorantes –por llamarlos en forma genérica– son capaces de teñir las estructuras de forma diferente. Está la coloración específica e inespecífica, hay coloraciones que colorean las cosas siempre de la misma forma y hay coloraciones que colorean específicamente algunas de las cuestiones que uno ve. Todo eso es una maquinaria de razonamiento muy interesante, que los estudiantes no llegan ni ahí a comprender. (86)

En el caso de Anatomía se trata de un aprendizaje basado en la observación y la manipulación de esqueletos, dientes y cadáveres, aunque por razones de numerosidad estudiantil sin posibilidades de hacer disecciones.

Para observar hay que describir, porque el que no sabe no ve. Si vos no describís lo que hay que ver, no se ve. [...] siempre pensando en que, cuando tengan un paciente delante, vean realmente lo visible y lo que está oculto. Pero la observación es la base y eso es diario.

—¿Esa sería la clave del pensamiento que tiene que desarrollar un estudiante? La capacidad primordial que tiene que desarrollar un estudiante para aprender anatomía es la capacidad de ver, de comprender cómo funciona.

—Está bárbaro cómo lo planteaste. La capacidad de ver y la capacidad de tocar. Para mí esa sería la capacidad principal. Que sea capaz de ver lo que es visible y lo que no es visible pero está. Y que sea capaz de tocar además, que sepa dónde hay que tocar, dónde no hay que tocar, dónde se puede pinchar, dónde no se puede pinchar, dónde se puede cortar, dónde no se puede cortar. Y naturalmente, las vías anatómicas que permiten los tratamientos; pero eso está vinculado al ver, porque si sos capaz de, en una boca abierta, ver todo lo que hay que ver... Que sepa “yo puedo ir por acá, porque no voy a encontrarme ningún vaso, y si voy por acá se me va a producir un sangrado tan enorme que voy a estar dos días tratando de taponarlo”. ¿Por qué se da la anestesia por acá? Se da por acá por esto, por esto y por esto, porque hay condicionantes anatómicas. Pero eso siempre implica ver y tocar, estás tocando, el odontólogo toca. Es sensorial, mi visión.

Nos quedamos con la observación. Una observación organizada, obviamente, sistematizada, pero es observación. Eso es diario además, no tenemos ninguna clase en que no haya observación, siempre hay, todos los días hay observación, y de hecho la mayor parte de la clase es observar. (87)

En Bioquímica se trata de una experiencia práctica más diversa que incluye observación de modelos químicos, ejercicios o resolución de problemas y prácticas de laboratorio. En este último caso, por la complejidad de la disciplina –de naturaleza a su vez interdisciplinaria–, el práctico supone nuevas aperturas de conocimiento. De este modo, no cumple necesariamente una función de facilitación de la comprensión como en las otras disciplinas.

El problema del trabajo práctico en el laboratorio es que se trabaja con objetos macroscópicos y entender lo que se observa o lo que se mide requiere de más teoría, y requiere de más conocimientos, y requiere de más tiempo de estudio, y de estudiar cosas que de repente no tienen tanta aplicación después en la adquisición de otros conocimientos.

Si tú preguntas a un estudiante si lo que vieron en el práctico lo ayudó a entender la teoría, te va a decir que no. [...] En realidad lo complicó, simplemente que vio en el laboratorio algunos de los problemas que se le presentan al químico que está estudiando los problemas biológicos; o sea que aprende un poco porque está en contacto con algo muy pequeño de las tareas que se han hecho para llegar a los conocimientos teóricos que tenemos; pero es como un ejemplo que realmente lo que hace es complicarle la vida porque tiene que aprender unas cuantas cosas más, que además está relacionado con la Física y la Química que también son problemáticas, por eso te digo, no es una práctica que uno por realizarla le va a facilitar otra tarea, posiblemente ayude a entender alguna cosa, pero no es una... (88)

Las prácticas estereotipadas en este caso se entienden repetitivas y como tales alejadas de las prácticas científicas reales, estimulando un cierre de conocimiento que inhabilita nuevas preguntas.

Los fenómenos repetitivos son realmente abstracciones, la repetición perfecta no existe para nada; ni en la física, ni en la química, ni en la biología, ni en la sociología, ni en ningún lado; así que abstracción, hay que abstraer.

Y en la parte experimental hay que estar abierto, atento a las cosas raras, a los resultados extraños, porque ahí es donde aparecen las cosas nuevas, eso sí, ahí hay que instruir en eso, ¿no?, porque esa frasecita “¿me dio bien?”, bueno, sí, no sé si te dio bien... (89)

En el caso de Fisiología, si bien las prácticas son muy acotadas, con soporte tecnológico moderno, se realizan ensayos clínicos con estudiantes que ofician de pacientes para la demostración aplicada de la teoría.

Hoy en día el práctico es puramente del sistema estomatognático, visualizar en la práctica lo que uno da en el teórico. Sobre todo electromiografía para ver el funcionamiento de los músculos, dinámica mandibular para ver el funcionamiento de la mandíbula, ruidos articulares para detectar lo que se dice en el teórico, que hay articulaciones que funcionan bien y otras que funcionan mal. Es un práctico altamente tecnológico.

**—¿Qué hace el estudiante en ese práctico? ¿O es una demostración?**

—Por un tema de carga horaria, es principalmente demostración con participación activa del estudiante en términos de preguntas y discusión. Se seleccionan uno o dos estudiantes para hacerles los estudios. La Comisión Sectorial de Enseñanza [CSE] nos aprobó un proyecto hace unos años para un aula de integración teórico-práctica. Creamos un aula específica para trabajos prácticos, con apoyo de la CSE. Tenemos toda la parte tecnológica de electromiografía, dinámica 3D mandibular, cinemática mandibular, conectada en proyección con cañón, entonces se hace una demostración muy efectiva y dinámica in vivo de todo lo que es la acción del sistema estomatognático en la fisiología. Diría que es un 80 % demostración y un 20 %, 30 % preguntas y discusión. Se elige un paciente, que es un estudiante, que ya tiene un problema, o sea que en realidad es un estudio de caso clínico, porque se elige un estudiante que tiene dolor o que tiene un ruido, que se le tranca la mandíbula, que tiene un trastorno en su fisiología. Entonces ahí se lo estudia como un ensayo clínico. (90)

No obstante, también se busca brindar de forma permanente ejemplos de casos clínicos con fines motivacionales.

**—Fisiología incorpora casos clínicos.**

—Sí, Fisiología incorpora casos clínicos de complejidad diversa que ilustran no todas las clases –es una falencia nuestra–, pero intentamos dar teóricos de integración con casos clínicos, que el estudiante termine Morfofunción o Bases Biológicas sabiendo: “Hice Bases Biológicas porque me va a ayudar a entender tales y cuales casos clínicos”. Si no queda muy colgado, sobre todo en clases ya sea desde el punto de vista bioquímico, fisiológico, neurofisiológico, anatómico, que son tediosas. Entonces el estudiante se entusiasma si ve que tal conocimiento le puede salvar la vida a tal paciente. Pongo un ejemplo: estudiamos neurofisiología de los dolores referidos, el dolor que se siente en parte del cuerpo, entonces les ponemos el caso del infarto de corazón, que es la investigación nuestra. Entonces sabemos que el paciente que tiene un infarto de corazón puede presentar dolor solo en el diente, sin dolor en el pecho ni en el brazo. El paciente ve la neurofisiología del dolor referido, que se puede decir que es un tema tedioso –circuitos neuronales, etc.–, pero sabe que capaz que con ese conocimiento le puede salvar la vida a un paciente. Entonces como que le cambia todo el esquema de conocimiento, y se lo ve entusiasmado, sale con cierto entusiasmo de la clase.

**—De todas maneras, en Fisiología habría algunos conocimientos que se tienen que dar desarticulados de una práctica o de una aplicación. ¿O no?**

—Cada conocimiento fisiológico tiene aplicación clínica, no se me ocurre ahora ninguno que no. O sea que el conocimiento se puede dar durante dos o tres horas desarticulado, pero en el resumen final, o discusión final del tema, se articula con la práctica clínica. Casi no hay ningún conocimiento de fisiología que no tenga aplicación clínica, o no se me ocurre en este momento. (91)

En suma, las capacidades prácticas básicas que se busca desarrollar en esta área de formación refieren al aprender a observar, manipular, imaginar y abstraer para finalmente interpretar a la luz de la teoría, con posibilidades de realizar abordajes más sensoriales o más intelectuales, según la naturaleza de los objetos de estudio biológicos.

Pienso que todas las disciplinas deberían poder ser sensoriales, porque hay un conocimiento que está en el plano conceptual puramente intelectual, pero es mucho más fácil manejarlo si se une con lo sensorial, porque no somos mentes abstractas, somos seres sensoriales que además actuamos sobre una realidad material. Y la anatomía es eso, tenés la posibilidad de poner esa realidad material en la mano de la gente, del estudiante.

—Es muy experiencial.

—Es muy experiencial. Porque puede.

—Por su naturaleza, por el objeto, por el objeto de conocimiento.

—Por el objeto de conocimiento, tiene esa facilidad. (92)

**Tabla 10: Formación práctica en Bases Biológicas**

Disciplina (macro/micro-integración)	Tipo de práctica	Actividad estudiantil	Capacidades prácticas básicas	Relación teoría y práctica
Anatomía	Observación organizada esqueleto, dientes y cadáveres sin disección	Observar Describir Analizar	Aprender a observar y tocar la anatomía visible y no visible	Integración T-P eje enseñanza
Histología	Observación de tejidos en microscopio con técnica histológica	Observar Describir Analizar	Aprender a observar estructuras	Integración T-P eje enseñanza

Disciplina (macro/micro-integración)	Tipo de práctica	Actividad estudiantil	Capacidades prácticas básicas	Relación teoría y práctica
Bioquímica	Observación de modelos químicos Resolución de problemas Prácticas de laboratorio estereotipadas	Observar Analizar Resolver problemas de aplicación Experimentar en laboratorio y concluir	Aprender a imaginar estructuras químicas y abstraer	Momentos de integración T-P
Fisiología	Ensayo clínico funcionamiento muscular a modo de demostración (electromiografía) Cinemática mandibular	Observar Analizar	Aprender a observar funciones biológicas	Momentos de aplicación T-P Ejemplos integración básico-clínica

### La tradición de enseñanza activa

El lema pedagógico de la enseñanza activa promovido desde el PE 93 enraizó especialmente en esta área por sus experiencias históricas antecedentes y se ha mantenido hasta la actualidad, fuertemente ligado al enfoque de articulación teoría-práctica antes analizado.

A excepción de Fisiología, que aún mantiene una dinámica preponderante de clase magistral, las demás disciplinas han preservado –con variaciones de estilo docente– dinámicas activas que presuponen el estudio o lectura previa, el trabajo teórico-práctico permanente y procesos de evaluación continua que estimulan el autoaprendizaje durante el curso.

La dinámica mayoritaria combina; pienso que sigue predominando la modalidad del docente como transmisor de conocimiento en un 70 %, y en un 30 % hemos tratado de incorporar esas experiencias de construcción de conocimiento en base a preguntas y a casos problema en que la persona intenta integrar y construir un conocimiento. Pero me parece que no hemos sido capaces de implementar los cambios necesarios hacia la construcción del conocimiento por parte del estudiante, más allá de que hemos dado pasos interesantes. (RA14)

Las estrategias de formación práctica en esta área se remontan, según algunos referentes, a los orígenes de los estudios odontológicos, siendo erradicada en los cambios curriculares de los noventa fundamentalmente la clase magistral. Este enfoque de enseñanza aparece entonces como una práctica histórica que en muchos ca-

sos se logró sostener incluso durante la dictadura y remite a la configuración de didácticas específicas probablemente consolidadas.

En la práctica estaba.

—**Para ti estaba ya en la práctica.**

—Sí.

—**¿Y estuvo durante la dictadura también?**

—Sí.

—**Explicame, qué interesante.**

—Es que era así... se enseñaba prácticamente, o se intentaba enseñar prácticamente.

—**Nunca fue libresca, en el sentido de sin imagen...**

—No, no. Preparado histológico es lo que siempre fue, el hueso es lo que siempre fue, en Fisiología había más cosas experienciales que ahora. Ahora no sé, pero teníamos prácticos de Histología, un montón de cosas. Lo que cambió el panorama fue la consideración de la clase magistral, con lo de la enseñanza activa... (RA12)

En suma, se trata de un principio de enseñanza especialmente reivindicado hasta la actualidad, a pesar de las transformaciones del perfil de ingreso de los estudiantes universitarios que, según los docentes, presenta mayores dificultades para su adaptación a las dinámicas activas de educación.

### Lo común y lo singular en la enseñanza de las disciplinas

La cátedra de Anatomía refiere una tradición muy signada por la perspectiva médica, asociada a figuras catedráticas formadas en medicina que marcaron su historia. Este perfil pautó durante muchos años la preeminencia de la enseñanza de la anatomía general. Posteriormente, se buscó distinguirla en lo odontológico a través del desarrollo de una suerte de anatomía dinámica, concentrada en el estudio de las regiones, pero de carácter más teórico que empírico.

Sí; no sé si es muy importante, pero hay características distintivas. [...]

—**A lo largo de la historia de la disciplina en la propia facultad.**

—Sí, que sobre todo están vinculadas a la anatomía regional. Tenemos una anatomía regional en partes muy importantes propia, que no se da así en otros lados. Desde que estoy en la cátedra he tratado de eliminar algunas características distintivas, había muchas más características distintivas.

—**¿Cómo cuál?**

—La terminología, por ejemplo, una concepción de la anatomía de un tipo que se llamaba Nosar, que fue catedrático en Anatomía, que tenía lo que él llamaba anatomía dinámica; había un consenso en la cátedra en que... cuando yo entré los grados 5 y todos los grados 3, fanáticos de anatomía general, no tocas eso...

Mal resuelto, inconsistente, incoherente, no fundamentado. Arbitrario... y con una tendencia, muy francesa, de aquella época por lo menos, a elaborar edificios conceptuales sin ninguna base en la investigación. (95)



Fig. 6. Estudiantes de la carrera de Laboratorio en práctica odontotécnica (2024).

Actualmente se maneja la terminología científica internacional, pero se mantienen algunos conceptos propios contruidos a partir de las necesidades de la intervención odontológica –las que se distinguen de la medicina–, trascendiendo las aplicaciones quirúrgicas y con probado fundamento científico. Ello dio lugar a la elaboración de un manual didáctico de la cátedra de apoyo a los cursos.

... Además la anatomía ya tenía una terminología mundial estandarizada, lo cual es un tesoro en una disciplina, que nadie discuta los términos. Estés de acuerdo o no, es esto. Es un valor. Entonces más bien traté de eliminar elementos distintivos, pero algunas cosas sí estaban bien, esas se decantaron solas, sobre todo en anatomía regional, en algunas partes de anatomía regional. Eso lo hemos conservado, transformado, transformado mucho, ya no tiene mucho que ver, pero ahí es distinto, en medicina no lo dan así. Probablemente en ninguna facultad de medicina lo den así.

—¿Cuál sería la clave ahí? ¿Son contenidos, son tipos de contenidos?

—No, es la forma de conceptualizar una parte del cuerpo, cómo la organizamos para que sea más útil. Porque la anatomía regional es dividir el cuerpo en partes o regiones, pero con un valor de utilidad, no lo dividimos porque se nos cantó, nos parece que esto es más útil para el que realiza una determinada tarea.

—Estás pensando en la profesión.

—Claro, es profesional.

La anatomía regional siempre estuvo aplicada a la lógica, fundamentalmente quirúrgica, en el caso de la medicina. Como acá la quirúrgica es una parte de otras cosas, las regiones están organizadas para facilitarle al odontólogo la comprensión y el uso de esas partes desde el punto de vista odontológico. Por eso también nos diferenciamos un poco de los médicos, los médicos siguen muy agarrados a lo quirúrgico, solamente. Y a una cirugía médica, que tiene otras vías de abordaje y problemas distintos. Es decir, lo que tratamos de construir –que esto sí es distintivo– es una anatomía regional a partir de la boca, el centro es la cavidad bucal y las regiones se van estructurando y delimitando a partir de la boca, alejándose de la boca y de las intervenciones que realiza el odontólogo a partir de la boca. Los médicos lo enfocan desde la piel, van de la piel a la boca, porque la mayoría del cuerpo se aborda desde la piel, no desde una cavidad, en la actividad profesional. En nuestro caso no, aunque hay abordajes externos, que tenemos en cuenta, por supuesto, el abordaje fundamentalmente es a través de esta cavidad. Los médicos no. Entonces ya todo eso te cambia la organización, cómo dividís la parte del cuerpo. (96)

En el caso de Fisiología la singularidad estaría dada por las temáticas interdisciplinarias en las que se ha especializado la cátedra a partir de la investigación, pero trabajadas con un enfoque propio de enseñanza a nivel de posgrado que derrama en cierta medida en el grado. Por ejemplo, a través de actividades extracurriculares de ampliación de conocimientos en las que se profundizan las prácticas relacionadas con las líneas de estudio de la cátedra.

Hay una orientación propia, incluso con reconocimiento regional, por lo menos, por no decir internacional. Hemos tenido visitas de gente del Mercosur que solicita venir a nuestra cátedra o a nuestra disciplina o a nuestro laboratorio para formación específica. En realidad la disciplina ha desarrollado una línea propia o escuela propia, como vos le llamás.

—Pero más en el sentido de la producción de conocimiento. ¿O en la enseñanza también?

—En la enseñanza también. No sé si tanto de grado, estamos hablando más que nada de grado. Pero al haber desarrollado una línea a nivel de posgrado, eso inherentemente se traduce a la enseñanza de grado.

—¿Qué aspectos desatacarías como que son requeridos o de interés de otros?

—Por seleccionar un par de líneas que en la región tal vez apenas se mencionan y nosotros les damos hincapié, lo que te mencionaba, toda la parte de manejo del dolor, fisiología del dolor, y toda la parte de medicina del sueño. Son líneas que no se ven en los libros de texto, que en otras facultades del Mercosur casi no se mencionan y nosotros las tenemos desde primer año.

—**Como temas novedosos, como temas de punta que se trabajan en el posgrado.**

—Como temas novedosos que hacen a la integración disciplinar, porque son temas bien típicos de integración disciplinar. (97)

### Relación enseñanza-investigación

El proyecto de formación integrado nunca estuvo asociado a necesidades de desarrollo conjunto científico de las disciplinas, al punto que no se han realizado en estos años líneas de investigación comunes. Las posibilidades de diálogo interdisciplinario se observan muy limitadas y más bien se identifica un vínculo consustancialmente ligado a los avances clínicos, antes que a las necesidades de desarrollo de las disciplinas básicas biológicas.

Desde la perspectiva de la cátedra de Anatomía la articulación entre enseñanza e investigación se entiende además como un asunto más normativo que fáctico y se señala que estas constituyen actividades con una autonomía importante.

No, no era condición. En realidad la investigación y la enseñanza, por más que se diga, no corren por los mismos carriles, son oficios distintos, que requieren preparaciones distintas, capacidades distintas. De hecho el 70 % de los investigadores del mundo no son docentes, ni fueron ni serán docentes. Ser docente no da ninguna capacidad especial para investigar, tenés que adquirirla; podés ser un excelente investigador y un muy mal docente, o al revés. Es muy poca la gente que ejerce con la misma calidad o falta de calidad.

Segundo, el problema de BBO es que a veces se confunde el hecho de que las materias básicas trabajen en un curso y en enseñanza con la investigación. En realidad la diferencia epistemológica, de objetivos, de metodologías que hay entre las materias de BBO es muchísimo mayor que la que hay entre prótesis..., entre las clínicas. Entre las clínicas hay mucho menos diferencia; de tipo de conocimiento, de métodos, muchas menos diferencias que las que hay dentro de BBO. Yo no comprendo un libro actual de bioquímica, ni una palabra; comprendo cualquier cosa de cualquier clínica, capaz que en alguna superinvestigación necesitaría un texto que se esté utilizando en este momento. Entendemos todos, pero un texto de bioquímica no lo capto, no sé de qué me está hablando. De histología sí, porque es una materia morfológica, entonces hay algunos contactos, pero hay un montón de cosas que la histología ha desarrollado en los últimos años que a mí ya se me están escapando. Y de fisiología lo mismo. Y a ellos les pasa al revés; hay un conocimiento básico anatómico que todo el mundo tiene,

porque al ser la odontología una profesión fundamentalmente operatoria –porque se podría considerar que la mayor parte del trabajo del odontólogo es operatorio, es una microcirugía o una cirugía menor, muy menor a veces, pero es una cirugía, porque tiene los mismos principios–, es una base que está ahí, tiene que estar ahí, mucho más que otras. [...] al ser las diferencias mucho más grandes entre las materias de BBO, para nosotros era mucho más fácil investigar con una clínica que con otra materia de BBO, que no tenemos afinidad, vamos para lados completamente distintos. (98)

De este modo, la estructura sintáctica de la disciplina no aparece como un componente presente en la enseñanza y no se entiende esencial ya que su relevancia en la odontología estaría dada por la actividad clínica profesional que, como veremos, también adolece de una visión relativamente dogmática por su alto componente procedimental.

**—Pero ¿ustedes tienen oportunidad de transmitir de alguna manera cómo se construye el pensamiento científico en esa disciplina, cómo se indaga y cómo se investiga en esa disciplina?**

—No. No nos hemos hecho tiempo para eso. Siempre está la sensación de que el tipo no te va a alcanzar y que eso no es esencial. Al tener una visión muy profesionalista de la disciplina, muy aplicada a la profesión, en realidad no es el elemento más importante; si estuviéramos tratando de formar anatomistas eso sería clave, fundamental, pero no es esa nuestra intención.

**—¿Eso podría redundar en una enseñanza –sin buscarlo, obviamente– más positivista, en el sentido de que las cosas son así o este conocimiento es así, es verdadero, y entonces el tema de lo provisional, de lo cambiante del conocimiento científico queda como desdibujado en esa enseñanza?**

—Sí, queda desdibujado. Es como una fuerza fundamental que vean, que puedan aprender a ver todo lo que sabemos de esto hoy. De alguna manera ese es el conocimiento verdadero sobre esto.

... es una discusión que, por lo menos en su aspecto esencial, no está en las básicas; para mí la discusión tiene que estar en las clínicas. Nosotros podemos apoyar en la discusión, pero no la vamos a generar, al menos como nos consideramos en Anatomía, que es como clinicodependientes, las clínicas necesitan esto, se lo damos, a las clínicas esto les importa un pito, no se lo damos al estudiante. Quizás desde el punto de vista científico podría ser muy interesante, pero no se lo vamos a dar. Si las clínicas a veces están muy estructuradas en base a la autoridad, el principio de autoridad o hábitos históricos, lo tendrán que cambiar las clínicas, y nosotros ojalá. Pero no le veo a la anatomía en particular un papel puntero ni protagónico en ese aspecto. (99)

En el caso de Histología se entiende aún muy difícil el establecimiento de esta relación por las propias capacidades docentes. En muchos casos se trabaja problematizando el conocimiento, pero no desde una práctica de base investigadora.

Creo que aun los docentes [...] tienen poca idea de la provisionalidad de las ciencias. Entonces es muy difícil transmitir cuestiones que uno mismo no tiene como cuestiones de debate.

**—Porque no son investigadores sustantivamente.**

—Hay una frase muy típica que me revienta mucho: “las últimas investigaciones han mostrado”. Esa frase es típica, y además muchas veces es errónea, pero funciona. Creo que tiene que ver con esa idea de que el conocimiento fue provisional pero ahora que yo lo conozco ya es definitivo. Eso me parece que funciona en muchos docentes de Histología de los nuestros. (100)

... en Histología hemos trabajado con el estudiante en discutir, de repente una cosita nos llevaba horas, porque cada uno... Además, cuál era la visión de cada uno. Yo digo: “Esto hoy es así, algunos opinan sobre esto hoy esto, pero hay otras opiniones. ¿Ustedes qué opinan, qué dicen, qué leyeron? ¿Qué discuten, cómo lo ven?”. Esas cosas en Histología se hacen y en Bioquímica ni que hablar.

... En Histología se continuó la investigación porque Fuentes, que investigó antes, siguió investigando y ella se formó siempre. Y se perdió porque era como una norma que el estudiante no debería opinar, no opinaban. El estudiante venía a recibir sus clases y se iba, lo más calladito posible, era lo mejor.

**—¿Pensás que eso quedó después instalado?**

—Quedó. Porque muchos docentes nos formamos en esa época. No compartíamos la situación, pero nos formamos así, y lo arrastrás. (101)

De esta forma, se trabaja aun primordialmente con manuales de uso internacional, más o menos actualizados, pero con pocas referencias a artículos científicos de producción reciente.

**—... ¿son textos de uso internacional? ¿Qué tipo de textos?**

—De uso internacional.

**—Y son odontológicos, no médicos y odontológicos.**

—Son odontológicos; algunos son médico-odontológicos, para la parte general de la histología es médico-odontológico. Se usan textos, antes era muy lenta la renovación de textos, entonces cuando estábamos transmitiendo conocimiento había muchos cambios. Ahora es más rápida, pero se usa poca revista de investigación, que se debería usar.

**—Es más manual que revistas, con lo cual probablemente el conocimiento sea un poquito menos actualizado y menos deliberativo.**

—Claro. Se deberían usar por lo menos uno o dos grandes temas o tres, que el estudiante tenga la posibilidad de agarrar una revista, una investigación, analizarla, discutirla y llegar a una conclusión. (102)

La situación de la cátedra de Bioquímica difiere parcialmente ya que ha hecho a lo largo de los años una selección de artículos

científicos, ligada probablemente a la impronta problematizadora propia de la tradición “establiana”, pero sin mantener una actualización permanente del conocimiento en la totalidad de las temáticas abordadas.

... es un material armado por nosotros en base a artículos de investigación [...]. Pero por ejemplo nos pasa, nosotros tenemos material realmente viejo; es más, hay docentes que están preocupados... (103)

Solo en el caso de la Fisiología, con un importante desarrollo de la investigación básico-clínica en los últimos años, aparece una perspectiva más integrada de la investigación con la enseñanza en el discurso docente, que se plantea especialmente manifiesta en el estudio de los casos clínicos que se tratan en los trabajos prácticos.

En este caso tenemos el detalle de que justo en esta disciplina se produce bastante conocimiento. Nosotros estamos trabajando con seis líneas de investigación desde hace unos 15 o 20 años. Entonces, como estamos inmersos en la producción de conocimiento, lo tenemos bastante en cuenta. La dimensión de cuáles son los mecanismos para producir conocimiento, lo que es la investigación científica, cómo se genera. Muchos de los trabajos que hacemos en base a casos clínicos intentan que el estudiante genere preguntas de investigación, genere ideas o preguntas, más allá de que no las pueda plasmar, por un tema formal del plan de estudios. O sea que la génesis del conocimiento, en nuestra disciplina, está presente.

**—En el discurso docente.**

—En el discurso y en los trabajos prácticos. Se intenta explicar cómo se genera el conocimiento y también el tema de la provisoriedad; en algunos temas les decimos que lo que les estamos diciendo hoy en 10 años va a cambiar drásticamente. El concepto de la cantidad abismal de conocimiento que se produce en el mundo, que es inabarcable para una persona, y el tema de la provisoriedad de conocimiento están presentes en nuestra disciplina. Tal vez porque es una disciplina que está involucrada en la creación de conocimiento original, que en nuestra facultad tal vez no ha sido históricamente lo más común, entonces en ese sentido puede haber diferencias. (104)

### Los alcances y límites de la integración curricular

El valor pedagógico del principio de integración disciplinar y curricular se mantiene vigente para los docentes. No obstante, se constatan diferentes conceptualizaciones en términos de su imagen objetivo y sus posibilidades de aplicación en el contexto institucional, primordialmente por las condiciones del trabajo docente y en la actualidad también debido a los déficits de formación de los estudiantes provenientes de la enseñanza media.

**—El plan trataba de facilitar los procesos de aprender.**

—Claro, de hacerlos más fluidos, más conectados. Para mí es claro que facilita. Entonces tendría que pensar cosas que pueda recordar de la década de los noventa y principios del 2000 y pico, porque después ya empezó el descenso de capacidades de aprendizaje universitario de los que entraban. (105)

... o muy válido. La integración la hemos hecho a niveles ya extrainstitucionales, en nuestra disciplina, que es la Fisiología; además de la integración a nivel intrainstitucional, estamos trabajando con la gente de Física, de Química, de Medicina. Percibimos la integración disciplinar como la base para el crecimiento. No vemos que eso de aislarse en una disciplina y en una cátedra contribuya al crecimiento institucional. Y a nivel institucional, si hay que hacer autocríticas, desde muy jóvenes escuchábamos los discursos de los promotores de la caída de los feudos, pero no percibimos que efectivamente eso se haya concretado, como que se siguen percibiendo proyectos de tipo más de cátedra que integracionistas. Tal vez quedó más en el discurso, me parece que quedó mucho en el discurso. Escuchábamos discursos integracionistas muy vehementes, pero no sé si después esas personas pudieron plasmarlos, por distintos motivos. (106)

En un primer momento la noción estuvo concebida idealmente como acción compartida de los colectivos docentes en la planificación educativa, el impartido de cursos y las evaluaciones del aprendizaje, aplicado a la totalidad de los cursos del área y en todas las instancias que fuera pertinente el abordaje integrado. Esta posibilidad se experimentó, como vimos, en los ensayos previos a la aplicación del PE 93 y en los años iniciales del nuevo plan en instancias acotadas. Desde esta perspectiva, los docentes debían hacer un esfuerzo de integración, fundamentalmente en términos de concebir algunos problemas integrados, tanto para su trabajo en el aula como para las instancias de evaluación de los aprendizajes.

El modelo utópico era tener una cuestión integrada que no resistía ningún análisis de las condiciones que tenían la facultad y sus docentes. Pero de hecho llegamos a tener en las pruebas –ya de múltiple opción– unas preguntas de Histología, unas preguntas de Anatomía, unas preguntas de Bioquímica y unas preguntas integradas, que tuvimos que sacar porque se disparaba... Si ahora tenemos problema de aprobación, imagínate aquello. En la primera prueba fue catastrófico; de hecho, motivó que nos reuniéramos de urgencia a ver cómo resolvíamos ese asunto y sacamos la parte integrada. Fue una macana.

**—O sea que la utopía era la integración, quizás en la clase conjunta...**

—Pero hasta llegamos a hacer clases conjuntas; claro, era más puntual, pero teníamos un recorrido por disciplinas, había algunas actividades en que una o más de una cátedra trabajaban en el mismo momento con los estudiantes. El programa era de integración, los contenidos eran integrados. De hecho se apuntaba a que en el tiempo más o menos coexistieran,

mientras estábamos viendo tejido óseo estábamos viendo huesos, por el estilo.

—**Que fuera todo oportuno.**

—Sí. Y después los ámbitos docentes de evaluación de los estudiantes eran integrados. Eso se ha perdido, hoy la evaluación de Morfofunción es casi lo que se le ocurre a [un coordinador] que tenga que ser, que puede ser muy bien o puede ser muy mal. Y teníamos una cosa muy importante que era que luego de las pruebas todos los docentes, por cada una de las disciplinas, se juntaban con los estudiantes y les dábamos una devolución sobre la prueba. Que terminó siendo un búmeran, porque ahí empezaron a negociarse las preguntas incorrectas y los puntos que se perdían. Y al final le fuimos sacando el culo a la jeringa. (107)

Era una filosofía integracionista, que en aquel momento trataba de tirar los muros de las cátedras para integrar todo un equipo de Bases Biológicas –en su momento se le llamó Morfofunción–. Y se llegaron a hacer algunas reuniones entre los catedráticos y algunas clases conjuntas entre todas las disciplinas en un intento integracionista que fracasó rotundamente en la práctica. Se hicieron tres o cuatro clases, y por los problemas ya sabidos en esta institución la integración real de ese plan fue decayendo. Tuvo mucho impulso en los primeros años, tal vez dos o tres años, y después el concepto de integración real un poco cayó. Más allá de que se mantuvieron integraciones temáticas, se consiguieron logros, como por ejemplo dar en el mismo mes anatomía de la ATM, fisiología de la ATM, histología de la ATM. O sea que hubo avances en la integración de conocimientos, pero no un avance real en la integración entre disciplinas, eso fue un poco ficticio o fue un intento que fracasó. (108)

Otros entienden válida la idea de integración curricular como suma de las miradas disciplinares en torno a un objeto de estudio, dispuesta de forma oportuna y de acuerdo a las necesidades de profundización disciplinar de cada temática. Esto es, habilitar una construcción multidisciplinar del conocimiento que facilite un aprendizaje más integral y menos fragmentado de la realidad de los seres vivos. Las dificultades estarían dadas por la carencia de una formación académica más integral y la resistencia de parte de la docencia a reestudiar temáticas en las que se formó como estudiante, pero que no forman parte de su especialidad actual.

Por supuesto, lo que yo interpreto y lo que yo opino también es una de las formas. A partir del término, que el término es sumar, equivale a sumar, lo que siempre, desde que yo era estudiante una de las cosas que se observaba, es que los distintos temas, o los distintos fenómenos, o los distintos objetos de estudio que se trataban en una disciplina, parecía que cuando se trataban en otra eran otra cosa diferente, es decir, el hueso tratado en Anatomía era una cosa y si yo estoy mirando un preparado de tejido óseo, estoy viendo algo totalmente distinto que no tiene nada que ver con lo que yo estoy viendo. Pero yo creo que esa época en los materiales de estudio me parece que pasó a la historia. En las mentes de los docentes, capaz que no. De todos modos, es inevitable que todos nos ocupemos de los distin-

tos temas con énfasis diferentes, de acuerdo a lo que uno mismo conoce. Ahora, a mí a veces me ha parecido que algunas personas que hicieron toda la carrera no sé por qué a veces se resisten a repasar o reestudiar cosas que tuvieron que estudiar durante su época de estudiantes. (109)

Bueno, el asunto es el objeto de estudio, o la clave, decir: bueno, yo pretendo conocer algo de la realidad, y bueno, si es un ser vivo... Hoy en día los estudios de los seres vivos se han especializado en disciplinas también, pero el conocimiento global total al final es la suma de todos los conocimientos. Hay veces que entre los distintos fenómenos que estudian las distintas disciplinas es fácil encontrar relaciones, hay veces que las relaciones son menos míticas o menos importantes... (110)

Los límites de la integración se sitúan entonces fundamentalmente en las condiciones del desempeño docente y su formación académica y solo se identifican dificultades derivadas de las culturas disciplinares o de resistencia al cambio en términos más ideológicos, en el caso de la cátedra de Fisiología.

En cuanto a los demás, en Fisiología sí hay un problema de cultura de la materia que no termino de entender, que es la idea de la secuencia lógica.

**—Ellos dicen que tienen que formar en una visión sistémica.**

—Sistémica; y que hay una secuencia lógica de conocimientos en esa visión, única. Yo qué sé, muchas veces lo hemos discutido, incluso con Enrique, que no, “vos podés entrar hasta acá”, “sí, pero...”. Ahí hay una cultura disciplinaria muy fuerte y que se adapta muy mal... a un curso integrado. Ha funcionado, pero quizás no de la manera que uno al principio concebía como mejor. [...]

**—Cómo pueden haber influido las culturas disciplinares como factor de obstáculo para la integración, además de las condiciones materiales. Vos lo ubicás en Fisiología; imagino que a Histología, y a Bioquímica ni que hablar, la visualizás en la misma lógica de ustedes de que se puede empezar por cualquier lado.**

—Sí. (111)

En los primeros cambios originales fueron experiencias en muchos casos muy negativas. El hecho de fraccionar la disciplina... A veces había temas que caían en paracaídas en un chiquilín en el cuarto mes de la carrera que no sabía lo que era una neurona y había que darle regulación cardiovascular. Eso fue muy malo. En el correr de los años fuimos detectando esos errores y se fueron haciendo modificaciones. O sea, el entendimiento de la fisiología, que se construye con un hilo conductor; uno no puede estudiar regulación nerviosa sin saber lo que es una neurona, no se puede hacer la decoración de un edificio hasta que no ponés los cimientos. [...] Nos llevó tal vez siete, ocho años salir de ese problema.

**—Y pensás que se ha llegado a un equilibrio.**

—Ahora se llegó a un equilibrio. Quedan dos o tres temas un poco en paracaídas. O sea que sigue habiendo algún tema puntual, pero yo diría que el 90 % se solucionó.

—Se trabaja ahora en el momento oportuno, con una secuencia adecuada.

—Sí, siguiendo un hilo conductor, una secuencia lógica constructiva, o sea ladrillo, dos ladrillos, tres ladrillos, cuatro ladrillos. En ese sentido sí, pero no son incompatibles los conceptos, el hecho de dar la fisiología fraccionada pero con un hilo conductor no es incompatible con dar una integración disciplinar o un conocimiento básico-clínico. (112)

### Perfil docente profesional

Se destaca en primer lugar la existencia de un perfil docente primordialmente profesional que cuenta con una baja dedicación a la universidad y no dispone de tiempos adicionales para el trabajo intercátedras e interdisciplinario. En un primer momento, se trataba de docentes jóvenes con pocos compromisos de vida que pudieron comprometerse con las experiencias, en un contexto de cambio institucional y liderazgo académico que pudo generar algún incentivo mínimo de incremento de horas docentes. Pasado el impulso innovador, resultó difícil sostener los compromisos con docentes que ya no podían hacer esfuerzos agregados.

Había otra situación: en aquel momento, aparte de los grados 2, que ya teníamos más años y que pasamos a grado 3 en la década de los noventa, había en la cátedra una camada nueva de grados 2 muy jóvenes que en su mayoría todavía eran estudiantes, no estaban casados, no tenían casa, no tenían cuentas, y que por lo tanto estaban muy abiertos a cualquier apertura que se diera. Pero cuando la actividad en facultad empezó a tener que ser compartida con consultorio y en todos los casos con trabajos en instituciones que tienen horarios y hay que firmar tarjeta, el día de cátedra se volvió importante, porque vos organizás tu vida, ya no era “vení un viernes”; “el viernes estoy trabajando en Sanidad Militar”, “estoy trabajando en el Sindicato” o “estoy trabajando en el Círculo Católico”. Eso se dio también por realidades de la vida.

—O sea que vos ubicás como un límite principal de ese proyecto utópico de integración –utópico en el buen sentido– el tema de no disponer de dedicaciones fuertes en la universidad.

—Sí. Era una condición de base.

—En ese sentido, ¿cómo evaluás hoy el estado de situación de la integración en Bases Biológicas?

—Igual.

—Como que quedó congelado.

—Sí... Solidificado. (113)

Hay un tema de horas docentes, un compromiso también, de alguna manera, pero las horas es fundamental. Hubo una discusión muy grande acá con respecto a eso. Cuando Morfofunción empezó la facultad le daba un plus, les pagaba a los docentes, tenían 20 horas. En realidad estás per-

manentemente, si sos consciente, preparando, estudiando, organizando, armando las clases para que sean dinámicas, para que sean todas diferentes. Como recién empezábamos, unos cuantos años nos pagaron por 20 horas. Después eso se sacó. Y se sacó con razón, porque cada disciplina no tenía más de ocho horas semanales presenciales con el estudiante. Y ya teníamos experiencia, después de que ya está más o menos engranada, queda con menos carga para el docente. Entonces el docente se vio resentido en sus horas y eso llevó a un menor compromiso. Y fue muy difícil integrar, muy difícil. Por ejemplo, las evaluaciones, que en un primer momento las hacíamos en conjunto, cuando hacíamos la tercera y cuarta oportunidad oral el mismo día, era imposible juntarnos un equipo de docentes. Es imposible. Porque además en la profesión odontológica todos tienen su trabajo particular, no viven del sueldo de la facultad y vienen determinados días, cumplen su horario y se van. (114)

### La pérdida de figuras líderes

Por otra parte, el retiro de las principales figuras que lideraron los procesos de transformación del área emerge también como una dificultad relevante. Los docentes restituidos que impulsaron el cambio curricular dejaron de formar parte de la institución y los nuevos liderazgos van a estar más asociados al desarrollo científico académico de la Odontología en sus áreas de especialidad.

El hecho de ser docentes con poca carga horaria y que vienen solo en días muy precisos, sin posibilidad de cambio de día, influye. Pero pienso que, como todo cambio, faltan los motores de cambio, que no sé si es un término que existe, yo le llamo el emprendedurismo académico. Para hacer un emprendimiento que funcione, tenés que tener un motor, una cabeza que mueva la pelota, gente que lo siga...

#### —¿Pensás que en el inicio hubo liderazgos?

Sí, pienso que hubo por lo menos un intento de liderazgo, pero después en la interna de cada grupo no se veía un motor [...] que llevara a cabo las ideas plasmadas en el papel. Si bien en la teoría la poca carga horaria y la falta de recursos y todo eso debería incidir, y todo el mundo lo pone como un factor principal, pienso que es secundario. En la docencia nadie hace dinero, se han hecho cosas excelentes sin un peso y sin ninguna hora. O sea que todo es relativo. (115)

Creo que estamos en la puerta de un cambio hacia una odontología científica de verdad en los próximos 15, 20 años, y que va a ser un cambio sin precedente. No sé si todos lo valoran, yo valoro esta etapa como un punto de inflexión: si las cosas salen bien podemos tener una odontología científica en Uruguay. Hay grupos de gente que se agarraron las cosas en serio, que están con proyectos de investigación, que están estudiando todo el tiempo, que están escribiendo. Cosas que esta facultad jamás hizo. Algo que pensaba que era imposible, que hasta hace pocos años consideré imposible, era el modelo de las federales brasileras. Su modelo académico, no el modelo de enseñanza, que sigue siendo elitista. Pero el modelo de desarrollo académico de los docentes, que todos son investigadores, que para el

grado 3 tienen que tener una maestría... Hoy acá veo como ese momento, nos estamos acercando a ese momento. (116)

### La estructura de cátedras y la ausencia de investigación conjunta

También se identifica como un factor limitante la falta de concreción de la reestructura académica, planteada como una condición necesaria del cambio desde el PE 66. El tema se incorpora a la agenda del Claustro de FO a partir del año 2015 en términos de organización departamental, pero aún no se alcanzan acuerdos.<sup>67</sup> Los aspectos estructurales aparecen condicionando, de este modo, entre otros elementos, las posibilidades de investigación conjunta.

**—O el hecho de que ustedes no desarrollaran investigación conjunta. Eso te parece que fue un factor primordial.**

—Sí, creo que sí, porque cuando hablaban de formar departamentos creo que eso ayudaría a integrar y a trabajar en conjunto. Porque cada uno viene a su cátedra a cumplir el horario y se va. No hay una presencia docente más allá de la presencial con el estudiante, muy poca. Entonces la investigación y la investigación conjunta, interdisciplinar, que se va a conseguir cuando se armen los departamentos, van a hacer que se trabaje fuera de la docencia presencial y que los docentes de diferentes disciplinas puedan intercambiar y trabajar en conjunto. Si no, va a ser imposible. (117)

### Los efectos no previstos de la integración

Un componente clave de la integración han sido a lo largo de los años las llamadas “pruebas integradas” de las cuatro disciplinas que, como vimos, se transformaron en un instrumento de múltiple opción único –teórico y práctico– que evalúa cada disciplina por separado, pero debe ser aprobado globalmente para acreditar la unidad de aprendizaje. Pasados los años se admite que esta modalidad de prueba elevó los niveles de exigencia del área biológica que, por otra parte, constituyen un escalón de prematuro decisivo entre primero y segundo año de la carrera.<sup>68</sup>

**—A esta altura, ¿cómo estás visualizando la vigencia de la evaluación conjunta de las disciplinas? Aditivamente pero conjunta.**

—Está bien, aditivamente, siempre fue aditivamente.

<sup>67</sup> Propuesta de reorganización académica, Asamblea General del Claustro de la FO, 2011.

<sup>68</sup> Los estudios sobre seguimiento de las trayectorias estudiantiles realizados por la Unidad de Apoyo a la Enseñanza muestran que en los últimos años no acceden al segundo año de la carrera entre el 70 % y el 80 % de los estudiantes de ingreso (documentos internos).

**—Las pocas experiencias que se hicieron las sacaron.**

—En el mismo momento se incorporan varias disciplinas que se evalúan por separado. Había una época en que éramos un poco más cuidadosos en hacer algunas preguntas, por ejemplo una pregunta que partía de una premisa en que el conocimiento de la anatomía era importante, pero la respuesta tenía que ver con la histología. Eso lo hacíamos habitualmente. Pero se veía que esas cosas tenían una dificultad tan enorme...

**—Para un estudiante inicial.**

—Para un estudiante inicial, y por otra parte tampoco había un trabajo en clase que les permitiera venir con una idea de cómo relacionar disciplinas. Entonces se fueron sacando, a veces pongo cosas elementales. Las preguntas para las pruebas teóricas las hago yo y en todo caso las distribuyo para que alguno haga aportes. Por ejemplo, estábamos preguntando sobre ganglios nerviosos y forma celular y características de las células nerviosas, las neuronas, entonces puse: “Tal forma, tal estructura, la encontramos en tal ganglio, tal ganglio, tal ganglio”. Y uno era el ganglio de Gasser, que lo debés haber oído nombrar estando en Odontología. El ganglio de Gasser es un ganglio, punto, y es una estructura como cualquier otra, pero es un tema que desde el punto de vista anatómico lo aborda profundamente Anatomía. Y mis docentes me dicen: “No pongas cosas que corresponden a anatomía”, y yo digo: “Pero es que no corresponden a anatomía, esto es una estructura más”.

**—Claro, porque cuando conjuntás disciplinas, la dificultad es hasta para los docentes.**

—Tremendo.

**—Porque son disciplinas que si bien explican un organismo que se supone que es único, son muy diferentes como campos de conocimiento específicamente.**

—Sí. (118)

Yo por lo menos estudiaba para aprobar una disciplina, estudiaba todo el año, iba a clase, no sacaba apuntes pero estudiaba en el libro, venía a clase, y después estudiaba para dar los exámenes en forma independiente. Tenía mi tiempo, más o menos iba bastante al día, pero para dar un examen estudiaba uno o dos meses. Pero ahora el estudiante está estudiando por ejemplo en Morfofunción cuatro disciplinas en poco tiempo. Se le hace cuesta arriba. La idea es que lleve el curso al día, vaya estudiando y después tiene una semana, pero el estudiante sale de acá y no tiene más de tres o cuatro horas para estudiar. No le alcanza, para mí no le alcanza, es muy exigente. (119)

## **Experiencias de integración básico-clínica**

Como vimos, en el PE 93 se previó el desarrollo de actividades de integración entre las disciplinas básicas biológicas y las clínicas odontológicas buscando romper con la segmentación histórica entre estas dos áreas y momentos de formación. Se trata de núcleos docentes independientes, sin puntos de contacto, exceptuando el caso de las clínicas quirúrgicas que cuentan con un importante nú-

mero de docentes compartidos con la cátedra de Anatomía por sus afinidades disciplinares tradicionales.

Los conocimientos anatómicos y fisiológicos aparecen más naturalmente recuperados en la acción clínica estudiantil y docente, a diferencia de los conocimientos histológicos y bioquímicos que solo pueden actualizarse de forma indirecta. En el caso de Histología, las articulaciones más evidentes son con Patología. Su aporte a la formación clínica no remite a un criterio de aplicación directa de conocimientos sino a la formación en criterios de cuidados biológicos para una adecuada atención de la salud.



Fig. 7. Laboratorio Anexo (2024).

En forma directa, debe de ser ínfimo, estamos hablando de un porcentaje muy bajo, si no es cero. Creo que los hace conceptualizar sobre lo que están trabajando y les permite tener mejores condiciones para actuar de la mejor forma, es decir, saber qué cosas tienen que respetar. No es un conocimiento directo, sino que es un bagaje que les permite mejorar su práctica. Eso es seguro.

—¿En qué sentido?

—Por ejemplo, si te doy a ti un diente, vos lo ves como una estructura muy rígida, muy dura, prácticamente pensás que es una piedra, tu idea es que es casi una piedra. Lo más lejano de una piedra es un diente. Si yo quiero tallar con una turbina y no refrigero estoy matando los odontoblastos

y por lo tanto matando la pulpa y por lo tanto desperdiciando el diente. Es decir, hay unas condiciones de respeto para que los tejidos puedan responder adecuadamente a los tratamientos o a la salud, que hay que cuidar especialmente.

—**Sería una suerte de comprensión profunda del hecho biológico.**

—Cuando insistía con el tema de que nos habíamos biologizado tiene que ver con eso, el estudiante tiene que comprender que la biología tiene cuestiones que hay que cuidar, y que para operar bien sobre ellas... Claro, yo estaba pensando en la práctica profesional más del área del tratamiento, pero quizás en el área de la estomatología la recuperación es mucho más alta. La patología estomatológica o la estomatología, porque ahí sí todo el tema de inflamación, célula, el cómo actúan los macrófagos, cómo actúan los linfocitos... qué es una fórmula sanguínea, todas esas cosas, ahí hay una recuperación muchísimo más alta. Porque qué es una acantosis, qué es un cáncer. Si no comprendés el fenómeno del tejido y cómo se comportan los genes...

—**Para la comprensión de las básicas patológicas es fundamental.**

—Sí. Y de la misma patología. Si no manejas adecuadamente los términos de la histología difícilmente puedas leer un informe anatomopatológico. (120)

Las propuestas de integración que se proyectaron inicialmente preveían dos tipos de estrategias curriculares. Por un lado, la posibilidad de que las disciplinas básicas trabajaran sus abordajes específicos odontológicos en etapas superiores de la carrera en momentos oportunos del aprendizaje clínico. Se trató de una iniciativa básica que las disciplinas clínicas luego no demandarían y suponía una resignación de horas del tiempo clínico.

... la parte específica, ¿qué sentido tiene que la histología odontológica, o la anatomía odontológica, o la bioquímica odontológica estén tan divorciadas del tratamiento, la clínica y el preclínico? Porque un estudiante, supónete, en técnica operatoria, si está viendo el paciente, qué bueno que ya lo ve anatómicamente, ya lo ve todo, lo integra realmente. Porque como que integra algo que no le damos integrado, que supuestamente lo integra él, pero divorciado de lo que él tiene que hacer. Por lo menos, diríamos, si quiere continuar, que haya niveles distintos de profundización. Entonces, que se den nociones generales a nivel de primero para que no se pierdan, que puedan entrar al preclínico, y que la profundización del conocimiento se dé en los momentos adecuados. (121)

Yo había presentado cuando empecé un proyecto de integración de Anatomía en diferentes años, dejando primer año como una cosa muy conceptual, y poniendo los detalles en diferentes años trabajando. No tuvo andamiaje, obviamente, porque también se da el problema de los tiempos, ¿dónde vas a hacer esto?, ¿en qué horario? Pero la cátedra estaba dispuesta a hacerlo, a romper su día de cátedra, porque al integrarte de esa manera un día ibas a trabajar los viernes, los miércoles, ibas a estar en función de la clínica. Pero las clínicas también tienen sus estructuras, entonces eso nunca funcionó y siempre hemos quedado a me ofrecés participar o no me ofrecés participar.

—¿Hubo demandas de las clínicas?

—Muy pocas. Puntuales, esporádicas. (122)

Por otro lado, se desarrollaron experiencias innovadoras a través de proyectos financiados por la Udelar<sup>69</sup> que ponían en juego estrategias de enseñanza por problemas en la que participaron docentes básicos y clínicos y que resultaron exitosos, pero no se continuaron una vez culminado el financiamiento externo.

Muy poco. Nosotros tenemos un gran defecto, hay cosas que se hacen y que son buenas y con buenos resultados y mueren, no se continúan. Es una pena. Cuando hicimos algunas experiencias –porque ya no se puede decir nada más que eso, experiencias– de enseñanza por problemas fueron muy buenas. Y lo mismo con la integración básico-clínica, hacíamos con prótesis, hicimos creo que dos o tres veces, y no entiendo por qué no se siguió. Posiblemente por falta de rubro, porque era financiado como proyecto. O sea que en realidad no se avanzó.

Los avances que se lograron después retrocedieron, porque no se continuó. Hay un tema, porque son más horas docentes, de alguna manera, porque tiene lo que tiene normalmente en el curso, las horas para el área esa de Morfofunción, entre los dos primeros años, y después tendría esas horas. Pero si vos decís: esto lo trabajamos a determinado nivel y después a otro nivel estos temas –porque no es todo, es determinada temática seleccionada–, y este equipo docente se encarga de la profundización en niveles con la integración básico-clínica, y este otro equipo docente se encarga de esa otra parte. (123)

También algunos docentes básicos entendían inoportuna la integración de las disciplinas básicas en el momento del aprendizaje clínico por razones de tiempos de formación del área de Tratamiento.

Bueno, yo ahí nunca me entusiasmé demasiado con eso, capaz que también por algunas ideas que se me metieron, mi recuerdo de la enseñanza clínica es que uno ya tiene que venir a hacer determinadas cosas y el tener que explicar en ese momento por qué las hace y por qué no las hace, o por qué hace así, por qué no hace de otra manera, retarda enormemente el avance en la clínica. Yo creo que eso para mí –salvo que hablemos de clínica en otro sentido, no con el paciente digamos– la idea que el conocimiento básico es parte de lo que se necesita para entender por qué se hacen las cosas, cómo se hacen las cosas. (124)

<sup>69</sup> Proyectos “Bases cognoscitivas en la formación odontológica: incorporación de enseñanza por problemas y actividades de taller en la integración básico-clínica”; “Integración básico-clínica: modalidad de enseñanza por problemas”, aplicados a las áreas de cirugía y de prostodoncia. Financiados por la CSE-Udelar en la línea de Innovaciones Educativas en los años 2000 (Informe de Evaluación Institucional FO, 2008).

No obstante, se reconoce que los cursos básicos destinan muy poco espacio a la construcción del “sentido clínico” de aquellos conocimientos que admiten una perspectiva aplicada, también por razones de falta de tiempo y de escaso efecto en la motivación.

Aparentemente acá aparecen otros problemas, que nosotros enseñamos posiblemente las bases pero no enseñamos en qué se va a usar cada uno de los conocimientos; después está el problema de los docentes de las clínicas que tienen una formación básica diferente a los estudiantes, o por edad, o por... Entonces a veces las ideas que transmiten básicas, como fundamentos clínicos pueden o no ser adecuadas, pueden ser iguales o diferentes de lo que los muchachos aprendieron.

Uno de los problemas de los manejos de los tiempos que hay en Bases Biológicas es qué tiempo se dedica a tratar los temas en la clase y qué tiempos se dedican a explicar por qué son importantes los temas de la clase. [...] Mi idea es que [...] hablar de futuro en las clases no tiene mucho sentido, que la preocupación del estudiante por lo que le van a servir las cosas no sirve mucho como motivación...

Lo que sí tratamos es de que, se supone que los que somos odontólogos sabemos qué cosas pueden ser útiles para aprender otras que vamos a necesitar o para necesitarlas directamente, o que son el fundamento de otra disciplina. Y siempre supuse que los estudiantes tienen cierta confianza en que uno va a hacer eso... (125)

De este modo, exceptuando la fisiología, actualmente la compartimentación básico-biológica y clínica se mantiene vigente. No obstante, es la anatomía la que naturalmente se recupera en la acción clínica.

Yo entiendo la situación a veces de Anatomía, porque en realidad de las básicas quizás la que más se conoce en las clínicas, la que los docentes tienen más clara, con todas las cosas que a uno pueden faltarle por no estar ejerciendo todos los días, pero es la anatomía.

—**¿Lo que tienen más actualizado?**

—Más actualizado y más incorporado es anatomía. Es en la que quizás menos necesiten un apoyo. Se olvidaron totalmente de histología y se olvidaron mucho más totalmente de bioquímica; en fisiología... en sistema estomatognático no, ahí hay bastante conocimiento fisiológico, pero en otras áreas de fisiología no. Entonces yo entendería que pudieran requerir de pronto más apoyo las clínicas de Histología o Bioquímica o de algunos sectores de la Fisiología que de Anatomía, no lo vería como una cosa rara.

—**Como saber fundante está muy actualizado, porque hay que recuperar permanentemente ese conocimiento. Como vos decís es soporte, de hecho en la práctica clínica el conocimiento anatómico se recupera permanentemente, no podés no actuar si no lo estuvieras manejando.** (126)

No obstante, Fisiología oficia en parte de disciplina integradora por su naturaleza epistémica, su ubicación primordialmente final y su enfoque de integración básico-clínica.

Nos parece que una de las grandes falencias de la carrera es la integración básico-clínica. Dos años enteros de la carrera la persona recibe información básica de moléculas, tendones... La visión nuestra es que el estudiante cada vez que estudia un conocimiento básico tiene que irse de la clase a su casa sabiendo para qué le va a servir cuando vea un paciente. Si el estudiante viene a una materia básica, estudia cinco moléculas, las aprende de memoria y no sabe para qué las está estudiando, ahí vemos una de las carencias. Lo que intentamos es que el estudiante construya su conocimiento en base a situaciones problemas, pero hacia una integración básico-clínica, que del conocimiento básico la persona diga: "Hoy aprendí esto, aprendí cómo funciona la ATM, y entiendo que esto me va a servir para entender a este paciente". Vemos casos clínicos en las básicas que no se veían antes. [...]

**—Porque lo que yo venía comprobando con las entrevistas a los básicos biológicos y a los básicos patológicos es que el lema de la integración básico-clínica se trabaja más naturalmente, por la naturaleza de los conocimientos, en lo patológico, y ahora vos me agregás en lo fisiológico, más que en las otras materias básicas.**

—Claro, históricamente es como vos decís, yo como estudiante nunca vi un paciente en los dos años de básicas. Entonces hay temas de Morfofunción, o como se quiera llamar, que uno no entendía bien para qué los estudiaba. Ahí uno detecta el error e intenta solucionarlo en la medida de las posibilidades. Una de las cosas que intentamos solucionar nosotros es esa, desde primero y segundo año damos integración básico-clínica, sobre todo haciendo hincapié en integraciones que capaz que no ven en profundidad después en la clínica. Por ejemplo, hay una disciplina nueva en odontología, que es toda el área de la medicina del sueño, que en los países más desarrollados es una materia más, que estudia todo el tema del ronquido, la apnea del sueño, el bruxismo, etc., y que sabemos que en la carrera no está incluida, por una falencia del plan de estudios, estamos atrasados en eso. Entonces si detectamos una integración básico-clínica, desde el primer año, cuando damos fisiología de la mandíbula, etc., metemos casos clínicos de medicina del sueño y toda la parte de cómo la fisiología te ayuda a entender a esos pacientes. No tenemos tiempo para integrar todo, pero sabemos que el estudiante recibe mucha información de los dientes, por ejemplo, en la clínica, o sea que capaz que no hacemos tanto hincapié en cosas de las que sabemos que van a tener mil horas. (127)

## 11. Formación básica y clínica patológica

El eje de Patología se ocupa de las enfermedades sistémicas que pueden manifestarse en la boca y de las enfermedades bucales, vinculadas especialmente con hábitos, que pueden llegar a involucrar riesgo de vida. Complementa así el diagnóstico patológico de las alteraciones más prevalentes<sup>70</sup> del sistema estomatognático

<sup>70</sup> Caries dental, paradenciopatías, bruxismo, trastornos temporomandibulares (PE 11).

del que es responsable el área de Tratamiento, que analizaremos posteriormente.

Tenés muchas enfermedades sistémicas que a veces hacen la primera manifestación en la boca, la primera manifestación de la enfermedad es a nivel de la boca.

**—Pero el origen de la enfermedad está en otro lado.**

—Es en otro lado. Por ejemplo, de repente vos empezás con unas lesiones a nivel de la mucosa de ampollas y es una enfermedad mayor que es el pénfigo, que es mortal. O lesiones de liquen o una metástasis. Tenemos pacientes a los que les aparece una lesión en la boca y es una metástasis de un tumor de riñón o de próstata o de un cáncer de mama. Y también tenés expresión de toda la patología. La patología maligna es la menos frecuente, pero cada vez vemos más pacientes con cáncer de boca que es fundamental diagnosticar en un estadio temprano.

**—Ahí el origen es local.**

—El origen es en la propia cavidad bucal, son primarios de ahí, de cabeza y cuello, pero si el odontólogo no los diagnostica a tiempo eso va en el pronóstico de vida del paciente. Todos los cánceres de boca diagnosticados en la etapa inicial son curables, pero si el paciente ya tiene una adenopatía... hay que sacar la lengua, hacer un vaciamiento ganglionar o sacar un pedazo de una mandíbula.

Sí, pero se ve bastante patología, o lesiones inflamatorias crónicas vinculadas a problemas sistémicos, y después toda la patología vinculada a los hábitos, al tabaco, al alcohol, a las drogas. Hemos visto pacientes que se refriegan por las mucosas lo que les sobra de la cocaína, la destrucción que provoca eso. Hay un seguimiento. Y después todas las lesiones que tienen repercusión mucosa y cutánea. (128)

Se trata de este modo de un componente clásico de formación, esencial desde el punto de vista de la evaluación del proceso de salud y enfermedad, que articula los conocimientos de las bases biológicas generales de un organismo en salud con los procesos de cambio patológico que se manifiestan en el sistema estomatognático.

La patología es fundamental para que vos conozcas la salud de tu paciente y evaluar todas las enfermedades. (129)

Constituye el componente de mayor integración básico-clínica del currículo, especialmente la Anatomía Patológica, en la medida en que se ocupa de un conocimiento naturalmente interdisciplinario en tanto analiza al paciente de forma plenamente integral, incluyendo el conocimiento médico de carácter más holístico.

El conocimiento mucho más interdisciplinario, el conocimiento médico, el conocimiento de la expresión clínica de la enfermedad, de la imagen radiográfica que tiene esa enfermedad. En cambio ellos no sabiendo anatomía patológica pueden hacer, porque abarcan el aspecto clínico de la patología, van a conocer la radiología, pero anatomía patológica muy poco, porque es muy específico.

—**Ustedes de hecho son el área...**

—... más médica.

—**Y en ese sentido el área quizás más básico-clínica.**

—Sí.

—**Son quizás los que integran más fuertemente lo básico con lo clínico. Porque lo básico biológico no se integra en nada, las Bases Biológicas. Me parece que ustedes son los que tienen la integración más clara, es lo que he captado hasta ahora.**

—Sí. Por ejemplo cuando vamos a una enfermedad, la expresión más general del trastorno, el edema, por ejemplo, decís qué es un edema, cómo se da un edema, qué desequilibrio hubo entre lo interno de la célula y el medio para que el líquido salga y se haga una hinchazón, una tumefacción. Siempre das lo general pero lo aplicás inmediatamente a la clínica, porque es la forma en que lo podés aprender mejor, que no es solo la teoría. Decís: ¿cómo se ve un edema clínicamente? El tegumento está enrojecido, está blando, tiene el signo de Godet, que apretás y queda hundido, eso quiere decir que hay un edema. ¿Por qué pasa esto biológicamente, el líquido? Siempre hacés la conexión con la clínica, naturalmente. Lo tenés tan enraizado que no te das cuenta. (130)

La perspectiva integral del abordaje patológico aparece más preponderante aún que en el área de Tratamiento desde el punto de vista diagnóstico.

Creo que lo que tiene en esta área de la Patología es que ves al paciente como el centro del estudio.

—**Unitariamente.**

—Claro, no como en las operatorias, que veo las caries de este tipo en este año, después veré las caries de otro tipo en otro año y cómo reconstruyo acá según la complejidad del diente y de la caries. Acá estás viendo al paciente uno, que podrá tener una patología sencilla, de mediana complejidad o de alta complejidad. Lo ves como una unidad. Por más que nosotros por ejemplo participamos en el teórico, en el teórico analizás los casos, ellos los están viendo en la clínica y les da una visión de la patología mucho más integrada, más única, que no vemos en Patología. Porque el paciente, por más que acuda en el primer semestre o en el segundo, si acude con una patología en el segundo semestre la vas a aprender ahí porque te la van a enseñar, vas a estudiar al paciente integralmente, y no conocerás el nombre, pero lo analizás igual en ese momento del curso. (131)

Esta característica del área estimula el desarrollo de una

competencia general de manejo integral y multiprofesional del paciente.

En el área de patología creo que lo que más aprenden es el manejo del paciente y el manejo interdisciplinario. El manejo del paciente desde un punto de vista general, porque lo estás viendo no porque le vas a restaurar una caries, este tipo de restauración, es el paciente que viene con lo que viene, no los elijo con la caries determinada para hacer la amalgama, la resina. Entonces lo ves de una forma más integral y hacés un manejo más médico del paciente, porque lo abordás desde todo punto de vista. Además abordás la interdisciplina, en el sentido de que tenés que conectarte con el cirujano o con el médico o con el oncólogo, te da ese manejo más...

**—Te da la oportunidad interdisciplinar.**

—Sí, porque ahí tenés una patología y tenés que hablar con el oncólogo porque el paciente está en radioterapia y le apareció algo que no se vio y no se previó, o el paciente que va a ser operado, o el paciente que por otra intervención tiene que ver algo en la boca.

**—Incluso más interdisciplinar desde lo profesional, más multiprofesional. Netamente, aquí se ve claramente.**

—Sí, porque tenés que hacer la interconsulta con el médico, porque de repente tal medicación que le está dando para hipertensión le provocó un agrandamiento de las encías, pero vos como odontólogo no le vas a cambiar el antihipertensivo, tenés que hacer la interconsulta, saber dirigirte a otro profesional, ver al paciente con el otro profesional, para poder decir “eso puede estar relacionado con esta medicación, ¿se podrá cambiar?”. Eso lo va a hacer el médico, no vos. Te da ese movimiento, aprendés eso.

**—Es que es el área más médica.**

—Es el área más médica de la odontología. Tenés que conocer del área médica. (132)

## Selección y organización curricular

El área disciplinar se configura curricularmente a la vez como formación básica y clínica, integrándose a partir del PE 93 con el andarivel de cirugía del área Clínico-Profesional o de Tratamiento. De este modo, constituye un eje curricular que interviene primero de forma específica en segundo y tercer año –como en los planes antecedentes– y luego de forma integrada entre tercero y quinto, ocupando actualmente la patología básica el 9 % del currículum, debido a la ampliación de las áreas de formación.<sup>71</sup>

<sup>71</sup> En los planes 1966, 1993 y 2001 se ubicaba en el entorno del 12 %.

**Tabla 11: Área de Formación Patológica e integración al eje de Cirugía**

	2.º año	3.º año	4.º año	5.º año
Área Patología	Patologías básicas	Patologías Básicas y Clínicas		
Área Clínico-Profesional		Clínicas Quirúrgicas		

La integración curricular con Cirugía constituye la principal innovación curricular del área, identificándose como un núcleo académico que ha realizado importantes esfuerzos de trabajo multidisciplinario intra y extraárea. Desde los años noventa ha concretado formas avanzadas de planificación, enseñanza y evaluación conjunta, con mayores o menores alcances a lo largo de los años, por lo que la contextualización curricular, consecuentemente, ha sido una clave del desarrollo pedagógico del área.

Sí, damos la clase en forma conjunta, y con los de Quirúrgica también.

—**O sea que la integración está dada además por la clase conjunta.**

—Por la clase conjunta. En los cursos de Patología y en los cursos de Cirugía, principalmente en [quinto], que tiene toda la parte de tumores, vamos nosotros a las clases, damos el teórico en forma conjunta, y alguna de Patología del doctor Scardovi, que es la de cuarto año de facultad, que tenemos algunos temas pequeños, pero también los damos en conjunto. Generalmente damos nosotros con Patología y después Cirugía da el tratamiento, pero dentro del mismo curso.

—**Ustedes dentro del área Patología en simultaneidad.**

—Sí.

—**O sea que además de la evaluación, la enseñanza conjunta.**

—Sí, por ejemplo viene Laura y nos da todo el cronograma de los teóricos, entonces podemos ver quién... Tratamos de que todos los años cambie la gente que da los teóricos, para no dar siempre los mismos, entonces coordinás con el docente de la clínica y nosotros y armamos un único teórico.

—**O sea que ahí la secuencia temática y el engarce de disciplinas es casi pleno.**

—Sí. [...] lo damos nosotros y lo dan ellos, lo damos a la vez, abarcamos el tema desde las distintas disciplinas. (133)

La secuencia de formación se organiza de lo patológico general a lo particular odontológico y de los fundamentos fisiológicos y morfológicos básicos a los conocimientos aplicados a la clínica odon-

tológica, en sucesivos niveles de profundización y complejización diagnóstica.

**Tabla 12: Secuencia curricular, disciplinas y tipos de prácticas del área Patología**

Ubicación Unidad curricular	Sem. 3 Patología 1	Sem. 4 Patología 2	Sem. 5 Clínica Patológica 3	Sem. 6 Clínica Patológica 4 A y B (en paralelo)	
<b>Temática curricular</b>	Normas de bioseguridad destinadas al control de la transmisión de infecciones en la práctica odontológica	Introducción a la historia clínica Patología general y dentaria Imagenología básica	Manejo historia clínica Reconocimiento enfermedades sistémicas Diagnóstico clínico lesiones elementales	Patología Inflamatoria, infecciosa y tumoral a nivel clínico	Microbiología de las infecciones
<b>Principales disciplinas</b>	Microbiología General y Buco Dental Fisiopatología	<b>Anatomía Patológica</b> Fisiopatología Patología y Semiología BM Radiología	<b>Patología y Semiología Buco Maxilar</b> Fisiopatología	Patología y Semiología Buco Maxilar Anatomía Patológica Radiología	Microbiología
<b>Principales prácticas</b>	Técnicas de laboratorio Procedimientos de esterilización Asistencia ámbitos clínicos	Examen microscópico Análisis de casos clínicos patológicos Prácticas radiológicas generales	Clínica diagnóstica	Clínica diagnóstica	Técnicas y pruebas de laboratorio

Fuente: Programas de cursos y entrevistas.

Con una lógica de coordinación vertical que respalda la formación clínica paralela del área de Tratamiento, se comienza capacitando al estudiante en las normas de bioseguridad destinadas al control de la transmisión de infecciones y a continuación se lo introduce en el conocimiento de la historia clínica. A la vez se inicia la formación en la patología básica general y dentaria, complementada con una capacitación general en radiología. En una instancia posterior se aprende el manejo práctico de la historia clínica y el diagnóstico de las lesiones elementales y las enfermedades sistémicas para abordar luego la mayor complejidad patológica inflamatoria, infecciosa y tumoral. Cierra el proceso la profundización en los fundamentos microbiológicos de las patologías bucales más complejas (tabla 12).

La extensión y la profundidad del conocimiento se considera la adecuada, si bien se incluye en relación con otras universidades de la región, contenidos de posgrado.

Creo que está bien así, porque no vas a profundizar en una enfermedad en la que el odontólogo tiene muy poca participación; a veces sí en el diagnóstico inicial, al paciente le diagnostican un linfoma por una lesión de la boca. Sabés la generalidad, cómo diagnosticarlo, cómo derivar, pero no vas al detalle del linfoma, que tiene un resorte médico. Y si lo comparo con otros programas de otras facultades en otros países, mucha de la temática nuestra es temática de posgrado, no la ven en el grado. En el grado ven lo general y los títulos de cosas que nosotros vemos en profundidad. En muchas facultades que son muy generalistas el curso de patología es muy general. (134)

### Modelos de integración curricular

La unidad específica con mayor nivel de integración interna es Patología 2 con una participación equilibrada entre las cuatro disciplinas y una secuencia de quasi simultaneidad en el impartido de los contenidos.

En Patología 2 hay una mayor integración porque tienen más actividad presencial docente-estudiante de cada una de las que participan.

#### —¿Simultánea?

—Simultánea. Hoy vienen conmigo, con Anatomía Patológica, mañana están con Fisiopatología. Con una secuencia temática, en un cronograma que el estudiante viene máximo a dos materias, a dos cátedras. Empiezan Radiología básicamente con ellos, nos incorporamos nosotros, va terminando Radiología, seguimos nosotros y se incorpora Fisiopatología, en la secuencia temporal. Pero nunca tienen las tres a la vez.

#### —Tienen dos a la vez.

—Dos a la vez.

#### —En simultaneidad de aula.

—En simultaneidad de aula, vienen un día con uno y otro día con otro en la misma semana, con una secuencia de cronograma de temática en que estamos viendo las mismas cosas.

#### —Pero no de clases conjuntas.

—No de clases conjuntas, de clase común.

#### —Pero casi simultáneas.

—Sí. Ahí hay más integración, porque en las otras la vedette es Patología y los que estamos vamos a un teórico, vamos a otro teórico, a otro teórico, pero no estamos en una clase de una hora y media de teórico. (135)

Los demás cursos tienen un modelo de disciplina central responsable con participación satelital de las restantes disciplinas. En el caso de su intervención en el eje de Cirugía se efectiviza en instancias específicas acotadas, pero con un desarrollo multidisciplinar integrado en el aula. En el transcurso de los años es la cátedra de Anatomía Patológica la que participa más activamente de la integración en actividades de seminarios, y con altibajos la cátedra de Radiología.

Hay también problema de coordinación. Pero Patología, por ejemplo, no está participando en la clínica y suplimos nosotros esa temática, porque básicamente ellos tienen 12 horas semanales, y esto es una clase de cuatro horas los lunes, los jueves, los viernes, que no son ni siquiera días de cátedra de ellos. Venían, durante años siempre vinieron, siempre una dificultad. Este año no están viniendo y lo asumimos nosotros.

—**Lo asume Anatomía Patológica.**

—Claro, porque hablás de la clínica y no queda vacía la disciplina, abordamos igual la temática.

—**Y en las evaluaciones también participan.**

—Las evaluaciones son escritas y también orales y participamos en las dos cosas, confeccionando preguntas, y en el oral estando presentes. (136)

### Articulación teoría-práctica

La relación actual entre teoría y práctica en el componente específico de formación es de 6 a 4 aproximadamente (tabla 13).

**Tabla 13: Relación entre número de horas teóricas y prácticas del área Patología**

	Horas teóricas	Horas prácticas	TOTAL
Patología 1	35	15	50
Patología 2	54	21	75
Patología 3	50	20	70
Patología 4	15 35	45 15	Módulo A 60 Módulo B 50
	189 (62 %)	116 (38 %)	305 (100 %)

Las estrategias de formación práctica son variadas, como vimos en la tabla 12, coherentes con la naturaleza sintáctica de las disciplinas y operan a modo de ejemplificaciones o aplicaciones del conocimiento teórico, con empleo de estudios de casos. Los ejercicios de

laboratorio, el análisis de la imagen y la práctica diagnóstica clínica y paraclínica son recursos fundamentales de la enseñanza en el área.

### Estrategias de razonamiento clínico patológico

Un componente esencial del proceso de aprendizaje lo constituye el desarrollo metódico del razonamiento clínico a partir de la construcción de un conocimiento básicamente taxonómico que se pone en juego en el análisis de cada caso a través de estrategias analíticas exhaustivas.

**—Si tuvieras que decir qué tipo de conocimiento es básicamente el conocimiento patológico, ¿dirías que es un conocimiento esencialmente taxonómico, clasificatorio?**

—Tiene mucho de eso, porque te hacés la cabeza cuando estás con tu paciente, ya vas viendo si son procesos inflamatorios, proceso infeccioso, si es neoplásico, si es neoplásico si es benigno o es maligno. El razonamiento.

**—Esto es así, es un razonamiento clasificatorio y de descarte: esto no, esto no, esto no.**

—El proceso intelectual que hacés para hacer un diagnóstico puede tener distintas estrategias de acuerdo a la experiencia de la persona. Una estrategia es por reconocimiento de patrones, algo aprendido, ves algo y decís “esto ya lo vi, esto es esto”. Eso te lo da la experiencia. O una estrategia más exhaustiva y de análisis: voy a mirar la historia clínica de punta a punta, analizar cada cosa, porque si tiene esta enfermedad puede ser que tenga esto, y esto puede ser expresión de aquello otro; tenés que ir analizando. Pero después con la experiencia vas saltando esas etapas, ya sabés elegir qué es lo importante para el diagnóstico. O por método deductivo, una pregunta te lleva a la otra, esa otra... vas viendo qué camino vas haciendo para llegar al diagnóstico. Eso te lo va dando la experiencia, ves una cosa y ya...

**—En el aprendizaje inicial tenés que armar una biblioteca ordenada, ¿no?**

—Claro, para poder razonar y hacer un diagnóstico, tenés que hacer un razonamiento de las cosas que vas analizando, entonces decís: si veo estas características y el paciente me dice que tiene el labio dormido, que tiene esto, ya hago mi cabeza a la patología maligna, porque eso es un signo clave de expresión de algo maligno, cuando pierde la sensibilidad o ya viene con el labio dormido. Esa secuencia de razonamiento hace que vayas viendo en qué casillero vas poniendo, por qué camino vas analizando. Si es algo maligno ya empiezo a preguntar determinadas cosas o a hacer determinados estudios. Es muy de analizar en base a grupos, a grandes clasificaciones. (137)

### Estabilidad y cambio de contenidos

Se trata de un conocimiento fuertemente estandarizado a nivel mundial y estabilizado en el tiempo que en lo esencial no ha sufrido cambios, más allá de los distintos énfasis temáticos vinculados a los cambios de enfoque en la atención odontológica.

Entonces capaz que algunas cosas, pero básicamente tiene una gran estabilidad el área de la patología en los últimos 20 años.

**—¿Hay alguna subdisciplina que haya sido más dinámica, por las razones de la producción de conocimiento y por el tipo de patología?, ¿hay alguna subdisciplina que se tuvo que transformar más que otras?**

—No, creo que no.

**—No identificás.**

—No. Ahora se estudia más la clínica por el enfoque en ese momento, era una clínica de Patología que era como la práctica de Clínica y de Cirugía. Los estudiantes en Patología iban a practicar extracciones para hacerlo en Quirúrgica, porque no se veía mucha patología. Básicamente se hacían extracciones.

**—La prevención tampoco existía.**

—No, y tampoco había un enfoque de estudiar al paciente. Porque, ¿por qué ahora es una referencia, los odontólogos ven algo que no saben y te lo mandan a la clínica de Patología? Porque se estudia más... (138)

## Tipo de enseñanza y estructura sintáctica de las disciplinas

Se desarrolla primordialmente una enseñanza concluyente, taxativa que no pone en juego la estructura sintáctica de la disciplina, configurándose un modelo que se cataloga de reproductivo, si bien se hacen esfuerzos en algunas disciplinas de estimular formatos de enseñanza activa, al modo de las Bases Biológicas.

Creo que se da como verdad. Porque no se indaga en la veracidad o en lo científico. En la enseñanza no lo veo, sí si te dedicás a la investigación, podés verificar o ver otra salida para el conocimiento de tal patología, o formas de estudio, de diagnóstico, lo que fuera. Pero a nivel de la enseñanza, es...

**—¿Es un modelo positivista? ¿Dirías que es muy positivista?**

—Sí, como que eso ya está aceptado, es así. Y en la enseñanza lo reproducimos, me parece.

**—Como que la enseñanza básica es la enseñanza de lo que ya está acordado.**

—Por supuesto.

**—Con lo cual la criticidad sobre el conocimiento no es una cuestión que interese en la enseñanza básica.**

—En la básica. La inflamación ya se sabe por qué es, una infección y la patología neoplásica oncológica.

**—No vamos a discutir eso.**

—Podés discutir algún método de tratamiento, alguna respuesta a algo, alguna cosa que decís “siempre se hizo de esta forma”, pero la concepción

de la enfermedad ya está como que es clásico, principalmente en el grado. (139)

En este marco, los textos que se manejan son manuales médicos y clasificaciones de la OMS relativamente actualizadas.

—¿Los textos se actualizan?

—Y... más o menos, tenés como biblias los textos clásicos, que son los mismos para odontología que para medicina, los tratados de la patología que se van actualizando. Tenés actualizaciones de los libros más clásicos, el [...], que es un libro de patología que usa el médico y lo usamos nosotros, que es mucho más profundo de lo que nosotros abarcamos. En medicina ven mucho más que nosotros, porque en biología celular ven muchísimo más que nosotros. Está muy relacionado. Y después están las actualizaciones a las nuevas clasificaciones, la OMS dice “los tumores se clasifican así”, ahora hay una actualización 2005 y este que no estaba acá está acá, y aquel...

—¿Cada cuánto tiempo hacen una actualización de esas?

—La del 2005 es la última que hay en base a determinada patología tumoral, hace 10 años. Y de tumores salivales, por ejemplo, hay una del 2012 o 2010. Y ahora vengo de un congreso, están viendo cuáles son las modificaciones que va a haber para el 2016. Hay temas que son más actualizados que otros, pero está muy relacionado con eso. (140)

## 12. Formación básica social

### Estatus curricular e identidad disciplinar de la odontología social

A partir del PE 11 la formación social odontológica se consolida como un fundamento esencial de la profesión por lo que pasa a formar parte del currículo de la formación básica, equiparándose a las bases biológicas y patológicas clásicas. Si bien no tiene un fortalecimiento significativo en carga horaria (tabla 14), desde el punto de vista ideológico la FO reconoce definitivamente en este nuevo proyecto de formación los contenidos sociales como un elemento estructurante, no subsidiario, del perfil profesional buscado.

Tabla 14: Tiempos de formación social, según planes de estudios

Plan de estudios	Horas pres.	% total
1993	450	9 %
2001	370	7 %
2011	400	8 %

En términos de identidad disciplinar se conceptualiza el área como una *especialidad* aún en proceso de construcción y debate epistémico, pero con una importante convergencia mundial respecto de los ejes temáticos que aglutinan la salud pública.

Es un campo de discusión, el campo de la salud y el tema de la salud pública y el abordaje de la salud de la población es un campo en discusión y construcción. Y no tiene el nivel de consolidación que tienen disciplinas y especialidades más tradicionales, no solamente en la odontología, sino tampoco de repente en la medicina. En la medicina capaz que un poco más desarrollado. (141)

El componente ideológico político le otorga una mayor complejidad al campo ya que su desarrollo depende de la evolución de las teorías y las prácticas de salud hegemónicas y emergentes en cada momento histórico y ámbito nacional.

Lo que sucede es que a su vez la salud pública se ha ido transformando. Porque como la salud pública tiene todo, teorías y prácticas, donde las prácticas son hegemónicas, están determinadas históricamente, conviven diferentes formas de práctica, sanitarias y demás, con prácticas muy antiguas y prácticas mucho más recientes. Tiene una complejidad que es un poco diferente de la que transitan las especialidades más tradicionales, por lo menos en la formación del odontólogo. (142)

En términos de orientación teórica, la odontología social en la FO estuvo inspirada desde sus orígenes en los enfoques marxistas de base materialista, ampliándose progresivamente las miradas hacia otros “determinantes de la salud” de corte étnico y de género que introducen una perspectiva a la vez cultural.

... Hay una idea de que el lugar que se ocupa en la sociedad es el que acaba determinando el estado de salud de las personas y el acceso a los servicios de salud, pensados en un modo de producción como es el capitalismo, desde esa interpretación. Y también en esa perspectiva más teórica, la idea de la historicidad de los procesos de salud-enfermedad para la interpretación de fenómenos de salud que uno ve hoy también. Eso es así. Yo lo viví también porque me formé después en la Facultad de Ciencias Sociales, sigue siendo bastante parecido a los lineamientos que la propia discusión se da en las ciencias sociales.

Pero [...] hay un aggiornamento de eso, entonces hoy también manejamos autores que tienen una tradición marxista, pero que hablan de que los fenómenos de determinación están asociados no solamente al tema de la inserción en la clase social, sino también a temas de género y de etnia, que es una lectura para América Latina particularmente. O sea que no solamente el pertenecer a una clase explica la situación de salud de una persona, bucal y general, sino también el ser mujer o ser hombre y el pertenecer o

no a una etnia. Ya no es solamente la explicación marxista más tradicional. Son relecturas del propio marxismo o relecturas que hoy se hacen desde las propias ciencias sociales. Con lo cual sí tiene una raíz en el marxismo en este sentido, y es una raíz que está asociada al desarrollo, particularmente en la década de los setenta en América Latina, de un pensamiento estratégico en salud, de un pensamiento que sostuvo esta idea sobre todo de la determinación económica. (143)

En este sentido, se trata de un área naturalmente pluriteórica e interdisciplinaria que articula una variedad de ciencias sociales y de la salud (Mitjavila y Rotondaro, 1990).

**—En Social uno vislumbra que la interdisciplina está fundamentalmente en el interjuego de las ciencias sociales, que están tratando de abordar allí ese...**

—Y siendo odontólogos, abordando esa área.

**—La mayoría no son docentes que se hayan formado además en el campo social.**

—No, se han formado en la profesión, en la carrera.

**—Ahí la interdisciplina la ves en eso y en los aportes y nexos que ustedes hacen con los otros.**

—Sí. Hemos tenido momentos en que hemos tenido por suerte en eso fuerte, que han sido momentos interesantes, como cuando hemos podido desarrollar convenios con Facultad de Ciencias Sociales y trabajaron con nosotros docentes de otras carreras. Trabajó Mariana Aguirre, trabajó Soledad Añón, trabajamos con Rodolfo Levín, que trabajaba con nosotros en reuniones de cátedra, para ajustar cosas, para comentar cosas. Hemos tenido espacios donde hemos podido articular con algunos otros docentes de otras facultades.

**—Pero desde el punto de vista del estudiante, el estudiante en este espacio aborda naturalmente un enfoque más interdisciplinario.**

—Sí, en lo teórico seguro. Pero con este proceso que pasó por un docente que es odontólogo que está leyendo eso, que no es el original, no está leyendo el original. (144)

Se trata, por otra parte, de una especialidad que por su abordaje colectivo y no individual, como el espacio clínico, se desarrolla en diálogo permanente con las demás profesiones de la salud; de este modo, es un área naturalmente situada y operando en la mutliprofesionalidad.

### Selección curricular

Desde sus inicios en la década de los sesenta la odontología social incorpora fundamentalmente los contenidos vinculados a la sa-

lud pública tradicional con un aditivo de temas sobre universidad, asignados desde el PE 2001 a la cátedra.

Uno podría decir que lo que históricamente se ha hecho en la Facultad de Odontología es tratar de desarrollar los contenidos vinculados a la salud pública tradicional.

En los procesos de formación, por la estructura de los currículos y por la formación que se hace necesaria en este diálogo con los otros profesionales y demás, podrías pensarlo en términos de especialidad con esos tres espacios básicos de formación. Lo que sucede en la facultad es que además hay depositadas en ese espacio algunas otras cosas que responden a la historia. Por ejemplo el tema de la universidad. El tema de la universidad podría ser un espacio en que fuera apropiado, como fue incluso históricamente, por el colectivo de la institución.

O sea que la cátedra de Odontología Social es un espacio académico, de desarrollo de determinadas temáticas, pero también colabora en el proceso de formación de los recursos humanos de esta facultad en diferentes aspectos. Por ejemplo, en el trabajo de la universidad. ¿Por qué puede tener que ver mucho con nuestro espacio? Porque tiene que ver con la formación de recursos humanos para la salud, y nosotros hacemos una trayectoria que termina en el perfil del odontólogo y demás. (145)

Los tres ejes que estructuran el área de formación refieren a: I) las ciencias sociales y la salud, II) la epidemiología y III) la administración y gestión de servicios de salud, en tanto tópicos clásicos de la salud pública. No obstante, se trabajan actualmente en la cátedra desde una perspectiva de salud colectiva inspirada en desarrollos teóricos brasileños que conceptualizan los problemas de salud como problemáticas sociales –no individuales o de grupo– que involucran en su resolución, con una visión democratizadora, la responsabilidad indeclinable del Estado (Blanco, 2004).

Después tomamos el concepto de *salud colectiva* de Brasil, porque es un movimiento latinoamericano, lo que se llama *medicina social* en los países de América Latina y *salud colectiva* en Brasil responde a una concepción de la salud enfocada en lo colectivo, tiene que ver con eso. En el sentido de que la salud no es un proceso individual, sino que es un proceso determinado socialmente. Y se establece un campo de acción que tiene que ver con diferentes disciplinas dentro de la sociedad, y la salud colectiva trabaja en el estudio de esos diferentes campos de acción que no tienen que ver solo con la práctica profesional, sino que tienen que ver con la práctica política, la práctica social; entonces hacen alianzas diferentes intereses y trabajan por la salud como derecho, la salud determinada socialmente, y la academia se junta con las fuerzas sociales. (146)

En términos de compromisos básicos de formación diría que el estudiante trabaje conceptos vinculados a las áreas tradicionales de la salud pública tradicional, de la cual ya tenemos crítica más avanzada con relación a eso, por eso hablamos de salud colectiva y no de salud pública, tiene que ver con un posicionamiento también ideológico particular del rol del Estado, del rol

de la sociedad civil con relación a las prácticas de salud. Nosotros tendemos a tratar de desarrollar esos espacios que son los más tradicionales de la salud pública. Y lo hacemos porque además los necesitamos para dialogar con otros profesionales de la salud y para desarrollar las prácticas en el país y con otros profesionales cuando confluimos en los servicios. Entonces hoy seguramente dentro de los espacios de Odontología Social, Medicina Preventiva y Social y demás vas a encontrar el desarrollo básico de contenidos vinculados a la salud pública. Con esta organización de conocimientos en tres grandes líneas: las ciencias sociales y la salud, la epidemiología y la administración y gestión de servicios de salud. Eso sería lo que haría a algo así como una especialidad. (147)

Se trata de contenidos consensuados por la cátedra que se abordan de forma esencialmente estandarizada a partir del logro de acuerdos colectivos sobre su selección y evaluación.

... Y desde el punto de vista de dispositivos, usamos un teórico único, todos. Subimos a la plataforma la misma bibliografía y un único teórico.

—**Cuando decís un único teórico, es que está por escrito una PPT.**

—Una PPT, está escrita y eso es lo que es para todos. Sobre eso los docentes pueden tener la variabilidad posible y creativa y todo lo que quieras, pero hay acuerdos que son esos. Y eso es producto de sentarse horas con todos los docentes para armar esos teóricos, y ese teórico no tiene el nombre de nadie, es de la cátedra. La postura de la cátedra con relación a ese tema. Y no puede haber contradicciones entre lo que trabajamos en... primero, tercero y quinto. Eso es producto del esfuerzo y del trabajo colectivo; los aportes, qué sacar, qué poner, cada año revisar y mirar los teóricos, porque hay cosas nuevas, entonces hay que incluirlas y sacar otras, lo resolvemos entre los que estamos en esa UDA en ese momento, se discute. Después puede haber cosas que no, por ejemplo, la misma imagen se pone para hablar del tema de la forma de evaluación, es la misma PPT en todas. (148)

El lema de la salud bucal como un derecho fundamental de las personas constituye un principio ideológico del currículo que, a través de sus variadas formas de abordaje en el aula, hace nuclear en el área de la Salud Colectiva de forma casi exclusiva el debate político e ideológico de la profesión durante el proceso de formación.

Hay un obstinado, si fuera una composición musical, que es “la salud es un derecho”.

—**Es un lema... Entonces, vinculado a eso, Social cumpliría un papel fundamental en formar en una visión social, política, ideológica. Intencionalmente me refiero.**

—Sí, es que la salud es un derecho es una postura, absolutamente.

En ese sentido que la salud es un derecho es dogmático, sí. Y la Carta de Derechos Humanos es el mínimo, por encima de los derechos humanos todo, por debajo nada. Los derechos humanos son la plataforma de arran-

que de lo que vamos a pensar en términos de derechos. Discutimos a partir de ahí. En ese sentido podría ser dogmático. Pero creo que han colaborado con nosotros los avances ideológicos, las posturas han ido cambiando históricamente, porque también la sociedad ha ido cambiando históricamente y la aceptación de determinados discursos parece ser más permeable en la sociedad actual y en esta coyuntura política. Hemos tenido discursos concebidos y visualizados como mucho más radicales en otros momentos históricos, porque eso está relacionado con el contexto político. Eso también es parte de la defensa de algunos principios, como puede ser el de la universidad, como puede ser el derecho a la salud. No creo que sea dogmático, es tener algunos principios. (149)

En este debate continúa siendo decisivo el papel de los organismos internacionales de la salud que han incorporado en su discurso el concepto de “determinantes sociales de la salud”, pero sin poner en cuestión las bases estructurales de la desigualdad social.

Y que la propia OMS incorpora en el discurso desde el año 2005, algo que era impensable en la década de los setenta, en una forma de apropiación sistémica de los conceptos. O sea, la apropiación de parte de un discurso en el cual lo social no puede quedar afuera por la evidencia que hay del rol que juega el pertenecer a determinados sectores económicos, pero donde finalmente no son cuestionados el origen y las causas que llevan a que esos factores sociales sean los que determinen eso. Porque la palabra *determinante* uno la asocia a que hay causas sociales que podrían explicar la situación de salud y de atención de la salud de las personas. Pero ¿cuál es la explicación de que esté distribuido de esa forma el trabajo de la sociedad o por qué las personas acaban estando insertadas? No es una discusión que se ponga en el concepto determinante social de la salud hoy en el ejemplo de la Organización Mundial de la Salud. (150)

A nivel del contexto nacional, y a pesar de los avances realizados desde el año 2005 en la construcción del SNIS, el papel del Estado sigue siendo deficitario en relación con las políticas de salud bucal. De este modo, la formación en Odontología Social, actualmente Salud Colectiva, sigue incluyendo un componente utópico como ocurre desde la década de los sesenta en que se crea la disciplina.

**—Quizás la “frustración” estuvo más ubicada en que hubo muchas expectativas desde el 2005 de que se iba a poder insertar la profesión de otra manera.**

—Cuando entramos en el 2005 tuvimos la reunión de cátedra diciendo eso: ahora todo lo que decíamos se va a poder.

... Hoy ya estamos siendo críticos, viste cuando transitás estos procesos con una especie de tolerancia, apertura, y llega un momento en que decís “no”, porque también tenés que ser crítico. Cómo podés seguir construyendo desde ese lugar cuando querés hacer con una visión crítica un proceso de construcción y que eso no sea utilizado para decir que querés destruir

cosas. Lo que pasa en Odontología es tan evidente que no hay una respuesta, que no está y no está tampoco en este período. En términos de lo asistencial y demás no se está dando respuesta, es que también tenés una especie de tensión ahí. Creo que los de medicina han tenido más satisfacciones en muchas cosas que los que estamos trabajando en la especialidad de la odontología.

En el caso de odontología es tristísimo, el desarrollo que ha tenido la odontología en el sistema es tan poco que todavía podrías estar haciendo uso perfectamente de soluciones armadas por la gente para resolver su situación de salud, totalmente desprotegida. Porque no se lo da el sistema, que para mí debería dárselo. Parto de la concepción de que la salud es integral, entonces lo que tengo que pelear es a nivel del Estado para que eso se genere. Y ahí es donde podés decir: cómo empoderar a las personas. (151)

Se trata, en suma, de un currículo básico de formación social, multitemático, dictado por odontólogos, que desde muy diversas miradas disciplinares (sociológica, política, antropológica, histórica, etc.) se condensa en tres años del currículo tratando cada vez uno de los tópicos clásicos de la especialidad. Se posiciona a su vez con una perspectiva ideológica y política explícitamente asumida, y adopta una visión prescriptiva del desarrollo profesional, aún irrealizable, ya que el ejercicio liberal continúa siendo la práctica primordial de la profesión odontológica en el Uruguay.

### La estructura sintáctica de la disciplina

La inclusión en esta área de formación de la investigación científica vinculada con la salud pública la ubica como un espacio privilegiado desde el punto de vista curricular ya que en ella se insertan de forma casi exclusiva el contenido y la discusión abierta, explícita, acerca de algunos modos de producción del conocimiento odontológico.

—[Situados] **en la Epidemiología, lo que advertía al analizar los programas, y en comparación con el resto, es que es casi el único espacio en el que se trabaja sobre la forma de producción de conocimiento en un recorte específico. Pero ningún curso de odontología, más que investigación en el inicio, [...] ahora... obligatorio, trabaja sobre lo que uno diría la estructura sintáctica de la disciplina. No se trabaja cómo se produce ni sus modos de verificación, su metodología, ni se discute el conocimiento. Lo veía como un espacio privilegiado en el que por fin el contenido esencial es ese, porque aunque estés en un recorte muy específico, que es lo epidemiológico, lo estadístico, estás hablando de la construcción de conocimiento.**

—Claro, usás el método epidemiológico. De hecho también en el primer semestre hacés una pequeña construcción, que es este proceso de elaborar un diagnóstico y dejarlo por escrito, hay algo escrito. También en primero

hay la producción del informe después de haber salido y hecho una observación y una entrevista, traducir eso en algo. (152)

## Organización curricular

La organización de la secuencia curricular es entonces esencialmente lineal ya que cada año se abordan centralmente temas específicos de la salud colectiva, relativamente autónomos, con algunos ejes de transversalidad como la bioética.

La bioética. Hay toda una discusión, hay personas que consideran que se debe desarrollar como una especialidad aparte y personas que dicen que no, porque atraviesa todo el proceso de formación y no justificaría la formación de especialistas en eso. Aunque de repente en la práctica clínica y en la necesidad por ejemplo de trabajar en los comités es necesario que haya gente que trabaje este tema. Mucho tiene que ver todo el tema de los valores, cómo desarrollar los valores, la formación humanística. El riesgo es alojar la discusión de los valores exclusivamente en un espacio de formación; eso atraviesa toda la formación y atraviesa el vínculo que se da en una clínica, no se aprende solo en la teoría en un espacio académico. Es un compromiso mucho más general, en sus inicios se alojó en ese espacio pero se necesita sí o sí que eso atravesara todo el proceso de formación. (153)

No obstante, como vimos, el elemento vertebrador de esta variedad temática es en la práctica educativa la noción de la salud como un derecho humano universal.

Yo digo: cuando trabajamos, la salud es un derecho, y la salud bucal es un derecho. Yo digo: si están perdidos, vuelvan a eso, cada vez que te pierdas y no sepas para dónde tenés que ir como docente y te preguntan, volvé a preguntar: ¿eso tiene que ver con consolidar la salud como un derecho de la persona? ¿Esa propuesta facilita, genera que la salud sea un derecho de todos? Siempre es eso, porque es un derecho de todos. Lo ponemos en primero: la salud siempre es para todos. Es fundamental. Lo que vertebra todo eso es que la salud es un derecho de todos. (154)

En función del reducido peso curricular de la disciplina y las características de un estudiantado con pocos antecedentes de formación social, se prioriza en la organización curricular el principio de extensión de contenidos sobre la profundización. Este hecho se compensa, no obstante, como veremos después, con una actividad práctica diversificada y relevante que se desarrolla de forma articulada con el Programa de Docencia-Servicio en diferentes territorios y espacios institucionales.

**—... es extensivo, pero no puede tener profundidad, entonces abarcan todo, pero son como pildoritas.**

- Sí, no tenés cómo... Son intervenciones...
- Son intervenciones temáticas para poder cubrir todo el abanico, pero ustedes son conscientes de la falta de profundización.**
- De la falta de poder profundizar en los temas, sin duda. Y tratamos de que localmente en la práctica, en el espacio de práctica concreto, eso lo pueda trabajar para esa población en ese terreno o en ese territorio. (155)

**Tabla 15: Secuencia curricular, disciplinas y tipos de prácticas en el área Salud Colectiva**

Unidades curriculares	1.º año	2.º año	5.º año
	Salud y Prevención	Salud Colectiva 1	Salud Colectiva 2
Temática curricular	Introducción al campo salud bucal colectiva	Ciencias sociales y salud Investigación epidemiológica bucodental	Administración y gestión de servicios de salud
Perspectivas disciplinares	Antropología Sociología Historia Políticas de salud Bioética Educación Odontología comunitaria	Estadística descriptiva Demografía Sociología Antropología cultural Políticas de salud Epidemiología general y bucodental Estadística aplicada Bioética	Salud pública Políticas de salud Administración de salud Salud ocupacional Odontología legal Bioética
Tipos de prácticas	Pasantía en servicios de salud: observación y reflexión de las prácticas odontológicas	Ejercicio de diagnóstico comunitario Ejercicio de investigación epidemiológica	Trabajo monográfico

### La secuencia de enseñanza: relación teoría-práctica

El área de formación de la Salud Colectiva presenta una relación teoría-práctica cercana a 8/2, con prácticas que se concentran en el desarrollo de capacidades de diagnóstico institucional y comunitario, en la ejercitación de la indagación epidemiológica y la realización de un trabajo monográfico final vinculado con los procesos de gestión de los servicios odontológicos.

**Tabla 16: Relación entre número de horas teóricas y prácticas en Salud Colectiva**

	Horas teóricas y teórico-prácticas	Horas de prácticas	TOTAL
Salud y Prevención	48 + 24	8	80
Salud Colectiva 1	40 + 40	40	120
Salud Colectiva 2	40 + 40	20	100
	128+ 104 (77 %)	68 (23 %)	300 (100 %)

Estas prácticas fuertemente articuladas con la teoría se buscan complementar y potenciar a su vez con las pasantías que el estudiante desarrolla en el marco del Programa Docencia-Servicio de forma concomitante a partir de tercer año. Por ello, de algún modo, la educación experiencial se transforma en la protagonista de la formación social en Odontología.

Hubo reducción de la presencia de la disciplina como Odontología Social, porque antes estaba en los cinco años de la carrera y después quedó en tres años y se compactaron los contenidos vinculados al tema. En ese sentido hubo una reducción, no se puede negar. Si eso generó igual una apertura, un complemento de la posibilidad de inserción del área social en el programa Docencia en Servicio y generó un espacio que suma, sí, tengo que decir que sí. Pero igual sigue siendo bastante complejo cómo articular el tema de lo social en el proceso de formación tanto en el propio espacio de Docencia en Servicio como los contenidos con lo que pasa en el resto de la facultad. (156)

### La relevancia de la formación general

Los programas de cursos en esta área dan cuenta de un especial interés en la formación de tres competencias generales básicas: I) la deliberación, la argumentación y la reflexión sobre las prácticas de salud, II) el trabajo en equipo y III) la escritura académica.

Y después creo que contribuimos específicamente también a los procesos de reflexión... La reflexión de las prácticas, la reflexión con relación a la teoría y la posibilidad de discrepar con relación al conocimiento. Porque tenemos una metodología de trabajo que se sustenta en el diálogo. Es una exposición teórica, tiene mucho de teoría en términos de que hay una exposición porque hay contenidos y demás, pero además la práctica docente tiene mucho que ver con argumentos.

#### —Es deliberativa.

—Tiene que ver, sí. Uno espera que tengan argumentos, argumentativa, deliberativa, a veces es reflexiva. Tiene que ver con que ese es el día a día del estudiante en las clases de Social. O esa es la intencionalidad de la propuesta.

**—Que es propia de las ciencias sociales.**

—Y que también es donde ves el quehacer docente distinto, porque no es un docente de clínica, es un docente de teoría y de trabajo con contenidos más vinculados a lo social, hay espacios donde se puede discrepar en algunas cosas. Hay un espacio más para eso otro, para concebir que hay diferentes teorías y que las distintas teorías...

**—Son pequeñas prácticas.**

—Son pequeñas prácticas y elaboración de informes, y además el estímulo al trabajo grupal, que es lo otro. Para nosotros es una competencia que tratamos de desarrollar, que es el trabajo con el otro. Si bien tienen un sistema de calificación individual, tienen las instancias de los parciales, el resto de las cosas son todas grupales, trabajar con el otro. Es una competencia que en muchos casos no se desarrolla en facultad, esto de que la producción no es solo mía, es de uno y de otro. (157)

Los estudiantes valoran el espacio de formación particularmente por las oportunidades de aprendizaje de la comunicación oral y escrita de carácter académico, aunque no es clara la relevancia que le atribuyen a estas competencias para el ejercicio profesional.

Ahí está, y capaz que no hay detrás una participación con lectura, porque para ser crítico hay que leer, y cuando vos criticás sin leer nada decís bolazos. Igual van aprendiendo con nosotros que decir algo que no está sustentado por la literatura no es forma de criticar. Eso sí que es construcción de conocimiento.

**—¿Ellos les plantean en algún momento que en los otros espacios eso no sucede?**

—Dicen que es distinto, que es la única materia en la que escriben, en las demás no escriben, y es una materia en la que se expresan oralmente; dicen “es un lugar donde tienen que hacer las pruebas escritas”, que les cuesta además, les cuesta escribir y expresar oralmente un concepto. No sé si sienten que les aporta, reconocen ese espacio, pero no sé si piensan que un odontólogo tiene que tener esas cualidades. (158)

## **Dificultades de articulación con otras áreas de formación**

La demanda de formación de otras áreas del currículum a la cátedra de Odontología Social se advierte fundamentalmente instrumental, requiriéndose aportes puntuales que no logran amalgamarse con los contenidos de las otras disciplinas ni trabajar de forma conjunta entre los docentes. Por otra parte, ciertos contenidos que resultan transversales a todas las áreas del currículum se depositan solo en el área Social. En contrapartida, existen momentos de la formación en que el contenido social resulta imprescindible, pero no se requiere debido a la pervivencia de la concepción tradicional biológico-clínica.

Porque puede tener un carácter más instrumental para la clínica, entonces el de la clínica está interesado en eso. Siempre es algo entre lo hegemónico y lo no hegemónico. Si en la clínica se dan cuenta de que es necesario, entonces dicen “esto me puede interesar”.

Nuestras intervenciones hoy con el tema más de bioética son puntuales, nos asignan un horario, un día, vamos, estamos en el espacio de formación, se van los otros docentes y damos nosotros y tenemos a los estudiantes. O sea, no hay una apropiación tampoco en esos espacios de formación del interés de discutir esas cosas con sus propios docentes. Que tiene que ver muchas veces también con la cantidad de horas que tienen los otros docentes, con la formación. Para dialogar es necesario que haya dos personas.

Esa puede ser una forma de vincularse. Con el tema de educación y promoción, que sería otro ámbito que se traduce en una práctica más concreta de aterrizaje de los contenidos de las ciencias sociales, “que se encargue social”, cuando en realidad el proceso educativo también se da en la clínica. Es algo que queda en la discusión propia de la disciplina que desarrolla el trabajo en la clínica. Hay una sensación de “no necesito al otro”, no hay ese diálogo...

Hay un espacio de reflexión que tiene que ver con lo social y con la concepción, que en Patología no está, de qué es una entrevista. No es hacer una historia clínica, es una entrevista que generará un vínculo con el paciente y en que se pone en juego lo vincular. Y se pone en juego lo vincular no solamente en una instancia entre el paciente y el estudiante, sino entre el docente con el estudiante, porque en realidad el estudiante con el paciente tiende a reproducir el vínculo que él tiene con el docente.

El concepto de equidad, de justicia social es algo que tiene que estar en todos los procesos de formación y no estar anclado en un espacio. (159)

En suma, si bien el avance del conocimiento social en la carrera a partir del PE 93 ha sido muy notorio, resulta difícil aún su integración efectiva con las áreas clásicas y hegemónicas del currículo en algunas temáticas que resultan relevantes desde el punto de vista de la calidad y la consistencia de la formación.

### **13. Formación clínico-profesional**

#### **Arquitectura general de la formación clínica**

Esta área de formación tradicional de la odontología se compone actualmente de dos grandes campos de intervención diferenciados por perfiles etarios: atención del adulto y atención del niño y el adolescente. La atención del adulto es longitudinal a toda la formación y la segunda se circunscribe actualmente al último año de la carrera. La principal actividad de formación del área la constituye el dispositivo pedagógico de formación clínica, a modo de práctica profesional controlada, precedida de una formación técnica inicial.

La estructura curricular del área se compone de un núcleo inicial de disciplinas técnicas que preparan para la actividad clínica restauradora y prostodóncica en sentido amplio; actividad que comienza en el segundo año y recorre toda la carrera hasta el quinto año con clínicas integradas por varias subdisciplinas y con participación conjunta de docentes especialistas. A ello se agrega, como vimos, el eje clínico de tres años de integración patológico-clínico a nivel de las cirugías, cerrando la carrera las clínicas de niños y adolescentes, con atención integral en el caso de Odontopediatría y con atención especializada en el caso de Ortopedia y Ortodoncia (tabla 17).

**Tabla 17: Área de Formación Clínico-Profesional o Tratamiento**

1.er año	2.º año	3.er año	4.º año	5.º año
	Disciplinas técnicas			
		Clínicas especializadas		Temas especializados de clínica integrada
	Clínicas integradas del adulto (integración entre disciplinas clínicas)			
		Clínicas quirúrgicas (integración patología-clínica)		
				Clínicas niños y adolescentes (atención integral y especializada)

El volumen de horas de cursos obligatorios del área de Tratamiento alcanza por plan de estudios el 45 % de la carga total de la carrera (créditos). Más de la mitad de los créditos refieren a experiencias clínicas integradas (53 %), un 26 % a clínicas especializadas y un 21 % a la formación técnica inicial (tabla 18).

**Tabla 18: Número y porcentaje de créditos por tipos de formación**

Tipo de formación	Número de créditos	
Técnica	47	(21 %)
Clínica Integrada Adultos	63	(28,5 %)
Clínica Quirúrgica con Integración Patológica	39	(17,5 %)
Clínica Pediátrica Integral	15	(7 %)
Clínicas Especializadas	58	(26 %)
Total	222	(100 %)

Si el análisis se realiza en relación con las horas presenciales de cursos, la planificación curricular previó no superar las 4.000 horas (Udelar-FO, 2012), no obstante, la implementación actual alcanza las 4.647 horas lectivas, de acuerdo a los programas de cursos, 48 % de las cuales corresponden al área de Tratamiento (tabla 19). El diagnóstico de situación que realiza la Comisión Académica de Carreras advierte aún de una mayor carga horaria efectiva por estudiante debido a las rotaciones clínicas.<sup>72</sup> La relación teoría-práctica del área de Tratamiento se ubica en el entorno de 2 a 8 (tabla 19).

Los docentes de clínica son mayoritariamente profesionales que cuentan con una carga horaria promedio por debajo de las 20 horas semanales, por lo que su dedicación está destinada prioritariamente a la enseñanza (Udelar-FO, 2017).<sup>73</sup>

<sup>72</sup> Se habilita al estudiante a realizar horas adicionales de trabajo clínico en horarios alternativos para completar su aprendizaje por dificultades de muy diversa índole. El reglamento curricular solo habilita esta posibilidad ante situaciones de pérdida de clase por razones institucionales (paros, congresos, etc.).

<sup>73</sup> Sistematización de datos elaborada por la doctora Mariana Seoane con motivo de la elaboración del Informe de Autoevaluación Institucional 2017.

**Tabla 19: Relación entre número de horas teóricas y prácticas - modalidades**

**Área de Tratamiento**

Unidad curricular	Horas teóricas	Horas prácticas	Modalidad	Total
Materiales Dentales 1	25	45	Técnica	70
Materiales Dentales 2	25	45	Técnica	70
Tratamiento de las Enfermedades más Prevalentes 1	20	100	Técnica	120
Prostodoncia y Oclusión	23	135	Técnica	158
<b>Clínica Integrada Adultos 1</b>	0	48	Clínica	48
Farmacología y Terapéutica		60	Teórico-práctico	60
Clínica Tratamiento Edentación 1	24	116	Clínica T-P	140
Tratamiento de las Enfermedades más Prevalentes 2	20	120	Clínica T-P	140
<b>Clínica Integrada Adultos 2</b>				
Odontología Restauradora Clínica Integrada Adultos 3	20	140	Clínica T-P	160
Clínica Tratamiento Edentación 2	40	120	Clínica T-P	160
<b>Clínica Integrada Adultos 3</b>				
Clínica Tratamiento Edentación 3	30	110	Clínica T-P	140
<b>Clínica Integrada Adultos 4</b>				
Clínica Terapéutica Periodontal	20	120	Clínica T-P	140
Clínica Terapéutica Endodóntica	26	120	Clínica T-P	146
Clínica CBMF 1	30	90	Clínica T-P	120
Clínica CBMF 2	30	110	Clínica T-P	140
Clínica CBMF 3	30	110	Clínica T-P	140
Clínica Odontopediatría	30	120	Clínica T-P	150
Clínica Ortodoncia	20	100	Clínica T-P	120
<b>Total</b>	<b>413 (19 %)</b>	<b>1.809 (81 %)</b>		<b>2.222 (100 %)</b>

### 13.1. Subárea de Atención del Adulto

#### *Selección y organización curricular general*

La atención del adulto se organiza en seis grandes ejes de formación, disciplinares e integrados, que nuclean las principales subdisciplinas clínicas: la odontología restauradora u operatoria, la endodoncia, la periodoncia, la prostodoncia y la cirugía.

Cada una de ellas se secuencia de forma lineal con un criterio de complejidad creciente según las capacidades de aprendizaje y los niveles de autonomía que van alcanzando los estudiantes en cada etapa clínica. De este modo, la coordinación longitudinal de la carrera en cada especialidad es clave.

Por otra parte, la reforma curricular previó como componente innovador primordial la organización secuenciada de prácticas a través de clínicas integradas, con teorías por especialidad, como vimos, dando lugar a un complejo entramado de soluciones organizativas que combinan la coordinación longitudinal con la coordinación transversal, especialmente en las disciplinas de Endodoncia y Periodoncia. Estas ofician como prácticas auxiliares de las subáreas Restauradora y Prostodóncica, apoyando con sus docentes las clínicas integradas de tercero, cuarto año y quinto año, además de organizar su clínica especializada. El área clínico-profesional junto con la formación profesional en servicios y comunidad constituyen la columna vertebral de la carrera alcanzando al menos el 60 % de las horas de formación (tabla 20).

**Tabla 20: Ejes curriculares disciplinares e integrados, atención del adulto. Plan de Estudios 2011**

Ejes curriculares Disciplinarios	2.º año	3.º año	4.º año	5.º año
Quirúrgico →		Cirugía Buco Máxilo Facial 1	Cirugía Buco Máxilo Facial 2	Cirugía Buco Máxilo Facial 3
Restaurador →	Tratamiento de las enfermedades más prevalentes 1	Tratamiento de las enfermedades más prevalentes 2	Odontología Restauradora	
Prostodoncia →	Introducción a la Prostodoncia y Oclusión	Tratamiento de la Edentación 1	Tratamiento de la Edentación 2	Tratamiento de la Edentación 3
Periodontal			Clínica Terapéutica Periodontal	
Endodoncia			Clínica Terapéutica Endodóntica	
Eje curricular integrado	Clínica Integrada 1	Clínica Integrada 2	Clínica Integrada 3	Clínica Integrada 4

El eje clínico integrado, por su parte, avanza del paciente sano o con mínima complejidad hacia la baja y mediana complejidad, atendiendo primero la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, para luego abordar como primeras enfermedades prevalentes las caries y las paradenciopatías, luego la afección pulpar y la prostodoncia removible, para culminar finalmente en una clínica integrada con prostodoncia fija e incluso las primeras bases de la implantología (tabla 21).

**Tabla 21: Área de Formación Clínico-Profesional: clínicas integradas, niveles de complejidad, objetivos de atención y disciplinas involucradas**

	2.º año	3.º año	4.º año	5.º año
<b>Eje clínico integrado</b>	Clínica Integrada Adultos 1	Clínica Integrada Adultos 2	Clínica Integrada Adultos 3	Clínica Integrada Adultos 4
<b>Niveles de complejidad atención</b>	Pacientes sanos, con lesiones dentarias o paradanciales incipientes	Pacientes con lesiones cariosas y paradanciales incipientes y de mediana complejidad, sin afectación pulpar y dentición completa	Pacientes con edentación total o parcial, lesiones cariosas, con afectación pulpar y lesiones paradanciales de mediana y alta complejidad	Pacientes con edentación parcial, con o sin TTM de baja complejidad.
<b>Objetivos atención</b>	Promoción de la salud, prevención, control infección y acciones de mantenimiento	Primer nivel más tratamiento gingivitis, restauraciones plásticas, avulsión simple y ortodoncia interceptiva	Tratamiento periodontitis, del órgano dentinopulpar y su restauración, tratamiento protésico removible	Tratamiento a través de prótesis fija y fija combinada con parcial.
<b>Disciplinas intervinientes<sup>74</sup></b>	Operatoria Prostodoncia	Operatoria Endodoncia Periodoncia	Operatoria Endodoncia Periodoncia Prostodoncia Parcial Removible	Rehabilitación Prostodoncia Fija y TTM Endodoncia
<b>Estrategias de integración</b>	Dos disciplinas responsables que comparten el espacio clínico	Una disciplina responsable con docentes referentes de las otras disciplinas	Dos disciplinas responsables con clínicas propias y docentes referentes de las disciplinas anexas	Una disciplina responsable que realiza la atención integral con referentes de una disciplina anexa

Fuente: Plan de Estudios 2011 y entrevistas, elaboración propia.

<sup>74</sup> Se destacan en negrita las disciplinas responsables de cada clínica.

### *La genealogía de las subdisciplinas y las nuevas formas de interdisciplina*

La evolución histórica de las subdisciplinas ubica en los orígenes de la profesión a la cirugía dental, como odontología extraccionista, a la que luego se le suma la operatoria dental hacia el siglo XVII como odontología restauradora, para luego desgajarse ya en el siglo XX nuevas especialidades de la operatoria, la endodoncia y la prostodoncia (Murgel et al., 2007).

... porque el nombre *operatoria dental* surge en el siglo XVII, cuando las prácticas de la odontología eran absolutamente rudimentarias. Pero cuando se empezó a ver que se podía intervenir sobre algunas estructuras dentarias duras sin tener que extraer los dientes... Hasta ese momento estaban los cirujanos odontólogos. De hecho, el primer libro que compendia los conocimientos a la época de odontología, que es posterior a esto que te estoy diciendo, que es el de Pierre Fauchard, el famoso odontólogo, se llama *Le chirurgien dentiste*, el cirujano dental. Compendia todos los conocimientos, compila en un libro de 800 páginas todas las técnicas y las posibilidades terapéuticas de la odontología en ese momento. Pero hasta ese momento todo era muy prácticón. Entonces había habido alguna publicación de algún llamado dentista, que eran médicos que se especializaban en la boca, de un siglo anterior, y que trataron de diferenciar al cirujano que hacía extracciones, los famosos cirujanos de bata corta, y había cirujanos de bata larga, que eran para el resto del cuerpo, por eso me resisto a los médicos. Y varios autores coincidieron en llamarle *operatoria dental* a operar dentro de los dientes. Y eso quedó, *operatoria dental*, *dentística operatória* la llaman en los textos y publicaciones de habla portuguesa. Hay un famoso libro de un italiano traducido al inglés como *The operator for the teeth*.

Ese nombre ha perdurado a través de la historia. Pero evidentemente la disciplina es mucho más que operar sobre los dientes. Como todo ha pasado, se ha complejizado todo. Antes la endodoncia no existía, formaba parte de la operatoria dental, se escindió en la década de los sesenta y se desarrolló de forma importante. Y la prostodoncia, la prostodoncia es operatoria. Pero se le ha dado en llamar desde hace un tiempo *odontología restauradora*, que tampoco se ajusta a la realidad, porque la mejor odontología es la que no restaura, entonces hay muchos procedimientos que hacemos en odontología restauradora que no son restauradores, por eso tampoco el nombre *odontología restauradora* agota la disciplina. (160)

Actualmente constituyen áreas de especialidades diferenciadas, pero con demarcaciones relativamente lábiles. Unas cumpliendo funciones prerrestauradoras y otras restauradoras y en razón de los avances tecnológicos recientes, reconfigurándose en nuevas formas de interdisciplina al interior de la profesión y con otras profesiones.

Endo y perio es prerrestaurador. La restauración o rehabilitación en un esquema terapéutico es la última etapa. El paciente se recibe, se le trata la urgencia, luego de sacarlo de la urgencia o la emergencia se le pasan a con-

trolar las enfermedades presentes, las más prevalentes, caries y paradencio-patías o enfermedades de las encías, y cuando se tienen la caries y la enfermedad de las encías controladas o eliminadas, se pasa a la rehabilitación.

Tenemos la operatoria dental, que trata la rehabilitación de las piezas dentarias concebidas individualmente, y la prostodoncia.

Si prótesis es aquel cuerpo extraño que entra al organismo, que viene de un laboratorio y se integra, una corona sobre la raíz de un diente es una prótesis coronaria individual. Es decir que uno en la operatoria de cuarto sería la restitución de tejidos perdidos con procedimientos que llevan laboratorio. Por eso se habla de prótesis de coronas y puentes. Una corona se considera una prótesis dentaria unitaria, pero la visión desde la prótesis fija de que es una operatoria es porque los procedimientos de prótesis fija convencional se basan en el tallado de las estructuras dentarias como en operatoria, con la característica de que los pilares, que son los que sustentan la prótesis fija, deben tener un eje intraexpulsivo paralelo, de tal manera que una estructura rígida entre sin ningún problema, se asiente pasivamente. Entonces la base de la prostodoncia fija en cuanto a la realización clínica en el paciente es operatoria dental paralela, que tenga ejes de paralelismo, que permita que una estructura rígida llegue a posición. (161)

### *Secuencia de enseñanza*

La organización de la enseñanza clínica sigue esencialmente los pasos o etapas de la atención pautada por la historia clínica de la facultad, con especificidades por especialidad.

Es lo que hacemos en una historia clínica. Y tiene como base el esquema de la historia clínica común de la facultad que se tenía en ese momento. No en vano funciona bastante aceitadamente, con todos los problemas que tenemos, porque evidentemente tenemos problemas, ni hablar.

—**El programa tiene la lógica de la atención en la clínica.**

—Exacto.

—**Que la pauta la historia clínica.** (162)

La consistencia de la secuencia curricular en cada eje de formación fue particularmente fortalecida en los primeros años de transformación a través del trabajo conjunto, fuertemente coordinado, de los catedráticos de cada especialidad.

... en Operatoria podría decir que desde que estuvimos en la UNSTRAC –debido a las reuniones que tuvimos con Materiales Dentales, con los catedráticos del momento y con la facilidad que nos daba el hecho de que uno de los coordinadores generales era el catedrático de Operatoria de cuarto y de Técnica Operatoria, el actual decano, y yo que estaba en tercero– hicimos un programa que tiene vinculación. Entonces en el área de tratamiento estamos bastante lógicamente integrados.

**—Pensás que hay bastante consistencia.**

—Después operativamente cómo funciona, no sé si el grado de complejidad con que dan los conocimientos en primero en Materiales Dentales es suficiente, si en segundo se coordina exactamente con los nuestros. En un momento se hizo, con la mejor intención, y tratamos de adecuar los programas, incluso el encare de la enseñanza de los materiales dentales, de hacerlo con una visión clínica, para que los formaran en la aplicación luego en la clínica de Materiales Dentales. Me parece que eso dio resultado. Evidentemente los resultados a largo plazo se verán, no los tengo, no sé. (163)

Desde el inicio se introduce el nuevo enfoque preventivo como eje transversal de la formación clínica, en modalidad de infusión curricular, atravesando todos los programas con mayor o menor protagonismo en la vertebración de los contenidos, pero como un elemento ya indiscutido de la formación.

Posteriormente, se identifica la contribución de los avances científicos al fortalecimiento del enfoque preventivo. En primer lugar, los avances científicos y conceptuales acerca del origen o las causas de las enfermedades prevalentes. En segundo lugar, los cambios que tienen lugar en el área restauradora o rehabilitadora odontológica asociados en los últimos años a la creación de los materiales adhesivos, naturalmente menos invasivos, lo que colabora en la consolidación de esta mirada. Desaparece prácticamente del ejercicio profesional y finalmente de la enseñanza, por ejemplo, el uso de la amalgama.

Creo que hoy la odontología restauradora es evidentemente mucho más preventiva y mucho menos invasiva. Puede ser mucho menos invasiva porque aparece una nueva odontología, que es la odontología adhesiva, para la cual no precisás hacer una cavidad exacta para poner algo que tape ese agujero.

**—El cambio de los materiales dentales dio pie a poder tener un enfoque más preventivo.**

—Ahí está. Pero en realidad hay un discurso más de fondo, que es el que vale más y el que quisiéramos que primara y creo que prima muchas veces, que es el de ser mucho menos invasivo y más preventivo. Para que se vea bien claro para el de afuera, yo por ejemplo hice muchas amalgamas que hoy los egresados no hacen. Nosotros veíamos surcos marcados en un molar y ya eso nos acreditaba legalmente y estábamos convencidos de que había que hacer amalgamas preventivas. Por tanto se sentaba el paciente, venía un niño y le poníamos amalgama, era lo más usual, en los cuatro molares. Pequeñas, chiquitas, conservadoras. Y esas amalgamas por supuesto se cobraban. Después se chequeaban, y la amalgama es un material bastante noble, andaba bastante bien y estábamos convencidos de que estábamos haciendo las cosas bien. El asunto es que si hubiéramos dejado el diente quieto habría andado igual o mejor... Entonces partimos de la base de que antes de hacer una medida invasiva había que ver y estudiar los

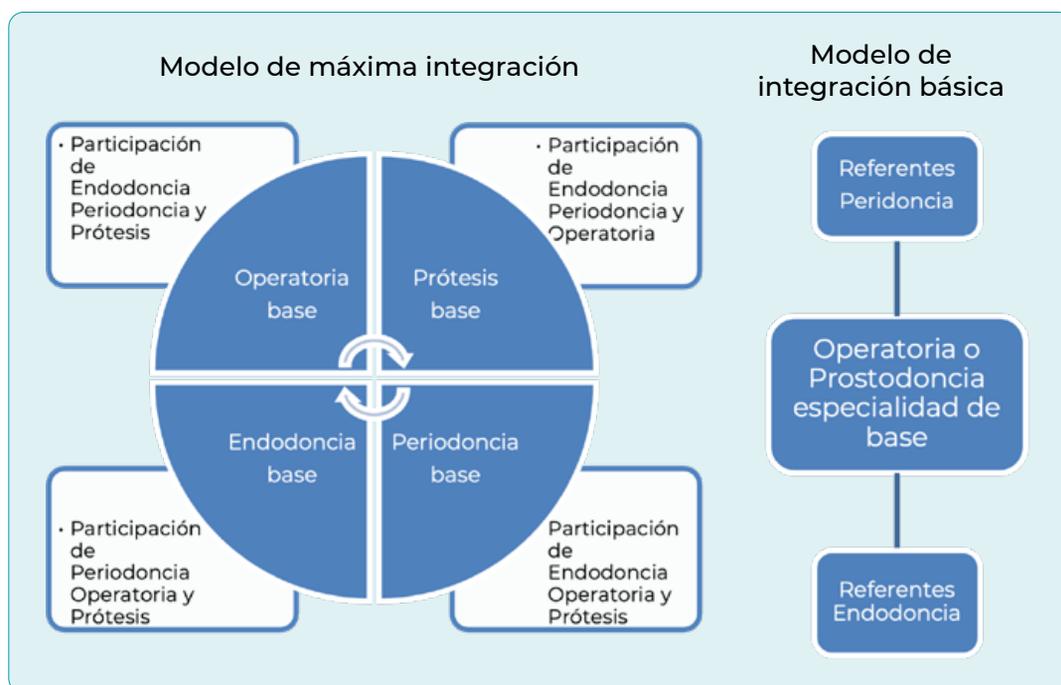
factores que eventualmente podían llevar a un proceso de enfermedad de caries. Lo que cambia es entender que la caries no es una lesión sino una enfermedad y que esa enfermedad tiene una serie de síntomas y signos y tiene todo un marco conceptual que va más allá del diente, de la boca y del paciente, va al medioambiente del paciente. (164)

**La estrategia de Clínica Integrada en la acción**

Las Clínicas Integradas del Adulto 1, 2 y 4, correspondientes a segundo, tercero y quinto año, se organizan desde el PE 93 con una cátedra-disciplina eje responsable de la actividad de enseñanza de la que participan como “volantes”, en los diferentes grupos, docentes referentes de las demás especialidades. De este modo, se define desde el inicio con claridad una unidad académica responsable y se preservan básicamente, desde el punto de vista docente, los días de funcionamiento clínico, así como un espacio básico de encuentro, de trabajo disciplinar y de cátedra.

En el caso de la Clínica Integrada 3 de cuarto año, conformada por cuatro especialidades, se buscó aplicar el modelo más avanzado de integración, fraccionando los cuerpos docentes para garantizar su intervención multidisciplinaria de forma equilibrada en los distintos turnos y horarios, sin acordar una dirección clínica única<sup>75</sup> (gráfico 2).

**Gráfico 2: Modelos de integración curricular de clínicas integradas**



<sup>75</sup> Cada catedrático dirige uno de los cuatro núcleos clínicos multidisciplinarios.

Las principales estrategias de integración docente aparecen en la historia vinculadas con el desarrollo de una planificación educativa conjunta, la realización de actividades de nivelación docente iniciales y acuerdos de funcionamiento clínico compartido.

... la integración se dio en un principio por la vía de reuniones, cursos de actualización, reuniones con los catedráticos, fijarnos estrategias, el programa común, los alcances de cada uno de los temas.

**—Hubo como una calibración allí.**

—Hubo al principio una calibración, nos reunimos muchas veces. Ahora ya está fluyendo, fluye, porque ya sabemos qué piensa cada uno de las cosas. Y trato de hacer participar cada vez más a los docentes de las disciplinas, trato de tener siempre un referente de cada una de las disciplinas al cual plantearle inquietudes y que me plantee inquietudes a mí. Siempre estamos haciendo cosas nuevas. Y trato de que todo el plantel docente de todas las disciplinas se impregne de la filosofía de la clínica integrada. Pero de hecho estamos convencidos de que tiene que ser así, no tenemos dudas.

**—No hay vuelta atrás.**

—No, no, no hay vuelta atrás. Me tendrían que decir “no les votamos más extensiones horarias a los docentes de Perio y de Endo” para que me cuestionara. Pero incluso así, creo que a esta altura, con los años transcurridos, los propios docentes de Operatoria podrían encarar la atención de forma integral.

**—Se transformaron en docentes más integrales.**

—Sí, sobre todo los cuadros más bajos. Cuando va aumentado el grado ya hay un mayor perfilamiento hacia la disciplina.

Pasa por la integración a nivel docente, una estrategia muy amistosa, eso también ayuda mucho. Si tú preguntás por allí cuál es el ambiente de la Clínica Integrada 2, no creo que nadie te diga que es un ambiente hostil, todo lo contrario. Y no es que no hayamos tenido algún problema, simplemente tratamos de solucionar todos los problemas que se suscitan. (165)

Con el transcurso de los años, la “historia clínica única” de la FO, junto con los acuerdos sobre “tipos de alta odontológica” que contravienen el mecanismo del “cuadro de trabajo”, como veremos a continuación, se transformaron en herramientas claves para la puesta en práctica del enfoque de atención integral desde los órganos de conducción curricular, aunque sus criterios de aplicación han sido difíciles de consensuar a nivel institucional.

Nosotros teníamos una historia clínica por asignatura clínica; cada asignatura tenía su historia clínica. [...] Entonces, cuando pasamos a la integración, evidentemente, era increíble la altura del expediente cuando empezamos a recabar información, historias. Porque cada una tenía su parte disciplinar muy desarrollada en la historia: Periodoncia, Ortodoncia, Cirugía... Entonces, bueno, una de las patas de este asunto tiene que ser empezar a funcionar con una historia del paciente que todos tengamos a

mano cuando lo vamos a atender, donde conste todo lo que se... Cómo vino, cómo se le fue haciendo, cómo se le vio... Bueno, fue un proceso de *años*, años llevó. Y mucha gente en contra también, ¿no? Como en otras cosas. Porque: “¿Cómo no va a estar esta hojita de... Periodoncia? ¿Cómo no va a estar esta hojita de Ortodoncia?”. Llevó muchísimo. Hoy parece mentira tener una historia clínica de la Facultad de Odontología... Hoy parece imposible. Todavía hay algunas cositas por ahí que no se integran del todo a la historia, pero fue como poner cabeza: lo primero que tenemos que integrar es la historia del paciente, si yo quiero llegar a la integración. (166)

### *Del cuadro de trabajo al abordaje integral por problemas*

El cambio del modelo de atención, como analizamos, constituye en la historia curricular de la Odontología de las últimas décadas la principal preocupación de la conducción institucional, resolviéndose a través de un abordaje por *resolución de problemas* de salud que procura organizar el aprendizaje clínico de acuerdo a la secuencia de la atención integral del paciente a cargo del estudiante y que culmina con algún nivel de alta clínica. El principio curricular organizador de cada clínica lo constituyen las propias etapas del desarrollo de la atención: la formulación del diagnóstico, el pronóstico y el plan de tratamiento para luego pasar a la resolución del problema y el control y mantenimiento de la salud.

Exacto, es en base a problemas, ya dejó de ser aquello del famoso del cuadro de trabajo, hace muchos años. Nos costó unas cuantas discusiones, pero ya hace décadas, más de una década larga, que el paciente es abordado de forma completa, por más que no se pueda resolver toda su patología en esta clínica. Se aborda en forma completa, todos los pasos iniciales, tratamiento etiológico, reevaluación y después tratamiento de las lesiones o rehabilitación del daño provocado por las enfermedades. Puede abordarse de forma completa en nuestra clínica o no, si tiene un grado de complejidad mayor o el tiempo no alcanzó para que se lo abordara en todo un año, pasa a la clínica siguiente, al año siguiente o a alguna clínica de mayor grado de complejidad, que es la clínica de cuarto año. Pero siempre por resolución de problemas. (167)

No obstante, la tensión entre el “cuadro de trabajo” y el abordaje integral de los problemas de la salud bucal emerge en el relato de los docentes como un asunto aún en controversia, no solo asociado con las dificultades estructurales de la enseñanza, sino también por la pervivencia de concepciones tradicionales que continúan condicionando, de forma más o menos explícita, la atención de la salud a las necesidades curriculares y en última instancia del aprendizaje estudiantil.

... O sea, lo del cuadro de trabajo, hoy, me sigue costando, con los compañeros, [...], cada vez menos, porque claro, hay una generación de gente cada vez más joven, ahora. Mucho menos te diría. Pero hasta hace poco el cuadro de trabajo seguía ahí. Sigue estando un poco la dependencia de si termina la prótesis para aprobar o no aprobar. Los reuní de vuelta para ver este tema de vuelta, que es la independización de la evaluación. Hubo cambios, sí, porque empezamos a tomar pacientes desdentados parciales, casi totales, como diríamos nosotros, porque tienen pocas piezas dentales, y antes, o le extraías todo y le hacías las prótesis, o quedaba afuera de la atención. (168)

Las mayores dificultades se ubican en la formación clínica de cuarto año que constituye un momento “llave” de la carrera desde el punto de vista del desarrollo de las capacidades y destrezas de mayor nivel de complejidad.

Sí, así como dijimos que tenemos un discurso, de ahí a que tengamos una asistencia integral y una atención integral a plenitud hay una brecha. Y hay una dificultad que todavía no hemos vencido. No hay un acceso y un abordaje con libertad que sea absolutamente integral. Quizás lo haga quinto y lo siga haciendo Odontopediatría, son los que hacen abordajes más integrales. De segundo a cuarto hay dificultades para hacer el abordaje integral. Por ahí hay problemas económicos, eventualmente puede haber un problema de economía, siguen perviviendo los problemas de currículo y las necesidades de aprendizaje a priori. Sigue en la cabeza algo que es a medias cierto, que se deben tener determinados aprendizajes tanto en la preclínica como en el clínico antes de egresar, si eso no está no se puede egresar. Eso lleva a que, si bien no pervive el cuadro de trabajo como existía antes, en la cabeza todavía pervive esa idea de que necesariamente hay que hacer determinadas cosas. (169)

Si bien las definiciones sobre los distintos niveles de “altas clínicas” fueron un elemento estratégico en el desarrollo de una atención con enfoque integral, no se alcanzaron acuerdos institucionales definitivos que ayudaran a orientar y supervisar la enseñanza en este ámbito.

Entonces llegar a dar las altas a veces en los pacientes es complejo, por una cuestión de tiempo y de dinero y de cosas que no se han superado, porque hasta es difícil con el mismo paciente. Recibís al paciente y le decís: “Usted va a estar acá hasta fin de año, tiene que venir todas estas sesiones y vamos a terminar”. En general eso lo puede hacer por ejemplo quinto, casualmente están Odontopediatría y [Prótesis] Fija allí, pero tiene también un estudiante más maduro, que puede generar. Pero esto se podría hacer si hibridáramos la asistencia, podríamos tener estudiantes de cuarto y quinto trabajando juntos. Y teóricamente eso lo hace en el undécimo trimestre, incluso en el décimo semestre, Docencia en Servicio tiende a hacer una atención más integral. Seguimos igual en las clínicas de segundo, tercero y cuarto. Segundo no podemos tomarlo en cuenta porque es una introduc-

ción, pero tercero y cuarto segmentan un poco, todavía sigue, y pervive una especie de cuadro de trabajo escondido.

Creo que el cuadro de trabajo deberíamos definirlo como aquellas terapias o terapéuticas que se hacen en la boca del paciente poniendo a este al servicio de una necesidad del currículo. Si ponemos el currículo aprovechando las necesidades del paciente, o sea si referís a los pacientes a los años que tienen que estar, van a venir con una patología adecuada al nivel de complejidad. Ahí hay una especie de coalescencia perfecta entre la necesidad del paciente y las supuestas necesidades curriculares como para ir avanzando. Ahí no hay problema. Pero pervive eso, como creo que tiene que hacer determinadas cosas, vamos a traer...

Todavía pervive gente que no ve el modelo integrado o se opone como inercia, porque todavía pervive en su cabeza un modelo que era desintegrado y curativo que se suponía que llevaba más a la excelencia, malentendida excelencia. (170)

Es unánime la visión de que el modelo genuinamente integral se desarrolla en la última clínica integrada de la carrera ubicada en quinto año, tanto a nivel de adultos como de niños. No obstante, los referentes de las clínicas de tercer año –integrada y por especialidad– entienden también haber alcanzado altos niveles de integración.

### *Los avances de la integración clínica en tercer año*

Por un lado, se identifica una clínica integrada con antecedentes de atención integral que a partir del nuevo plan, con una conducción catedrática joven, asume el cambio de perspectiva y avanza hacia la integración multidisciplinar en el propio espacio clínico contando con la intervención de especialidades que hasta entonces solo trabajaban en cuarto año.

En nuestra clínica –tengo que tomar siempre como referencia la clínica nuestra, porque siento que fue bastante especial– ya en la época de Turell a los estudiantes les hacíamos preparar la boca del paciente antes de empezar a trabajar en operatoria dental. Esto es, al paciente primero se le enseñaba higiene oral, se le hacía practicar la higiene oral, después se le hacía un detartraje, cada estudiante hacía detartraje de sus pacientes antes de empezar a trabajar en operatoria dental. Es decir, se preparaba la boca para la operatoria dental. ¿Qué hacemos ahora? Exactamente lo mismo. Pero hay diferencias. Los docentes de Operatoria, si bien pueden instruir a un estudiante en higiene oral, hasta incluso un detartraje, no son docentes de Periodoncia, entonces el docente de Periodoncia está más capacitado. La forma de encarar la salud oral es mucho mejor si se atienden los lineamientos de las cátedras específicas para ello.

Entonces, desde el punto de vista conceptual la cátedra nuestra ya tenía ese proceso, hoy hacemos del paciente una unidad, le damos un alta, lo tratamos como un todo. Antes, con la estructura anterior, estábamos buscando el trabajo que teníamos que indicarle al estudiante para que hiciera un

cuadro de trabajo, con lo cual se llenaban los requerimientos mínimos para que el estudiante pudiera aprobar el curso. Siempre en nuestra cátedra en el marco de una filosofía bastante más preventiva que en otras.

Entonces hay diferencias, yo creo que en lo sustancial, en el encare del abordaje del paciente, de la salud bucal completa del paciente, hay un modelo más biológico de atención. Pero desde el punto de vista operativo es más o menos igual, porque antes hasta que la boca no estuviera en correctas condiciones no lo dejábamos..., era como una pena: si no le sacás el sarro no podés empezar a trabajar en operatoria. Y si no empezás a trabajar en operatoria capaz que no llegás a terminar el cuadro de trabajo. Ellos transcurrían operacionalmente de esa manera y hacían todas las etapas.

Hoy en día pasa más por la convicción, por la evidencia científica de que el tratamiento tiene que ser este de abordarlo de forma completa, de sanarlo, de curarlo y después de curar las secuelas de las enfermedades. Creo que la participación de los docentes de las especialidades, de las disciplinas distintas tiene mucho fundamento. Porque yo puedo saber hacer detartraje, pero seguramente no lo sepa enseñar bien, y lo sepa enseñar mucho mejor un docente que está acostumbrado a hacerlo y que se ha formado en eso. Lo mismo nos pasa con Endodoncia. Antes hacíamos tratamientos conservadores pulpares, y esta clínica fundamentalmente hace tratamientos conservadores pulpares. Pero ahora los docentes de Endodoncia, con toda la evidencia científica, son los que aplican los conocimientos y la formación se hace a punto de partida de toda una conceptualización que nosotros no tenemos. Es muy positivo.

Nadie puede estar en contra del nuevo encare a partir del Plan de Estudios 93, porque es un encare mucho más biológico, más responsable en cuanto al abordaje de la enfermedad y al abordaje de las causas, etiológico de las enfermedades, y forma al estudiante en la conciencia de que primero tiene que sanar al paciente para luego limitarle el daño que ha recibido, y no al revés como hacíamos antes. (171)

Por otro lado, se observa cómo la nueva filosofía paulatinamente comienza a impactar en la clínica especializada paralela de tercer año, estableciéndose coordinaciones informales entre cursos que se plasman en acuerdos de integración curricular a nivel de movilidad de pacientes.

... En el marco de los planes nuevos, logramos hacer... una integrada entre Operatoria y Prótesis, que nadie lo sabe. Es un acuerdo de trabajo entre Operatoria y Prótesis. Que se llevó al Consejo conjuntamente, [...] estamos hablando, hace seis, cinco años. En acuerdo de trabajar integradamente, pero no simultáneamente, no fusionando. ¿Para qué paciente? Para el tipo de paciente que tiene algunas piezas dentales. Y que yo visualicé que estaban siendo atendidos por diferentes personas, a diferentes tiempos y sin aprovechar el aprendizaje correspondiente y yo estaba absorbiendo la atención del área de Operatoria... Entonces, llamé a Verdera, le mandé un borrador, nos intercambiamos, corregimos y lo mandamos como proyecto al Consejo, lo aprobó y lo implementamos y lo seguimos implementando. O sea, logramos que el mismo estudiante que estaba haciendo un curso nuestro atiende al mismo paciente en Operatoria, y en Operatoria dé prio-

ridad a las restauraciones que uno quiere que le hagan antes de hacerle la prótesis...

**—Es una integración a través de los pacientes.**

—A través de los pacientes. O sea, una coordinación, interdocente e intercatedrático. Arrancó con muchas dificultades, porque todos los compañeros no incorporan rápidamente las ideas... Un año más o menos no funcionó, el segundo tampoco, nos reunimos de vuelta con Verdera, trabajamos de vuelta con los compañeros, y yo creo que recién hace dos años que está funcionando más o menos bien.

Esos son cambios cualitativos de la cátedra, que obedecen al contexto de la facultad, pero el plan de estudio en sí lo sigue manteniendo como una estructura, porque nosotros atendemos un público muy especial, que es el adulto mayor que viene puntualmente porque le faltan todas sus piezas dentarias... (172)

No obstante, la reducción de los tiempos clínicos se señala como un costo del proceso de integración y de la creación, como vimos, de nuevas áreas de formación en el currículo.

Una de las cosas que impactaron fuertemente en la enseñanza clínica fue la integración, que por un lado es fantástica, realmente no la cambiaría en absoluto, pero por otro lado achicó o disminuyó los tiempos disponibles, por ejemplo, de materias como la nuestra, que tenía 180 horas clínicas en el Plan de Estudios 66 y que ahora tiene 140 horas contando lo teórico y contando además que está integrada con dos disciplinas más, que aportan su teórico y su práctico, su clínico. Entonces la carga horaria de Operatoria Dental pasó a la mitad. En eso también se debe ver una diferencia de destrezas en los estudiantes que llegan a cuarto, que venimos arrastrando. Esa es la dificultad que veo que tenemos de formación en destrezas de los estudiantes, y que tiene que ver con la integración que hacemos con los conocimientos técnicos y las posibilidades que tienen en técnica de formarlos. (RD/RA7)

***Cuarto año como etapa “llave” del aprendizaje clínico: problemas de concepción, condiciones de la docencia y personalidades catedráticas***

Las dificultades de organización y la resistencia al nuevo enfoque organizativo se advirtieron desde los primeros años de implementación de la experiencia. De este modo, se evolucionó en poco tiempo hacia el modelo adoptado en las restantes clínicas, con protagonismo de una disciplina y docentes referentes de cada especialidad (uno o dos por turno).

Finalmente, se fraccionó la clínica también en términos de evaluación, permitiendo a los estudiantes cursarla en dos fases, diferenciando, desde el punto de vista de los tiempos de atención,

disciplinas *prerrestauradoras* (Periodoncia y Endodoncia) de las disciplinas rehabilitadoras propiamente dichas (Operatoria Dental y Prostodoncia Removible) y no condicionando las aprobaciones de cursos y los recursados entre las unidades curriculares por razones de flexibilidad curricular (mapa curricular y reglamentación del Plan de Estudios 2011).

Hoy el dictado de la Clínica Integral retrocedió en algunas cosas, de una gran integración pasó a una integración menor, pero quedó legitimado el modelo en el sentido de que ahora nadie controvierte que tiene que haber por lo menos y como mínimo la presencia de la especialidad con opinión. También se sigue dando algún tipo de pasos pasando por encima de algún paso anterior donde debió estar la otra especialidad. Eso se sabe que es un error docente, que no es un error de planteo, que debió estar la especialidad y por alguna causa no estuvo, se saltó ese paso y se hizo una endodoncia en un pilar que no va a ser pilar, que hay que sacarlo. Eso pasa. U Operatoria hace una hermosa restauración en un diente que tampoco va a servir como pilar. O Periodoncia no estuvo opinando sobre eso ni estuvo Operatoria, porque Operatoria dice “esto es para Prótesis Parcial, yo no te lo puedo hacer”. Ese diálogo que se tiene que dar a veces no se da. Son errores de llevada a la práctica, hoy están dadas las condiciones para que eso no sea así. (173)

Si vamos a la realidad hoy, la clínica integrada de cuarto año ya se ha desintegrado por la vía de los hechos. Se fue desintegrando paulatinamente, entonces ha perdido aquella cohesión que se le quiso dar. Con la cual yo estaba de acuerdo, pensaba que era una estructura difícil de gobernar pero que era la clínica de la facultad, la odontología era esa clínica integrada, más que la clínica de tercero. Porque allí se daba el tronco, el grueso de toda la enseñanza de la odontología general. Pero creo que se trató de imponer –dicho en el mejor sentido– un modelo para el cual las cátedras no estaban preparadas. No estaban preparadas desde algunos de sus catedráticos para abajo. Quizás si las autoridades hubieran tenido otro perfil se podría haber negociado otra salida de clínicas integradas distintas, que contaran con el apoyo de los catedráticos, tan importante para llevar adelante esto. Hoy en día las pruebas están a la vista. (174)

La inexistencia de un consenso básico en los orígenes del cambio curricular se destaca como un factor determinante del “fracaso” del modelo inicial proyectado, ligado a diferencias de concepción académica, condiciones de enseñanza y de trabajo docente (bajas dedicaciones, horarios inamovibles), así como de confrontación entre figuras catedráticas que se ubicaron de forma abierta en posiciones radicalizadas.

Me parece que cuando uno quiere realizar un conglomerado docente, juntar distintas unidades docentes, tiene que contar siempre con el apoyo o el consenso de las cabezas de cátedra. La Clínica Integrada 3 no contó nunca con el consenso de las cabezas de cátedra. ¿Por qué razón? Varias razones; probablemente alguna incluso se me escape. Desde fuertes perso-

nalidades que históricamente tuvieron desencuentros, distintas formaciones académicas, distintas formas de encarar la enseñanza en cada una de sus unidades, y horizontes diferentes en cuanto a la visión de la disciplina y de la odontología. Eso lo podría resumir, lo podría explicitar. Hubo dos posiciones muy fuertes, la de la clínica integrada integrando las cuatro clínicas, con docentes que pasaban a tener horarios diversos. El ser humano, pero en particular el odontólogo, es muy estructurado y creo que el docente de odontología más todavía que el odontólogo. Entonces si un docente está acostumbrado a venir toda su vida los lunes de noche, los jueves de tarde, los miércoles de mañana, y tú de buenas a primeras le decís “el año que viene vas a venir los lunes de noche, pero los miércoles de tarde y los viernes de mañana”, ahí ya se desacomoda. Hay que pensar que algunos de ellos trabajan también en otros lugares, que son empleados en otros lugares y no pueden de ninguna manera cambiar, o les es muy difícil cambiar. Segundo, distintas estrategias de enseñanza.

Pero además porque había gente que tenía las cosas muy claras en un sentido o en otro, y otra gente que no tenía las cosas claras. Recuerdo que un docente defendió la clínica integrada de cuarto como venía, con el esquema de integrar las cuatro cátedras, dijo que le parecía un esquema fantástico, que lo iba a apoyar, y después cuando le preguntamos las necesidades que tenía dijo que tenía que duplicar el plantel docente. Eso no es serio, porque, primero, es imposible duplicar de buenas a primeras el plantel docente, por más que se haga un llamado abierto, que la gente no tenga que concursar, no encontrás gente. Y es imposible formar de buenas a primeras un plantel docente. O sea, gente que decía “sí, me encanta este esquema, fantástico, sensacional; denme 10 docentes”. Eso no era un planteamiento serio.

Por otro lado, gente que decía “esto así no va a funcionar”. Una figura muy importante de la facultad, que hoy ya no está más con nosotros, vaticinó lo que pasó, y yo no puedo decir que haya formado parte de un complot porque no lo creo capaz. Pero él fue el único que dijo “este esquema así como está no va a funcionar”. Lo llegaron a acusar en el Consejo de ponerle palos en la rueda al plan de estudios, cosas que estaban muy lejos de él. [...] Pero lo vaticinó, y evidentemente debe haber puesto lo suyo para que las cosas no fluyeran, no lo puedo asegurar ni en un sentido ni en otro, y evidentemente, si a una persona de estas características se le impone una idea de la cual no está convencida, no la va a transmitir a los demás.

Y había otros que tenían la idea de que las cosas tenían que cambiar y que iban a hacer todo lo posible por que cambiaran, pero sin juzgar y sin calificar el hecho de que la estructura fuera esa. “Vamos a hacer lo que podemos, cuenten con nosotros.” Y las cosas fueron saliendo como se pudo. Pero ese “como se pudo” lentamente empezó a decantar en “esto así no funciona”, “acá no funciona porque necesitamos más docentes, los docentes no están, no existen, no se crean los cargos suficientes, nadie quiere agarrar una extensión horaria”. La operativa también llevó a que ese funcionamiento decayera. (175)

Las formas de liderazgo y conducción de la cátedra universitaria tradicional, especialmente en el campo de la salud, aparecen en varios testimonios como un factor de gran peso –aún en la actualidad– que condicionó los procesos de cambio institucional, tanto

en términos de impulso como de freno. Si bien la transformación curricular se concibió, como vimos, asociada a una modificación de la estructura académica, en el correr de los años no se ha logrado avanzar en esta dimensión esencial que condiciona la organización de la enseñanza.

... Porque el hecho de tener una figura tan prominente también dificulta el desarrollo de los que vienen debajo. Hay una especie de inhibición propia de quien ve que la figura que tiene enfrente es muy superior académicamente, y hay también una necesidad de quien encabeza un grupo de sentir que lo encabeza él y que no hay nadie más alrededor que tenga las posibilidades de sustituirlo. Se ha dado y se sigue dando en la Facultad de Odontología hoy en día esa situación.

**—Que es propia de la estructura de cátedra, una estructura netamente piramidal.**

—Sí. Y creo además, yo no conozco otras realidades, pero me parece que es bien propia de la Facultad de Odontología. Porque hay una necesidad —creo que es una necesidad—, cierta megalomanía en algunas figuras también, que hace que todo lo que está alrededor no pueda desarrollarse de la forma en que debería desarrollarse. Me parece que sería mucho mejor para la institución que se levantara el nivel de todos los docentes de la mejor forma posible y que no hubiera grandes diferencias, como hay ahora todavía. (176)

**—Y ahí la clave entonces es el papel de los liderazgos personales de determinados individuos... en la historia.**

—En nuestra facultad, a lo largo de toda historia de la facultad es así. Y yo creo que de alguna manera sigue siendo así. Cada vez menos, pero sigue siendo así. (177)

Actualmente se plantea también un debilitamiento del perfil y permanencia en el in situ clínico de los docentes referentes de las otras disciplinas.

Me parece que en cuarto lo que falta es una visión más integral de la Clínica Integrada. Porque creo, por los comentarios —tengo contacto con docentes de varias disciplinas— que lo que está ocurriendo y que es un problema no menor es que la formación de los docentes que van a las otras clínicas como volantes es una formación sesgada. Entonces falla en la integración.

**—O falta de perspectiva integral, de atención integral.**

—Exactamente. Eso es responsabilidad de los catedráticos, si no, se transforma en un visitante, un visitante que puede dar algún consejo en alguna situación puntual, pero no es formativo para los demás ni para sí mismo. Entonces nos encontramos con docentes muy buenos que están leyendo en la biblioteca porque no tienen trabajo en la Clínica Integrada, porque nadie los llama.

**—Hay una situación de debilidad específica de algunos núcleos.**

—Exacto. Es una clínica que bien llevada adelante es muy compleja. Pero yo creo que es *la* clínica de la facultad. Debería ser; no lo es.

—**Seguís viendo cuarto año como el momento clave desde el punto de vista del desarrollo de las capacidades del odontólogo general.**

—Sí. (178)

### *La Clínica Integrada final: un cambio radical de perspectiva pedagógica*

Para la Clínica Integrada de quinto año, bajo la responsabilidad de una cátedra del área de Prostodoncia, la transformación curricular de los años noventa es un parteaguas en su historia de enseñanza, liderada por uno de los principales referentes del cambio institucional de la FO.

Sus antecedentes históricos refieren al modelo más tradicional de enseñanza de la odontología, con un enfoque netamente teórico y técnico que no habilitaba la formación a través de la atención de pacientes, sino que practicaba una enseñanza simulada, de ensayo clínico. Solo los estudiantes con mayores destrezas alcanzaban a experimentar una situación de aprendizaje auténtico.

Por nosotros muy esperado y muy a favor de esos cambios. No lo vivimos como un cimbronazo. [...] es más, tal vez por el empuje que le dio Pablo al plan, éramos permanentemente –como sigue siendo hasta hoy– precursores de empezar a poner en práctica, antes de que llegara el plan ya empezábamos a hacer, en lo que iba quedando del plan viejo, las modificaciones.

El cambio más grande que hicimos inmediatamente después de que se fue Vartan fue eliminar el técnico; nosotros teníamos un preclínico, donde no todos los estudiantes se recibían ejecutando una prótesis fija en boca, se hacía todo el proceso de construcción de la prótesis fija sobre modelos muertos... Que no van a ir a la boca, es el ensayo. En vez de tallar el diente, se tallaba en yeso el modelo, se hacía el encerado. Se tenían incorporadas todas las tareas que ahora son del técnico en laboratorio odontológico, en ese plan, en esa época... al que en el preclínico o técnico no demostraba determinadas capacidades y destrezas y no llegaba a un mínimo de calificación no se le permitía hacer un puente en boca. Entonces profundizaba en trabajos más complejos, del estilo de los que hacían en Operatoria de cuarto.

—**¿Y podían terminar y dar el examen sin tener una...?**

—Sí, con conocimientos teóricos.

—**¿Sin un tratamiento directo en paciente?**

—Sí. Por eso fue lo primero que sacamos cuando se fue Vartan. Pero en la cabeza de Vartan era entendible, se venía de la mirada de un profesional muy destacado, de la mirada mecanicista de la práctica odontológica, del artesano, y no del profesional.

—**Preciosismo.**

—Preciosismo absoluto. Era coherente con eso, las generaciones nuevas, que ya teníamos una formación, ya en nuestro plan, más prevencionista [odontología], más conservador, veíamos que era muy fuerte eso de que el estudiante siguiera así.

... Eso nos llevó a que también, sin haber entrado en la concepción de la abolición de los cuadros de trabajo, no solo incorporamos que todo estudiante hiciera prótesis fija, sino que el que la hacía bien y rápido hacía otra prótesis fija y atendía hasta el último momento. E incorporamos una visión de que fuera de la prótesis fija había mucha cosa previa que no podía estar sin tratar antes de hacer una prótesis fija. Ya empezamos a exigir la ausencia de patología. Si tenía enfermedad de encías tenían que tratarla o derivar, no podían tallar si el tema caries no estaba resuelto. En la otra visión, era buscar y hacer un puente, y capaz que en un sector de la boca había un puente muy precioso y el resto de la boca se estaba viniendo abajo. (179)

Con este marco antecedente, y en función de su ubicación curricular, la Clínica Integrada 4 aparece como la instancia de formación que con mayor naturalidad trabaja con una perspectiva de atención integral, compartida actualmente en el in situ clínico solo con docentes de Endodoncia. Los problemas periodontales ya han sido asumidos por los protésicos y las resoluciones operatorias se entienden que forman parte del saber prostodóncico.

La integración en la situación de la Clínica Integrada Adultos 4 es casi ideal, porque el estudiante nos llega con el desarrollo del conocimiento de las especialidades que cooperan a la visión integral del paciente con el grado de independencia que la tiene aprobada. Entonces no requiere, para hacer la asistencia integral, una clínica integrada por todas las especialidades. Contamos de entrada con docentes volantes que supervisaban los casos de mayor complejidad, pero ni siquiera ellos veían todos los casos. El docente de Prótesis Fija evaluaba el estado de salud periodontal y supervisaba las tareas simples, qué es lo que podía hacer en el marco de las realizaciones o las prestaciones del práctico general, y cuando escapaba a un nivel de especialidad, si el docente volante consideraba que el estudiante podía absorberlas y tratarlas bajo su supervisión, se hacía, y si no, se producía la derivación. Y ahí también era una forma de ensayo el manejo interdisciplinario y la interconsulta. (180)

El docente de esta especialidad se visualiza como un docente de perfil más integral por la evolución de la propia disciplina, su abordaje de nuevas problemáticas de salud y la ubicación de su actividad clínica en la etapa final de la carrera.

### *Articulación teoría-práctica en el espacio de formación clínica*

La articulación teoría-práctica en la clínica se presenta con cierta criticidad por sus condiciones de resolución a nivel de la ense-

ñanza y los límites de su integración a nivel de la evaluación de los aprendizajes.

Se resuelve en general por medio de formatos tradicionales una transmisión inicial condensada de los conocimientos claves de las subdisciplinas para habilitar rápidamente la atención clínica del estudiante a los pacientes.

La integración teoría-práctica es todo un tema, todo un problema. Los estudiantes deben contar con un caudal de conocimientos básicos teóricos que les permita cierto grado de autonomía. En las clínicas integradas es fundamental, porque cuando se aborda el paciente, se lo aborda con la patología que trae, entonces si uno espera a desarrollar toda una lógica de aprendizaje de conocimientos teóricos para que el estudiante pueda desarrollar sus destrezas técnicas y clínicas en el paciente, capaz que estamos a fin de año y todavía no ha podido solucionar el problema de las secuelas de las enfermedades de los pacientes. ¿Cómo se aborda eso? En la clínica nuestra, dando casi todo el contenido teórico al principio, con clases magistrales; ya sabemos los defectos que tienen las clases magistrales, somos absolutamente conscientes de ello...

**—Serán unas 20 horas, aproximadamente.**

—Un poco más, 26, creo. Tanto de Operatoria como de Endodoncia y de Periodoncia. La carga de Periodoncia y de Endodoncia fundamental se da en ese momento, y la de Operatoria Dental se distribuye, pero se da la primera parte fuerte en ese momento y después se distribuye en el resto del año, cuando ya los contenidos son un poco más de corte informativo que fundamental. (181)

El dispositivo de “seminarios” o “trabajo en grupos” en el in situ clínico, previo a la atención de pacientes, opera en paralelo y posteriormente como un reforzador de los conocimientos impartidos en la clase magistral y permite una concentración en los aspectos más aplicados del abordaje clínico. Se procura en esta instancia una participación activa del estudiante en la preparación de temas claves.

¿Cómo apoyamos la integración teórico-clínica? La apoyamos en el impartir el conocimiento en esas clases magistrales de principio de año y simultáneamente en la realización de los primeros seminarios en el ambiente de la clínica. Son seminarios de corte teórico en los que los propios estudiantes participan en el impartido.

**—Tienen que preparar los temas.**

—Preparan los temas. Cada vez se ven mejores preparaciones, eso ha venido desarrollándose de forma cada vez mejor. Seminarios en los que participan los estudiantes, demostraciones...



Fig. 8. Curso clínico con estudiantes y docente de la carrera de Dr./Dra. en Odontología (2024).

**—¿Cómo se articula con el teórico? ¿Cómo es lo que se trabaja ahí con relación al teórico?**

—Hacemos los teóricos cuando empieza la clínica, al principio solo teórico de la clínica también, con varios seminarios, hacemos el apoyo de las dudas que se pueden plantear de los teóricos en el propio ambiente de la clínica antes de los seminarios. Algunos seminarios tienen que ver con los teóricos que se han realizado.

**—Son profundizaciones.**

—O aspectos puntuales, cuestiones que hay que jerarquizar. Y otros son complementarios, en el teórico se les da determinado contenido conceptual y en la clínica de pronto se extrae algo de ese contenido conceptual y se deriva a su aplicación concreta. Tenemos además algo de material de apoyo en la plataforma, subimos los esquemas de la mayoría de los teóricos, no están todos. También hay algún video de técnicas muy puntuales de operatoria. (182)

Los primeros aprendizajes clínicos condicionan una lógica esencialmente mecanicista de aplicación de la teoría a la práctica, guiada por un protocolo de actuación que pauta la acción procedimental de forma estricta con la idea de minimizar los errores de desempeño en una práctica de formación que se resuelve de forma auténtica. La deliberación sobre los saberes se habilita en la fase inicial diagnóstica y pronóstica, pero una vez resuelto el plan de tratamiento, el

aprendizaje procedimental clínico posterior involucra mínimos grados de libertad. La dinámica del proceso educativo denota un cierto grado de disciplinamiento.

Sí, es así. Nosotros somos muy estructurados, los odontólogos en general somos muy estructurados, y en la enseñanza, sobre todo cuando uno trabaja con pacientes, con seres humanos, uno tiene que tratar de minimizar los errores. Estamos tratando pacientes con estudiantes que inician sus primeras armas en la clínica. No podemos dejar demasiados cabos sueltos. Entonces protocolizar, hacer un desarrollo lógico de los conocimientos y las habilidades de los estudiantes, implica minimizar la posibilidad de errores y llegar a fin de año con los pacientes en las mejores condiciones y los estudiantes habiendo recibido la mejor enseñanza posible.

Evidentemente no hay mucho espacio para la creatividad en cuanto aplicamos conocimientos teóricos en la clínica por solución de problemas. En todo caso, la creatividad se da antes del abordaje directo del paciente, esto es, en la historia clínica, en el desarrollo del diagnóstico, en el pronóstico y en el plan de tratamiento. Cuando terminamos esto, se sigue una secuencia. Podemos discutir qué hacer primero, toda la parte de planeo de tratamiento, integrar los conocimientos con las otras clínicas, que realmente nos resulta de una utilidad enorme, intercambiar con los docentes de las clínicas de Endodoncia y de Periodoncia, pero hasta el momento del planeo de tratamiento. Cuando vamos a meter la manito en la boca del paciente, cuando el estudiante ya tiene que saber qué es lo que le tiene que hacer, cómo lo tiene que hacer y con qué lo tiene que hacer, no vemos otra posibilidad. Por eso en algún sentido somos tan rigurosos, para tratar de hacer todo con el menor grado posible de error. Porque errar en la boca es un problema. (183)

De este modo, el error en la actuación clínica del estudiante constituye un componente clave del proceso clínico y de la acción de control por parte del docente, distinguiéndose entre el error por falta de conocimiento del error por falta de pericia en los momentos en que el estudiante lleva a cabo acciones clínicas que resultan invasivas. Si bien el error constituye un elemento inherente al proceso de aprendizaje, las situaciones de “entrenamiento” para el desarrollo de habilidades clínicas en condiciones reales de atención resulta un elemento esencialmente crítico.

**—En ese sentido, ¿qué papel juega el error en el proceso de la clínica y para el aprendizaje?**

—Tratamos de que el rol sea siempre formativo, que se formen a partir también de los errores.

**—¿Es inherente el error en ese proceso de aprendizaje?**

—Ah, creo que sí. Tratamos de protocolizar todo, de manera que los errores que se puedan suscitar sean errores menores y absolutamente salvables. No debemos confundir error o falta de pericia –eso va más que nada

en lo técnico, para lo cual se tiene que ir formando en la clínica; evidentemente, no se pueden pedir grandes cosas— con falta de conocimiento, que también puede inducir a error. Hay cosas que tenemos que filtrar muy bien: cuál es la equivocación por falta de conocimiento, cuál es la equivocación por impericia.

—**¿Y por problemas de valores por temas éticos también identificás?**

—Sí, hay. Por suerte muy contados.

—**Pero habría una fuente que puede tener que ver con eso. Con impericia te referís más a la falta de destreza o falta de teoría.**

—Es muy común el error de desgatar más tejido dentario del necesario.

—**Típico error.**

—Y es importante que tomen conciencia de eso, porque tenemos que ser lo más conservadores posible de todas las estructuras. Y eso pasa. Ahora hay toda una filosofía, hace 10, 12, 15 años, de la odontología de mínima intervención, que en operatoria dental pasa por hacer lo mínimo indispensable. Y si un estudiante, por desconocimiento, incurre en la generación de un desgaste de tejido enorme, eso no se puede admitir. Pero si no es por desconocimiento, es por impericia, seguramente va a tener una resolución más [...]. Lo mismo que, por ejemplo, cuando está eliminando caries, y por desconocimiento de dónde está la pulpa dentaria, lo que nosotros llamamos *nervio*, produce una exposición pulpar cuando ya no había más caries; lo que tenía que hacer era simplemente colocar una base, un cemento, lo que fuera. Eso puede ser motivo de señalamiento de un error importante. Pero cuando se hace por impericia, en otras condiciones, es decir, el estudiante no fue lo suficientemente cauto al eliminar caries en una zona donde el docente le dijo “cuidado acá, estás próximo a la pulpa” y produce una exposición pulpar porque manejó mal el instrumento, es otro tipo de error, que no pasa por lo conceptual. Eso tratamos siempre de tenerlo claro. También nos podemos equivocar. (184)

El estudiante manifiesta en estas primeras etapas, por otra parte, escasa autonomía e inseguridades psicoemocionales y sociales que complejizan y tensionan el vínculo con el paciente y el docente.

No, porque es una situación compleja, para los estudiantes de tercer año el abordaje de los pacientes tiene una complejidad que a veces los sobrepasa, por el paciente, por la patología, por su inmadurez. Hay todo un entorno emocional en la vinculación docente-estudiante-paciente que hace que sea una situación compleja. Son los primeros pacientes, por más que tienen una primera experiencia en la clínica integrada de segundo año, estos son los primeros pacientes que atienden y abordan y tienen que curar, que sanar, desde sus etapas iniciales hasta las finales. Eso hace que la vinculación sea compleja. Evidentemente hay dificultades de conocimiento teórico, pero fundamentalmente hay dificultades de aplicar la teoría a la práctica.

Si hay algo en lo que estoy frustrado, y esa es la palabra, es en que no estamos pudiendo llegarle al estudiante de la forma en que deberíamos llegarle para comprometerlo en la tarea que está llevando adelante. Comprometerlo en todo sentido, que sienta que es importante lo que está

haciendo y que le dé la importancia que le permita abordarlo de la mejor manera, esto es, comprometiéndose con el estudio teórico y con la forma de llevar las cosas a la práctica. Llevar a la clínica situaciones teóricas no es sencillo, hay estudiantes que lo hacen de forma natural y docentes que lo hacen de forma natural, y otros que no, que todo lo tienen que aprender, y con mucho esfuerzo. Entonces articular eso nos resulta dificultoso. (185)

No obstante, parece primar una didáctica del sentido común, como plantea Camilloni (1995, 2007) que identifica al estudiante como un joven adulto maduro y autónomo que no requiere adquirir competencias generales sociales adicionales.

**—¿Visualizás que esas competencias más genéricas pero personales de maduración que tiene que tener el estudiante se construyen en la clínica y son metas de formación de la clínica, son una meta para ustedes de formación, además del manejo específico profesional?**

—Siendo honesto te diría que no, que no son una meta. No son una meta porque no es orgánico en la cátedra ese sentimiento, entonces no lo puedo tomar como una meta, porque estoy seguro de que algunos de los docentes no lo comparten. Quizás en la sustancia sí, pero no piensan que el docente universitario tenga que tener esa faceta.

**—Porque además se supone un individuo que ya es adulto y maduro, no un joven.**

—Exactamente. Siempre trato –no me gusta hablar de mí, pero es la tarea que me toca– de decirles que los estudiantes de ahora no son los estudiantes de cuando nosotros cursábamos. No son ni peores ni mejores, son diferentes, y que lo peor que podemos hacer es ponernos a la defensiva en el tratamiento de determinados temas. Es evidente que son más inmaduros, para determinadas cosas, porque para otras cosas son mucho más maduros. Es evidente que tienen cierta estructura mental que los hace hábiles para manejar cinco cosas a la vez, que nosotros no tenemos, pero tal vez para no concentrarse en ninguna en particular. Y es evidente que les cuesta muchísimo contextualizar determinadas cosas, y cuando están fuera de contexto pueden reaccionar de la manera más diversa e incomprensible para nosotros. (186)

El aprendizaje clínico está acompañado por un proceso de evaluación continua que busca reforzar la articulación teoría-práctica, pero que a la vez parece operar como motor del aprendizaje en la medida en que se enfatizan los dispositivos de control.

**—O sea que por momentos puede haber como una fragmentación, como que la práctica corre por un lado y la teoría corre por otro.**

—Exactamente. Entonces lo que hacemos, y hemos hecho desde hace unos cuantos años, es profundizar con los docentes las instancias de evaluación. Porque en la medida en que profundizamos las instancias de evaluación sabemos qué es lo que tenemos que buscar en los estudiantes, y

eso nos da la puerta de entrada, cómo lo tenemos que buscar y cómo lo tienen que encontrar los estudiantes. Si yo no tengo claro cuáles son los conocimientos teóricos que el estudiante tiene que traer consigo, cuáles le tengo que aportar yo y cuáles son las destrezas manuales que tiene que adquirir para que llegue a la formulación de un año con calificación de aceptable, mal lo voy a poder calificar.

No es sencillo, es muy difícil que todos los docentes lo hagan de forma pareja, tratamos de que lo hagan, tratamos de que hagan tres intervenciones durante el año, en las que se le da la devolución al estudiante. El estudiante nuestro mira la libreta, todas las anotaciones, las buenas y las malas. Tratamos también de que siempre se anote lo bueno y lo malo, no solo lo malo, porque el estudiante es como un hijo, lo tiene que tratar como un ser humano que es, con toda su carga emocional. Por supuesto, la carga emocional de los estudiantes no debería afectar sustancialmente el resultado de su trabajo, tenemos que tratar de contenerlos, en la medida de nuestras posibilidades. Lo que ocurre es que sí tenemos que estar atentos a todos los ingredientes que puedan estar afectando una conducta. Eso es así, somos docentes, somos formadores, tenemos que formar en todo eso. Me parece que un docente universitario tiene que formar en todos los ámbitos, en todos los aspectos. Los docentes no siempre están de acuerdo en todas estas consideraciones, no siempre están de acuerdo en las estrategias a seguir. Pero hemos tratado de traerlos al corral y de convencerlos de que los resultados que se dan cuando uno hace esa estrategia son mejores. (187)

En el caso de la formación quirúrgica, en particular, ha sido durante años controversial la articulación teoría-práctica ya que existe un cierto nivel de desfase entre la complejidad del aprendizaje práctico clínico previsto y los contenidos teóricos periféricos o informativos incluidos en el perfil del odontólogo generalista. La creación de los posgrados de especialización de algún modo terminó de saldar la discusión en el grado.

Claro, qué contenidos teóricos se iban a transformar en prácticos. En eso estaba centrada la discusión... El paso que daba el odontólogo general, hasta dónde llegaba el odontólogo general. El caballo de batalla era "yo quiero hacerle la cirugía dentoalveolar típica de los cirujanos bucomaxilofaciales", son los terceros molares retenidos o todas las piezas retenidas, entonces decían en aquella época "quiero que los odontólogos puedan salir manejando...". Querían que manejaran la exodoncia de los terceros molares retenidos.

—**Que es un grado más complejo.**

—Claro, de una complejidad mayor. Eso era el caballo de batalla, entonces ahí estaba la discusión de cómo se daba, cómo se hacía, cuánto lo hacían.

—**Scarrone lo quería en el grado.**

—Lo quería en el grado.

—**Y al resto no, no le parecía adecuado.**

—Como todas las cosas, pero todo esto pasa por lo que significa la cantidad de gente que accede a tal conocimiento. Democratizar el conocimiento en estos países significa que hay más gente que puede hacer cosas, significa que con cabeza pequeña te van a llegar menos pacientes.

—**Por eso se resistían a que el generalista manejara eso.**

—Y por eso se resistían también a tener menos anestesistas y menos esto y menos lo otro y menos oculistas u oftalmólogos.

—**En definitiva, era cómo incorporar un conocimiento más de especialidad en el grado.**

—Sí.

—**Y eso no lo logró.**

—No; tampoco da la cantidad de horas que hay, porque saldrían mal formados en lo otro y apenas formados en esto. El conocimiento de la cirugía dentoalveolar y de la básica no se puede agotar nunca, pero para el segundo tramo me parece que a muchos les falta. Y ahí surge, el grado no puede cubrir todo, la dimensión del conocimiento aumenta y surgen las especialidades o los cursos de formación permanente que complementan el grado.

Me parece que no es lo mismo prepararte para hacer exodoncias, tener un consultorio para hacer exodoncias y los conocimientos para hacer exodoncias que los conocimientos para hacer exodoncias complejas o de piezas retenidas o pequeñas intervenciones de anestesia local. Me parece que para acceder a ese nivel los odontólogos generales tendrían que prepararse para un escaloncito más, porque no es solo manejar la cirugía, hay que manejar el posoperatorio, manejar también el instrumental y equiparse para eso.

—**Necesitan también otras condiciones para el ejercicio.**

—Necesitan condiciones para el ejercicio. Si me decís “te doy otro año de cirugía y vos les enseñás”, es probable que sí. Porque son 270 horas, tres años de 90; para tres años de 90 horas capaz que no te da.

—**De 90 horas clínicas.**

—Sí, para desarrollar el conocimiento de la cirugía dentoalveolar. Porque de hecho se expande el conocimiento, hoy ya no son los fórceps, hoy hay otros instrumentos que hay que aprender a manejar. Hoy ya no es la exodoncia y que se vaya, hay que conocer técnicas de regeneración ósea, técnicas de reacondicionamiento alveolar que antes no se tenían. (188)

### *Tipo de enseñanza y estructura sintáctica de las disciplinas*

Es unánime la visión de la impronta marcadamente doctrinal de la enseñanza clínica vinculada con la naturaleza procedimental del conocimiento clínico odontológico y las condiciones de una enseñanza en situación de atención de pacientes.

—**¿Los docentes manejan esa perspectiva?**

—La manejan de forma muy despareja.

**—Son más doctrinarios.**

—Sí, volvemos a la naturaleza del odontólogo: muy estructurado. Hay gente que necesita certeza porque si se le mueve el piso no sabe qué hacer. Hay gente que justifica conductas por esas certezas. Pero cuestionadas esas certezas, es como si les sacaras el sostén. Es muy difícil trabajar eso.

**—Sobre todo en el grado, ¿no?**

—En el grado es muy difícil. Hay que pensar que también el estudiante necesita certezas, entonces la guía de los teóricos es importante. No estamos seguros —más bien te diría que estoy casi seguro de que no es así— de que ellos complementen lo que deberían complementar, que uno les indica que deben hacer. Se basan más en la estructura de los teóricos y alguno de ellos profundiza un poco en los textos o en algún artículo. Muchos de ellos no.

**—Eso seguramente está reforzado por la evaluación, en la medida en que eso funciona para la evaluación. ¿No hacen defensas de casos, ese tipo de prácticas?**

—En nuestra clínica todavía no. A veces se plantea con la historia clínica y se hace una reunión para que todos participen en la discusión.

**—Pero para las pruebas finales no, no son con casos, más de manejo del temario. (189)**

Se reconoce también la preponderancia de un habitus docente prescriptivo especialmente ligado a una formación personal basada en el enfoque tradicional restaurador.

La filosofía curativa, restauradora, lleva a pensar de esa manera. [...] En presencia de la enfermedad yo tengo que hacer esto para que la enfermedad desaparezca; prevenir o estudiar antes de que aparezca o fomentar un estado de salud casi no se ve. Entonces el docente en odontología en general tradicionalmente maneja si no recetas, para no ser peyorativo, técnicas. Para no decirlo de esa manera, que es cierto que aparecen como recetas, en otros casos podemos decir que son técnicas. De todas maneras, manejadas muchas veces por el docente como una especie de verdad revelada y con pocos momentos de discusión o de análisis con el estudiante. Frente a esto se maneja el problema de la salud del paciente y de los riesgos que corre el docente si se discute sobre eso, porque está de por medio la salud del paciente o el riesgo profesional. Entonces está todo bien, pero vos hacés esto que te digo porque yo tengo 20 años de sillón. Es la frase, tengo 20 años de sillón, no me vas a discutir a mí. Así enseñamos muchas cosas que no eran verdad, cosa que fuimos aceptando después de mucho tiempo, que esas técnicas, esas recetas estaban erradas.

**—Recetas que les habían enseñado a ustedes.**

—Sí, incluso vacas sagradas. Esas amalgamas que te digo que se hacían eran un error, le hacíamos gastar diente al paciente y gastar plata y tiempo. Creíamos que las hacíamos bien. Era un error más o menos banal, pero que estaba fundado en conceptos erróneos. Así se enseñaron un montón de cosas. En todas las restauradoras tenemos mitos; los deben de tener todas

las facultades y todas las asignaturas, pero nosotros tenemos nuestras preguntas de examen absolutamente sacadas fuera de la realidad. Es como un efecto de acción y reacción, yo tengo que decir esto, el estudiante tiene que responder esto otro; en la medida en que hace varias veces eso va a poder ir a otro escaloncito. Si no lo hace no va a poder ser. (190)

La enseñanza se conceptualiza así como esencialmente taxativa y reproductiva, condicionada por principios de autoridad profesional fuertemente arraigados y la debilidad en el desarrollo de la investigación científica.

**—Muy reproductivo.**

—Muy reproductivo y con una capacidad cero de discusión, de análisis, en los viejos modelos. Lo revulsivo que tuvo el plan de estudios fue que de alguna manera jaqueó el modelo de atención, y al jaquear el modelo de atención también jaqueó a las técnicas. Se decía “no hay que ser un Bellini”, etc., pero en el fondo, ¿por qué se decía eso? Al principio se decía de forma intuitiva, después se dijo “no hay que ser un Bellini porque eso le hace mal a la salud bucal del paciente”. Esa es la realidad, está mal. Ahí se empezó a revisar. La revisión fue docente, no fue docente-estudiante. El estudiante intervino en los talleres del Claustro, etc., con mucha fuerza también. Creo que el estudiante fue motor de cambio también, a veces intuitivamente, a veces con valor práctico estudiantes avanzados que conocían en profundidad. Pero no se puede decir que haya una discusión hoy como se puede discutir un paradigma científico, epistemológico a nivel de un salón de clase donde vos enseñes filosofía o algo: “¿Qué les parece lo que dijo Kant acá? Yo lo enfoco por acá, vos lo enfocás por allá”. Acá eso no se puede hacer porque es salud bucal, [...]. Cuesta mucho eso. Y después surgen cuestiones de horizontalidad que en la relación docente-estudiante siempre son difíciles de manejar, que donde le muevan un poco al docente esas cosas –que es lo que pasa con la informática– lo molestan mucho, y al molestar la reacción no es muy amable. “Acá el que maneja la historia soy yo.”

**—¿Y pensás que el hecho de que sea débil aún la investigación también probablemente influya?**

—Sí, creo que sí...

**—¿O más el propio quehacer profesional?**

—Creo que es el quehacer profesional. En Medicina tienen más investigación, si lo mirás con relación a ellos, ellos tienen más *full-time* que nosotros, porque son 2.500 docentes. Yo tengo dos, pero somos 370 docentes. Igualmente tienen investigadores haciendo muy buena investigación, a nivel del Sistema Nacional de Investigadores, y tienen una cuestión académica muy fuerte, sin embargo los modelos de enseñanza perviven. (191)

El eje de cirugía odontológica aparece como la quintaesencia del modelo doctrinal de formación procedimental, ligado al alto riesgo del error en un proceso de aprendizaje especialmente invasivo que se desarrolla en condiciones reales de atención de pacientes, y a la

extrema estabilidad y estandarización de los conocimientos en la historia de la disciplina.

**—¿Qué porcentaje de ese aprendizaje es procedimental, es horas de procedimiento? Es la gran mayoría.**

—Sí, el 90 %, 80 %.

**—Con una secuencia que está muy regulada.**

—Sí, un protocolo así, firme, estricto. Es una receta. Con los altos y bajos y con la biología en el medio.

**—La cuestión sería la reducción al máximo del error, mínimo ensayo y error.**

—Sí, es una receta en un ser humano, que es difícil, no es lo mismo que una receta cuando uno cocina.

**—Con lo cual es un conocimiento que se trasmite esencialmente como el deber ser: este es el procedimiento, esta es la verdad de lo que tenemos que hacer. No hay lugar a la criticidad.**

—No, en este caso no hay. A nivel mundial, si lees libros, todos hacen lo mismo que nosotros.

**—¿Sí?**

—Sí, sí. En la UNAM, en Estados Unidos la enseñanza es igual, ayudan igual que acá, les muestran igual que acá cómo tienen que dar la anestesia, cuando estuvimos en la Universidad de Nueva York. No quiere decir que Estados Unidos fuera perfecto, te comparaste con otro. En la UBA es igual, hay tres cátedras también.

**—Es un modelo de enseñanza que está consolidado en el mundo.**

—Sí. Y en Porto Alegre es lo mismo, está consolidado.

**—Así se enseña.**

—Sí, es así. Y a nivel de la cirugía médica debe de ser igual. Ellos no tienen la parte de anestesiología que nosotros tenemos, porque a ellos se los duerme otro.

**—Eso lo hace un especialista.**

—Claro, nosotros tenemos las dos partes, que a veces no se toma en cuenta eso, nosotros somos juez y parte ahí. Diagnosticamos que se puede dar anestesia, o sea que somos como el médico internista que dijo que se podía operar; después lo dormimos, ahí somos como un anestesista, y después lo operamos, hacemos todo junto, las tres. Procedimientos chicos, grandes y medianos, pero actuamos en las tres. Sobre todo en cirugía dentoalveolar con anestesia local. (192)

En este contexto de enseñanza algunos identifican la existencia de un saber tácito implícito profesional construido a lo largo del tiempo por las distintas disciplinas, ligado a las tradiciones de las distintas escuelas de formación que, si bien no cuenta plenamente

con fundamentos científicos probados, se entiende legítimo desde el punto de vista de la enseñanza.

Hay un saber que se fue generando en esos viejos maestros, que iban por aproximaciones sucesivas, por conocimientos propios que democratizaban en sus presentaciones y cotejaban con otras... Esa construcción de muchas décadas se fue transformando en un saber que es válido, a mi criterio. Y que algunas cosas pueden ser demostradas, y otras no pueden ser demostradas. En primer lugar, entre otros, por un tema de la ética de la investigación, que cada vez complejiza más la investigación a nivel humano. Metete a investigar todas las cosas que se dicen, a ver si son verdad o no son verdad. Bueno, sortearon el obstáculo de la ética y ahora lo [¿aplican?] muchísimo, y a veces no se sostienen..., directamente. Y bueno, y la Prostodoncia además, tradicional, no la Implantoprostodoncia que sí ha sido investigada y que superó totalmente nuestra disciplina, porque nuestra disciplina está en obsolescencia, debería desaparecer, en algunos currículos ha desaparecido. En Suiza la sacaron, la dejaron como posgrado, como conocimiento de la rehabilitación tradicional. ¿Por qué? Porque todo se realiza con implantes. (193)

Otros, en cambio, adhiriendo a las perspectivas de una *odontología basada en la evidencia*, resultan más críticos y advierten dificultades en algunas clínicas en la disponibilidad de textos académicos que acompañen las directrices de formación, especialmente en las disciplinas con tradición de escuela nacional. No se han elaborado manuales propios, y por otro lado, el uso de revistas científicas es limitado por la velocidad de los cambios de los materiales dentales y en general de las tecnologías odontológicas. De este modo, prevalece aún una tradición oral en la transmisión de ciertos conocimientos que el estudiante solo puede recuperar a través de la reconstrucción de las clases magistrales o apuntes.

**—En cuanto al papel de los textos, de los libros, los manuales, ¿qué papel juegan?, ¿qué tipo de manuales son? Revistas científicas...**

—Diste en el clavo, porque uno de mis deberes en la facultad es un manual, que estoy tratando de enmendar ahora. En la disciplina nuestra los textos no tienen mucho valor. Tienen un valor de un resumen en determinada época, pero que rápidamente pierde actualidad. La generación de conocimientos, sobre todo en la disciplina nuestra, sobre todo porque la proliferación de los materiales dentales y el desarrollo es muy grande. En operatoria dental es histórico, va tras los materiales dentales de forma permanente, vas modificando las técnicas a consecuencia de la aparición de materiales con otras propiedades y características, es tan rápido que nos obliga a leer tanto que un manual en tres años capaz que es obsoleto, un libro de texto. Entonces la lectura debería ser una lectura básica, quizás un par de libros de texto, que los guía con los conceptos básicos, fundamentales, pero uno tiene que complementarlo con evidencia científica que sale permanentemente publicada en artículos.

**—¿Estudian de artículos los estudiantes?**

—Les damos fuentes. Yo no estoy muy de acuerdo en que en un teórico se dé una bibliografía muy extensa; tampoco estoy de acuerdo en que se den uno o dos libros de texto. Sí normalmente tratamos de seleccionar uno o dos artículos que sean claves, que sean un estado actual, que por supuesto tenemos que ir renovando, porque eso también va cambiando, pero de pronto artículos que surjan de una revisión de literatura importante y que hagan un resumen del estado actual de determinada técnica, de determinado material, de determinados procedimientos. En eso estamos todos.

—**¿Han comprobado que los estudiantes estudian de allí?**

—No.

—**¿Tenés indicios de que estudian de allí? O estudian de los libros [...].**

—Siempre nos pasa eso, y una de las intenciones por las cuales queremos hacer este manual al que estamos abocados es precisamente tratar de eliminar el estudio en los libretones. Porque los libretones van cargados de errores, que aparte se transmiten de generación en generación, y de pronto están estudiando un examen para ahora diciembre y el libretón es de hace cinco años. Los conocimientos ya cambiaron. En lo sustancial pueden ser similares, pero seguramente hay variaciones en algún caso dramáticas. Y no podemos contra eso todavía. Tampoco me gustaría el resultado de que si tienen un manual solo estudien en eso [...]. Le vamos a dar un formato –que capaz que es un poco ambicioso, pero vamos a tratar de que se logre– que sea actualizable con *links* en internet. (194)

Se observa, de este modo, un nivel de incertidumbre basal sobre la vigencia de los conocimientos transmitidos a nivel clínico, que opera tanto a nivel docente como estudiantil.

Incerteza que tenemos que tener todos.

—**Porque la tienen ustedes, que se tienen que ir actualizando en un campo que avanza tan rápido que permanentemente ¿qué es lo último?, y de repente ya no estás con lo último, estás con algo un poco anterior. Igual, el hecho de estar en el posgrado los ayuda a estar en la punta, si no se te dificulta también para el grado.**

—Sí. Ellos tienen las pautas básicas, nosotros en nuestros teóricos damos los lineamientos generales, pero esos lineamientos generales no agotan nunca los temas, es imposible. No agotan ni los subtemas, nada, son lineamientos generales, pautas básicas de las que no deberían apartarse, pero que sí deberían complementar.

—**Ahí ellos tienen que hacer una profundización y una reconstrucción del conocimiento del que no tienen fuentes tan ciertas.**

—Nuestra misión es formarlos para que puedan discernir entre qué es evidencia científica y qué no, cómo buscar en la literatura y qué pautas manejar para saber si esa lectura que están haciendo es adecuada, se ajusta a los conocimientos actuales o pasa por cierta propaganda de algún material o... (195)

### *Estabilidad y cambios de contenidos clínicos*

En el área Restauradora se identifica un fuerte arraigo de una odontología tradicional ligada al desarrollo de la escuela nacional de la operatoria dental, legitimada por sus buenos resultados en un contexto histórico del país y con un reconocido nivel artesanal y de preciosismo odontológico.

Tenemos muy fuertemente arraigada en operatoria y quizás en restauradora en general una odontología tradicional clásica, porque desde el punto de vista clínico dio buenos dividendos, hubo una práctica clínica muy buena, que dio buenos dividendos y que tuvo su auge.

#### **—Creó escuela.**

—Creó una escuela, es una escuela uruguaya de diente pulpado y despulpado y de incrustación y etc., que incluso no estaba en otros países. Acá nosotros vivíamos en el país de las vacas gordas, entonces se hacían incrustaciones de oro, con muy buen éxito. Eran los Bellini, con las vacas sagradas, Dell'Acqua, después Turell, etc. Crearon escuela, fueron muy respetados y quedó una escuela clínica, de conocimiento científico bastante importante, pero no sistemático, y de publicar poco a su vez, de mucha conferencia y mucho congreso. Eso quedó, es muy difícil sacarlo porque había dado buenos resultados. (196)

Movilizada por la emergencia de los nuevos enfoques preventivos de atención, esta odontología debe luego convivir con la visión moderna, no invasiva, pero a la vez menos legitimada desde el punto de vista del prestigio profesional y educativo.

A poco que se observa cuáles fueron los resultados, había resultados muy ambiguos también. Entonces hubo una revisión de esas cuestiones, eso se revisa y se avanza en lo que es hoy odontología no invasiva, odontología adhesiva y sobre todo odontología restauradora preventiva integral. Es el nuevo modelo. Se trata de que esa odontología tradicional conviva con esta otra.

Sí, con el riesgo siempre de que esos contenidos te desvirtúen el modelo. Y eso lleva a que el docente le trasmita al estudiante y el estudiante a su vez se lo solicite al docente, por tradiciones familiares o por imaginario popular, porque si tú hacés odontología querés hacer una hermosa restauración de un diente en cerámica. A nivel de cerámica se hacen imitaciones de un diente que es un gran avance, porque está mucho tiempo con la forma y el mismo color. Entonces eso es una realización muy buena.

No da esa devolución si a un tipo lo mantenés en salud, no cae en enfermedad de caries y lo mantenés hasta los 20 años cero caries, por ejemplo. Es difícil objetivar eso, no lo ve el tipo de repente tanto. Incluso eso puede dar igual o más plata que la otra odontología, esa es otra cuestión que hay que abordar. Pero en el imaginario del docente y del estudiante está que se deben enseñar cosas difíciles, cosas complejas, restauraciones complejas o cirugías complejas, en que esté de por medio la salud del paciente, etc. Eso

es lo que se ve mejor. Eso convive en todos los servicios. Creo que permeó el modelo preventivo integral, debe de haber permeado hasta en las cirugías: “Fíjense si no tiene placa este paciente, que es malo hasta para hacer una cirugía”. Sin embargo cuando vos hacés convivir dos cosas y en un momento una fue la quintaesencia de lo retrógrado, tenés el riesgo de que eso te haga retroceder. Entonces en la clínica a veces el docente exige poder enseñar aquello que considera la quintaesencia de la odontología. Y el estudiante lo solicita con mucha fuerza: “Todo bien, pero yo lo único que hice acá fue raspar unos dientes y poner ionómero, yo quiero hacer operatoria de verdad y quiero recibirme con más cosas”. El discurso es “antes se hacían ocho restauraciones”, yo hice ocho incrustaciones cuando me recibí. (197)

En el área de la Prostodoncia Fija convive una práctica tradicional con procedimientos aggiornados por la incorporación de nuevas tecnologías que se introducen como resultado de la aparición de los nuevos materiales dentales.

No, en la prostodoncia convencional estamos igual, pero con la absorción de las nuevas tecnologías. Por ejemplo, en aquel momento la prostodoncia fija convencional eran prótesis metálicas, metalresinas o metalcerámicas, hoy las metálicas no se usan, las metalresinas prácticamente no se usan, seguimos con las ceramometálicas, pero ahora tenemos las libres de metal, con el advenimiento de la tecnología CAD-CAM estamos haciendo prótesis fija con sobreestructuras de circonio y no hay metal por ningún lado. Es una prostodoncia fija convencional aggiornada, ha incorporado muchísima nueva tecnología, no es que esté estancada como en la década de los setenta y ochenta, estamos con tecnología del siglo XXI, año 2016.

**—Cuando decís tecnologías, ¿son materiales dentales diferentes?**

—Sí. Que obligan a diseños clínicos diferentes. No tallás la corona de la misma manera, con la misma concepción. Es más conservadora, mucho más conservadora. Existe la prótesis fija moderna y eso en la facultad lo hemos absorbido inmediatamente. (198)

No obstante, se trata a su vez de un núcleo docente innovador que ha incorporado temáticas nuevas, no exclusivas o privativas de la especialidad: la temática de bruxismo y trastornos temporomandibulares y las bases de la implantoprostodoncia. De este modo, contenidos que eran propios del nivel de posgrado se bajan al grado para conocimiento y manejo primario del odontólogo generalista.

En la odontología convencional nos hemos aggiornado, hemos seguido acompañando en el tiempo las nuevas técnicas y materiales. En TTM hemos profundizado de llevarlo de un nivel informativo a un nivel de manejo en el grado, y le hemos incorporado la implantoprostodoncia. Empezó los pocos primeros años de manera informativa, luego opcional y hoy le toca al que le toca, si es un paciente para implante, por más que le falte un diente –que en otra época era tallar los dos vecinos y poner un puente fijo–, se le dice al paciente y el paciente podrá no poder absorber esa tecnología por pro-

blemas biológicos, por problemas económicos, por fobias a eventos quirúrgicos decidir la convencional, pero para el que puede porque tiene salud y puede costearlo, el primer escalón, la solución ideal es eso, tiene que procurar hacerla, y no mortificamos al estudiante con “tenés que buscar un caso de prótesis fija convencional”. Lo que sí les hacemos hacer para compensar algunos casos de operatoria compleja.

Con relación a la temática bruxismo y trastornos temporomandibulares, se ha profundizado a un nivel de manejo, quedando para el posgrado únicamente los casos complejos. Se ha desmitificado la temática. En la época en que yo fui estudiante y años siguientes, para llegar a esa temática había que ser casi un iluminado o un prodigioso; hoy debe ser prodigioso el odontólogo general que va a hacer a su práctica odontológica, porque le van a entrar varias veces en el día pacientes con esa problemática. Con bruxismo y con TTM. (199)

Con el desarrollo acelerado de la implantología dental emerge un nuevo campo de interdisciplina que involucra la prostodoncia, la cirugía, la periodoncia y que opera como punta de lanza del avance de la odontología, con fuerte soporte científico a nivel mundial. Se trata de un conocimiento que la FO incorpora tempranamente al posgrado dinamizando el desarrollo científico y profesional especializado.

Toda la odontología cambió.

—**A partir del desarrollo de la implantología.**

—A partir de la implantología.

—**Es el área de punta, la subdisciplina de punta.**

—Es la que tiró para arriba. Y que por tirar para arriba ha beneficiado a una parte de la población, pero también hay otra parte de la población que no accede a los implantes pero se ve beneficiada en que se respeta mucho más a la gente. (200)

En el caso de la prostodoncia completa también se observa una alta estabilidad acompañada con el desarrollo en los últimos años de la subdisciplina gerodontológica, que dio lugar al cambio de denominación de la cátedra.<sup>76</sup> A la vez se trata de un área que presenta un trabajo de actualización bibliográfica sistemático promovido por las figuras catedráticas que además del manejo de manuales introduce el uso de artículos científicos de actualidad en la enseñanza de grado.

—... **decís que básicamente es lo mismo, pero ha habido una actualización adecuada de los contenidos de la disciplina en el tiempo.**

<sup>76</sup> Prostodoncia Removible I y Gerodontología.

—Ah, yo creo que sí. No, aparte el programa, los contenidos teóricos los cambié todos... Susumu lo cambió cuando llegó él, que ya ahí hubo una evolución...

**—¿Qué es lo que cambió?**

—Y se incorporaron temas y se sacaron algunos temas, [...]. Yo hice eso, y él también lo había hecho, incorporó muchos temas, incorporé alguno, hice unificación de cuestiones. Reorganicé todo. Todos los contenidos teóricos. Que fue un proceso de elaboración mío, personal, que lo tamicé por la cátedra, pasé por el plenario de todos. En cinco reuniones analizamos punto a punto todo el programa; fueron discusiones muy fermentales pero con muy poco aporte, como siempre. Como nadie lo había estudiado, participaban y tocaban de oído en el momento, algunos aportaban cosas interesantes, otros no. Finalmente desembocó en que se publicó, se aprobó por el Consejo, y algunos de los compañeros empezaron a aprenderlo y a conocerlo luego de aprobado, cuando estuvieron en la mesa sentados discutiéndolo.

**—¿La bibliografía cuánto ha cambiado? ¿Tenés una bibliografía de base que permanece desde siempre?**

—Sí, hace mucho tiempo la modificamos. Ahí el cambio más grande lo hizo la doctora Jankielewicz. Isabel hizo un trabajo de taller en la cátedra, de actualización de las referencias, en el que participamos todos, y ella publicó un primer... el primer librito, diría yo, de referencias bibliográficas profundo, vasto, lo hizo Isabel. Luego Susumu hizo otro taller cuando estuvo de catedrático, hizo otro taller.

**—¿Hizo un compendio Isabel? Un compendio, ¿pero de qué era, de manuales o de artículos científicos?**

—De artículos científicos, de libros, de todo. De todo tema a tema. Y esa estructura se mantuvo hasta ahora, porque después Susumu la actualizó y después la actualizamos de vuelta acá también, en otro taller.

Bibliografía de soporte de nuestra disciplina. En donde están los libros de texto... que más recomendamos, y todas las referencias de hemeroteca que pudieran haber ido surgiendo. Y eso después lo actualizamos. (201)

En el caso del área de Cirugía Bucal Máxilo Facial, como vimos, existe una estabilidad máxima en los conocimientos de la técnica quirúrgica desde hace décadas, solo movilizaba en los años ochenta por la irrupción del virus del sida que obligó a fortalecer y jerarquizar los contenidos y procedimientos vinculados con la bioseguridad.

**—Entonces desde que vos te formaste en el plan 66 a ahora esos contenidos de la formación y ese procedimiento...**

—Idénticos, prácticamente idénticos, casi idénticos. Hay otra visión de las cosas, son idénticos y están idénticos en los libros. Sale alguna técnica anestesiológica para otro lado...

**—Pero no se modifica la enseñanza de base.**

—No, no se modifica.

—**Qué interesante.**

—Y claro, ha modificado cuestiones de bioseguridad. También estamos en eso, la bioseguridad, cuando se armó el lío del sida, hasta que en el 83 Luc Montagnier descubrió que era un virus, en el Instituto Pasteur, ahí fue cuando aislaron el virus del sida. Mientras, estuvo todo en la nebulosa de lo que era y cómo se transmitía. Y después todo el proceso. Nosotros fuimos los primeros en tener lío acá, la gente no venía a atender. Entonces todo el proceso de bioseguridad cambió, todo el proceso de anestesiología, inclusive las fórmulas anestésicas prácticamente no han cambiado en 40 años. Ha venido algo novedoso, pero no ha cambiado. Y las técnicas son las mismas, no han cambiado. (202)

### *Recuperación de contenidos básicos biológicos y patológicos*

El nivel de la formación básica biológica y patológica es evaluado positivamente en la etapa clínica en relación con los cambios curriculares de los años noventa que ayudaron a fortalecer una perspectiva científica de la profesión que buscó superar los enfoques técnicos de carácter más artesanal. En este sentido, los estudiantes que llegan actualmente a tercer año demuestran un mayor conocimiento básico, aunque un menor entrenamiento técnico.

—**El momento del diagnóstico es un momento privilegiado de mirada desde todos, también desde lo básico. ¿Cómo se recupera el conocimiento básico, y qué conocimiento básico?**

—Si tu pregunta era bastante amplia, porque yo metí lo básico y lo clínico, tenemos alguna dificultad. Este plan de estudio, estos planes de estudio, a partir del año 93 hicieron un vuelco fundamental en cuanto al abordaje del estudio de la disciplina, que encuentro muy apropiado. Ya regirnos por la evidencia científica, por seguir un modelo médico... me rechina un poco, porque nosotros no somos médicos, somos odontólogos. Fue un modelo biológico de abordaje de las enfermedades, jerarquizar la prevención, tratar de hacer tratamientos etiológicos y luego tratamiento de las lesiones. Ese abordaje fue muy beneficioso desde el punto de vista conceptual y de los conocimientos, los estudiantes saben por ejemplo en tercer año mucho más caries de lo que sabíamos nosotros en nuestra época. También es porque hay más conocimiento acerca de caries, evidentemente, pero es en buena medida porque el abordaje es distinto, es más completo.

... No les faltan conocimientos básicos, en su generalidad no les faltan conocimientos básicos, por más que ahora hay otros problemas que se sobreagregan al rendimiento de los estudiantes. Diría que la formación básica es una formación adecuada, que tiene los problemas de la numerosidad estudiantil y del impacto que tiene en cada uno de ellos. Pero salvo algunas cuestiones que se podrían discutir, la formación teórica básica está bien. Me parece que les falta formación técnica. (203)

Las nuevas temáticas curriculares requieren particularmente una recuperación de los conocimientos básicos fundamentalmente a

nivel anatómico, histológico y fisiológico, lo que es movilizad a nivel docente porque el estudiante ya se encuentra muy alejado de la etapa inicial de la carrera.

Ambas temáticas, no tanto desde la prostodoncia, pero sí desde los trastornos temporomandibulares y la implantoprostodoncia, no la convencional, retoman las básicas para su fundamentación y estudio. Nosotros empezamos todos los cursos de TTM refrescando...

**—Lo recuperan ustedes mismos, los docentes de Fija. Así como hacen la cirugía, son los que retoman los conocimientos básicos apropiados para esa temática.**

—Para entender la dinámica de la disfunción, retomamos la función para entender la disfunción. Y retomamos lo estructural para entender la rehabilitación y cómo responden los tejidos al tratamiento, remodelándose, cicatrizando.

**—¿Cuesta que el estudiante recupere ese conocimiento? ¿O es una cuestión que se da?**

—Si no se diera teóricamente, creo que sí, que no hay como un ensayo de retomar la básica año a año, hasta en el posgrado. (204)

### *Puntos de encuentro y distancias entre clínicas odontológicas y atención en servicios y comunidad*

Las clínicas iniciales de baja complejidad presentan una afinidad relevante con la formación práctica profesional que se desarrolla en servicios y comunidad por los niveles de complejidad abordados, participando algunos de los docentes en ambos espacios. No obstante, la enseñanza se presenta modélica desde el punto de vista académico y carece de un enfoque social comunitario.

Sí, por el grado de complejidad de nuestra clínica es de lo más aplicable. Porque nosotros nos dedicamos al tratamiento de las enfermedades más prevalentes en sus grados iniciales, incipientes, incluso en operatoria dental incipiente y medio. Pero abordamos la patología presente periodontal de grado incipiente y las gingivitis. La inmensa mayoría de las gingivitis ¿con qué se tratan? Con higiene, fundamentos de higiene oral, detartraje si hay sarro, enseñanza de higiene y mucha enseñanza de higiene y mucha perspectiva preventiva. En endodoncia, tratamientos conservadores... Si estamos en presencia de caries profundas, hacer una eliminación parcial de esa caries, colocar cementos que en algún caso puede ser cemento con una durabilidad interesante, de varios meses a algún año, y esperar que el propio individuo, la propia pieza dental reaccione y genere tejido para luego terminar de eliminar caries. Es lo que se hace en los servicios.

**—Es igual a lo que se hace en los servicios.**

—La única diferencia es que está muy remarcado el tema académico.

**—Y no se hace en contexto de atención comunitaria.**

—Exactamente. Y además en la clínica se les dan las pautas para que puedan resolver los problemas, pero se les dice exactamente las aplicaciones y las indicaciones de cada uno de los materiales que se utilizan. En los servicios a veces, por la realidad que viven, les piden a los materiales más de lo que los materiales pueden dar, y eso en la clínica no.

**—El modelo ideal de ese tratamiento básico está en la clínica. Luego tiene que flexibilizar afuera.**

—Exacto, es lo que se debe enseñar. Porque espacio para la flexibilización siempre hay, pero si yo ya enseñé a ser flexible, es muy probable que después termine haciendo cualquier cosa. Entonces siempre tenemos que ser estrictos en eso, en la enseñanza de las técnicas, de los materiales, en su aplicación, en las indicaciones de cada una de ellas. Después vendrá el momento de aplicarlo en el campo de batalla, que es otra cosa. Pero ya con los conceptos básicos que tienen de la clínica. Para nosotros resulta sencillo. No es “nosotros hacemos incrustaciones de oro porque es lo mejor que hay y en servicio mala suerte”. La complejidad de nuestra clínica hace que sea aplicable para un servicio en el sentido de que abordan al paciente en un tratamiento etiológico primero, con todas las armas que les damos acá, y después hacen restauraciones para limitar los daños con una flexibilización de lo que les damos acá, pero con los conceptos... (205)

La clínica intramural constituye un espacio de formación controlado que en términos de asistencia, con costos a nivel de adultos, asume en lo esencial el formato de la atención individual privada, no colectiva.

Social ¿de qué? Porque la clínica es el espacio del abordaje individual de la asistencia odontológica. Entonces hay una parte que no está y no tiene que estar.

**—Lo colectivo ahí no está.**

—¿Qué de la salud pública? De los contenidos tradicionales de salud pública nada, porque ese abordaje tiene más que ver con el trabajo con los grupos. Entonces no está, la clínica es el otro espacio donde se trabaja en lo micro o un abordaje individual, y la epidemiología sería el que piensa eso desde el punto de vista de lo social.

Pero en las clínicas tradicionales intramuros tenés un recorte en lo social, porque el que accede es el que puede pagar, lo que hay es un ejercicio liberal de la profesión más barato. Pero es un ejercicio en el que hay una negociación y si vos podés pagar podrás entrar a esta facultad y atenderte para hacerte una asistencia integral cuando sos adulto. Por eso Niños es una excepción, porque como en Niños nadie cobra, el que entra es... Ahí podés empezar a trabajar con las determinaciones más sociales de los vínculos. Ojo que en esta facultad es un tipo de servicio donde no te encontrás con todo el mundo. (206)

En este marco, la educación para la salud y el trabajo de los aspectos motivacionales para estimular hábitos de vida sana, aparecen dimensiones más débiles de abordaje que a nivel comunitario.

Entonces, ¿de qué estamos hablando? ¿De lo comportamental y la motivación del sujeto? Eso no está desarrollado en la facultad en términos de contenidos. No hay espacio para desarrollar esa parte del vínculo en la clínica, el tema del relacionamiento, la motivación del paciente. Trabajamos el tema de educación para la salud de forma muy genérica. (207)

### 13.2. Subárea de Atención del Niño y el Adolescente

El núcleo académico pediátrico fue históricamente un núcleo innovador en materia de enfoque preventivo y visión integral de la atención en razón de que la odontopediatría se ubicaba a la avanzada mundialmente del cambio de paradigma. No obstante, el hecho de tratarse de un área de atención infantil y mayoritariamente feminizada a nivel docente la colocó como un conocimiento de menor estatus en el juego de prestigios institucionales.

Tengo que mencionar Odontopediatría como la cátedra, la disciplina que mejor ha interpretado el avance de la ciencia en algunas de las patologías de la odontología, desde el comienzo. Una disciplina que muy desde el inicio interpretó la evidencia científica y estuvo siempre en una situación de avanzada en cuanto al resto de las cátedras clínicas, sobre todo en lo que a caries refiere; muchos de nosotros nos incorporamos un poco después a esos avances.

—**En una perspectiva preventivista.**

—Absolutamente. Lo que pasa es que en Odontopediatría se dan situaciones de cierta discriminación.

—**Niños y mujeres.**

—Absolutamente. Y sin embargo hay grandes... Y gente que lamentablemente no está y no estuvo en la facultad, que son fantásticos odontólogos para toda la vida, porque entendieron las enfermedades mucho antes que otros. Entonces fueron directamente al punto, a la etiología de la enfermedad. Yo hoy atiendo bocas de pacientes de 45, 50 años que fueron niños en la época en que estos docentes estuvieron, en la revolución del conocimiento de la caries, y son cero caries. No pasa en otros. Pacientes de otra época que tienen las bocas absolutamente todas restauradas; podrán estar muy bien restauradas, pero todas restauradas.

—**La ves como la disciplina vanguardia en caries.**

—En caries, sí, y en prevención, absolutamente. (208)

Desde el PE 93 se concibe el funcionamiento integrado entre las cátedras de Odontopediatría y Ortopedia Dento Máxilo Facial y

Ortodoncia desde cuarto año, diseñándose dos clínicas integradas organizadas por sucesivos niveles de complejidad.

Era Pediatría I y Pediatría II, quedó conformado. Y Pediatría I se pasó a cuarto año, lo cual también era bueno... Porque yo te digo, en quinto año recién empezás a ver esto de que hay alguno que, algún humano que no es ese humano que vos viste a lo largo de todo este proceso. La Pediatría I era junto con Ortodoncia, y el trabajo de la teoría se hacía en conjunto, y el trabajo en la clínica era por dupla de estudiantes y por dupla de docentes. O sea: cada grupo tenía... uno de Ortodoncia y uno de Odontopediatría. Y trabajaban en dupla. [...] Entonces, para mí la experiencia había sido buena, iba bien, íbamos tratando de integrarnos, y se hizo muy dura, muy duro... Los estudiantes... Hasta hoy recibo estudiantes muy vinculados a facultad que tuvieron esa experiencia, y dicen: "Tiene que volver a Pediatría I"... (209)

No obstante, las Clínicas Integradas Pediátricas constituyeron el mayor de los fracasos en los esfuerzos de cambio curricular realizados por la facultad a partir del año 1993, situándose el centro de la responsabilidad en las diferencias irreconciliables en el enfoque de atención, pautado por ideologías docentes disciplinares que no permitieron establecer el diálogo multidisciplinar.

Pero fue muy duro para la integración docente. Fue durísimo. No se dio, la integración docente no se dio, salvo alguna excepción. Pero era como: "Yo soy de Ortodoncia, y tú sos de Odontopediatría", así que... Y no funcionó, yo creo que se dejó porque la institución vio que eso no funcionaba. No sé en realidad por qué se dejó, pero supongo que... Hubo como un reclamo docente de volver, lamentablemente, a la disciplina. De volver a la disciplina.

No sé por qué la ortodoncia no logra integrar a la persona. Entonces por ahí va la cosa. En que siempre son, yo lo veo como que, siempre son "si los dientes están torcidos, o no están torcidos...". Y justamente, el ortodoncista que trabaja con odontopediatría, con discapacitados, a nivel hospitalario, hace la vuelta; ese hace la vuelta. Porque en un paciente especial, vos ya no tenés el libro que te dice que esta ortodoncia es lo que le sirve. Y lo que puede hacer para mover este diente y todo lo demás. Entonces, de repente tenés que tomar decisiones, que es extraer un diente que jamás, para acomodar rápidamente otro, o darle una estética, o darle una cosa social que pueda movilizar... ¿Entendés? Empezás a ver otras cosas. ¡Que por suerte tenés un ortodoncista en el equipo y te puede dar esas soluciones! Pero otro que lo mira de afuera así, otro ortodoncista que me dice: "Esta loca, mirá lo que hizo". Yo creo que ese es concepto como persona, y ahí tendrá que ver la formación, ¿no?... (210)

## 14. Formación profesional en servicios y comunidad

Esta área de formación constituye el espacio privilegiado de educación experiencial de la carrera, introducido por primera vez como vimos en el PE 93, y consolidado en el PE 2011 con un peso curricular muy relevante (16 % horas presenciales).

Estudios recientes constatan la legitimación de la formación recibida a nivel de servicios y comunidad, especialmente desde el punto de vista de los estudiantes y egresados (López, 2015; Udelar-UAE, 2017).

Está organizado por un espacio académico de integración multidisciplinaria en el que confluyen una variedad de disciplinas de la FO (Programa Docencia-Servicio-Investigación).

**Tabla 22: Tiempos de educación experiencial según planes de estudios**

Plan de estudios	Horas presenciales	% total
1993	800	16,5
2001	660	13
2011	750	16



Fig. 9. Trabajo en territorio (2014).

## Relevancia de las pasantías en la formación odontológica

Al decir de una de las figuras fundadoras del programa, las pasantías odontológicas ponen en juego y apuntan a fortalecer integralmente las capacidades estudiantiles en ámbitos de salud orientados a la atención primaria en salud.

Las pasantías en servicios y en la comunidad colaboran en el desarrollo global de las competencias para formar odontólogos teniendo una responsabilidad especial en liderar el logro de habilidades y actitudes para insertarse en servicios de salud basado en la Atención Primaria en Salud. La pasantía en tanto actividad eminentemente práctica pone de manifiesto los conocimientos de los profesionales para: saber hacer (realizar una tarea), querer hacer (estar motivado y tener actitud) y poder hacer (disponer de los medios y recursos necesarios para lograrlo) (OPS, 2008). (Blanco, 2004)

En este sentido, se valora como la experiencia de formación que busca alcanzar los mayores niveles de integralidad, no solo desde el punto de vista del logro de una atención plenamente integral, sino también del desarrollo general de las capacidades del individuo (conceptuales, procedimentales y actitudinales), de integración de conocimientos multidisciplinares, institucionales y culturales, así como de articulación multiprofesional.

## Organización curricular y naturaleza de las prácticas

Las pasantías están organizadas por sucesivos niveles de complejidad asistencial y progresivos grados de asunción de autonomía profesional. Se inician con supervisión docente en tercer año con una primera experiencia de atención en contextos externos de práctica en la que el estudiante desarrolla intervenciones fundamentalmente educativas y asistenciales de baja complejidad (60 horas); continúan en el semestre 10 con la atención en una variedad de servicios internos y externos de la FO de mediana complejidad asistencial y abordaje de prácticas subespecializadas (236 horas) tales como urgencias, radiología, anatomías patológicas, etc. Se completan finalmente con un practicantado externo supervisado por profesionales de los servicios odontológicos del país que tienen convenio con la FO, cumpliendo el estudiante 450 horas de atención en un período de dedicación exclusiva (semestre 11).

**Tabla 23: Área de Formación Profesional en Servicios y Comunidad, Plan de Estudios 2011**

Unidad curricular	Control/supervisión	Horas
Pasantía 1 (3. <sup>er</sup> año)	Control docente	60
Pasantía 2 (5. <sup>o</sup> año)	Control docente	240
Pasantía 3 (sem. 11)	Supervisión profesional	450
Total		750 (50 créditos)

**Tabla 24: Teoría y prácticas en servicios y comunidad**

Unidades curriculares	Pasantía 1	Pasantía 2	Pasantía 3
<b>Temáticas curriculares prioritarias</b>	Estrategia docencia-servicio-investigación Bioética Epidemiología oral Programación Promoción de la salud y educación para la salud Prevención	Estrategia docencia-servicio-investigación Bioética Participación comunitaria Gestión clínica Evaluación de las intervenciones en salud	Las requeridas por las necesidades de profundización de conocimientos que se le presentan al estudiante practicante
<b>Ámbitos de práctica</b>	Ámbitos de práctica: Servicios de salud de 1. <sup>o</sup> , 2. <sup>o</sup> 3. <sup>er</sup> nivel, educativos, recreativos, etc.	Ámbitos de práctica: Área del niño y del adulto Programa DSI Servicio de Urgencia Otros: Servicios de Radiología, Anatomía Patológica, Registro y Admisión de Pacientes, etc.	Ámbitos de práctica: Multiplicidad de ámbitos públicos y comunitarios nacionales con convenio docente-asistencial con la FO
<b>Tipos de prácticas</b>	Con supervisión docente: Acciones de coordinación y programación, educativas, asistenciales, de evaluación y devolución	Con supervisión docente: Acciones clínicas educativas, preventivas y asistenciales de carácter integral o de resolución de urgencias odontológicas. Participación en ateneos, presentación de historias clínicas y planes de tratamiento, etc.	Con supervisión profesional: Practicantado Prestación de servicio profesional en instituciones públicas o comunitarias que operan como unidades asociadas de la docencia universitaria Participación en talleres docentes que acompañan la pasantía

## Principios pedagógicos que rigen las prácticas profesionales en servicios y comunidad

La filosofía que sustenta actualmente las prácticas profesionales en contexto real se sintetiza en una variedad de principios pedagógicos, conceptualizados por la dirección actual del programa, referidos fundamentalmente al sentido de la educación experiencial, a la tradición educativa de la extensión universitaria y a la idea de flexibilidad curricular (Blanco, 2004).

### Educación experiencial

Se plantea en primer lugar la necesidad de situar al estudiante en un espacio asistencial externo que lo despegue de la cotidianidad de la práctica controlada –clínica intramural– permitiéndole ubicarse en una práctica asistencial pública alejada del encuadre del ejercicio individual liberal. De este modo, adaptarse a un nuevo espacio de aprendizaje en el que pueda reconocer otras formas de organización asistencial y actuar en el marco de un colectivo más amplio de referentes profesionales y comunitarios para en última instancia “vivenciar los principios del SNIS en movimiento” (Blanco, 2004, pp. 2-3).

En este marco, se plantea a la vez “posicionar al estudiante frente a problemas asistenciales reales y menos estructurados que los que enfrenta en las clínicas de la FO” (ibíd., p. 5) a los fines de habilitar un aprendizaje plenamente auténtico, situado en los contextos comunes de vida social y de asistencia de los ciudadanos. El estudiante se enfrenta así a la resolución de problemas menos pautados y rutinarios con el fin de “desarrollar una práctica reflexiva que le permita enfrentar situaciones singulares, complejas, inciertas y de conflicto de valores” (PE 11, p. 13).

El abordaje de situaciones auténticas en los servicios asistenciales brinda, por otra parte, la posibilidad al estudiante de realizar aprendizajes en condiciones de intercambio multidisciplinar, multiprofesional y en contacto con saberes no académicos de modo de poder brindar una genuina atención integral de la salud. Asimismo, permite el desarrollo de competencias de trabajo en equipo, elemento que la legislación define actualmente como un componente constitutivo de la atención primaria en salud (ibíd., pp. 12-15).

Las oportunidades de formación en diálogo con otras disciplinas, profesiones y saberes son numerosas, pero dependen de los contextos de prácticas, siempre singulares. Los espacios de salud aparecen más ricos desde el punto de vista de la interdisciplina y los espacios

educativos desde el punto de vista del encuentro con otros actores de la comunidad.

**—A nivel de Docencia en Servicio, ¿cuáles son los espacios más privilegiados de oportunidad interdisciplinar? El hospital me quedaba claro que sí.**

—El Pereira Rossell, el Clínicas. El trabajo en las escuelas... cada práctica es única, entonces en Casavalle esa integración se da porque se trabaja articulado con el policlínico. El policlínico de Casavalle tiene un equipo multiprofesional, entonces quien selecciona las escuelas adonde se va a trabajar, quien recibe las derivaciones de los niños es esa policlínica que está a una cuadra de la escuela. La articulación se hace vía el servicio de salud, nosotros estamos dentro del servicio de salud y desde el servicio de salud salimos a hacer una práctica que está articulada con los que trabajan allí.

**—Si ahí hay equipos multidisciplinares hay oportunidad.**

—Claro, hay posibilidad de hacerlo. Después está la escuela Caldas, que tiene una modalidad de trabajo, porque es una escuela de tiempo completo, donde se trabajan talleres interdisciplinarios. Hay profesores específicos para trabajar el formato de talleres, entonces odontología forma parte de esos talleres. Es una escuela especial. Después se trabaja en la escuela de discapacitados, y ahí se trabaja articulado, la forma de trabajo es absolutamente distinta, se trabaja ya con los maestros mucho más próximos, entonces tenés un trabajo multidisciplinario con el maestro, con los padres. Es otro tipo de equipo, es maestro, padres y la odontología.

Y después en donde menos podemos cumplir eso, bastante más difícil, es en la escuela más próxima a acá... allí el trabajo de articulación es con los maestros, la interdisciplina se da entre el maestro y el odontólogo, no con otros. Cuando trabajás en el espacio educativo tendés a trabajar con lo que está en el espacio educativo. En el espacio de salud tenés la posibilidad de tener más multidisciplina. Ese es uno de los problemas que tenés en el semestre 10, porque el área del Adulto para poder desarrollar y complementar lo formativo en términos de nivel de complejidad te hace ir a un servicio como el policlínico del Cerro, donde tenés la posibilidad de trabajo con la Intendencia, que trabaja ahí, y con la Comisión de Salud que está en ese lugar.

**—No hay otro profesional.**

—No, porque es un policlínico odontológico. Pero ya la práctica de niños es variada, hay gente que la hace ahí, hay gente que la hace en un servicio de salud del ministerio, otros la hacen en Casavalle, porque Casavalle es un gran centro, tiene siete equipos y tiene estudiantes, becarios, egresados. La hacen en el Plan Juntos, se hace en el hogar Don Calabria, que es un hogar vinculado al INAU, entonces se trabaja en guardería de cero a tres años, ahí sí, porque hay psicólogo que trabaja con ellos. Depende de la riqueza del espacio educativo. O en el club de niños, que está asociado a chiquilines más grandes y tiene el apoyo del maestro. En cada lugar es distinta la articulación que podés hacer, pero no te podría decir.

**—No hay pocos espacios, más bien hay unas cuantas oportunidades de multi.**

—Sí, por lo menos hay esa posibilidad. No en todos se da, pero tenés la posibilidad. Después cuando los mandás en el semestre 11 a los servicios, tratás de que combinen un servicio exclusivamente odontológico con un servicio tradicional donde haya más posibilidad de trabajo multiprofesional. Como el sistema de salud no incluye prestaciones complejas, si se mandan solo a esos lugares ganan en algo que acá no tienen, y eso está clarísimo, que es todo el trabajo multiprofesional. Eso podría ser la justificación única del semestre 11... Por otro lado, como podés combinar con otro servicio, en general lo que hacés es mandarlos a un servicio como puede ser el de AFUR, como puede el Cerro, lugares donde hay más odontología con un poco más de complejidad. Y tratás de articular esas cosas. Si el sistema funcionara con la odontología incluida no necesitarías eso, pero no es la realidad. (211)

### Flexibilidad curricular

En el plan actual, y asociado a las políticas de flexibilización curricular impulsadas por la Udelar, se conciben también las pasantías en tanto trayectorias diversificadas que contemplan los intereses y las condiciones de formación de cada uno de los estudiantes (PE 11, p. 4). Se trata de estudiantes ya próximos a recibirse que pueden actuar con grados de autonomía altos.

### Perspectiva extensionista universitaria

Los principios pedagógicos también son consistentes con una perspectiva extensionista de la FO de larga tradición que tiene como principal ingrediente la adopción de un modelo educativo más horizontal y participativo en el que pueden llegar a “reestructurarse las relaciones de poder”, producirse climas socioafectivos diferentes –menos presionados por el control– y en última instancia, lograr establecer una relación pedagógica más humanizada entre docentes, profesionales, estudiantes y pacientes (PE 11, pp. 7-9).

Por otra parte, se plantea la posibilidad de situar al estudiante en nuevos ámbitos que lo estimulen a poner en juego y desarrollar otras habilidades socioculturales tomando contacto con realidades alejadas de su entorno cotidiano y trabajando la “distancia cultural” que se establece entre individuos que pertenecen a distintos sectores sociales.

Es imprescindible que el estudiante como futuro profesional de la salud se forme para comprender al paciente, como un “otro” igual que él y a su vez diferente, por el que sentir empatía. Implica entender que las pautas culturales que este posee y que son naturales para él (saberes, normas, costumbres, estéticas, formas de sentir y relacionarse, productos artísticos, objetos materiales valiosos, hábitos, etc.) son diferentes y son tan naturales y representan su deber ser como lo son las suyas propias para el estudiante. (p. 11)

Desde primer año se realizan pequeñas prácticas que implican poner en juego esta dimensión de la formación, por ejemplo en la Semana de la Salud Bucal, donde el estudiante debe vincularse con diferentes personas e informarlas, en breves encuentros. Ya en tercer año, las prácticas hospitalarias se advierten especialmente fértiles para desarrollar en un espacio de práctica multiprofesional habilidades interculturales.

En primero ya tiene que ir a desarrollar una actividad educativa con alguien en la Semana de la Salud Bucal. Te mando afuera y tenés que lograr encarar una persona, vincularte con esa persona y en ese ratito tratar de transmitirle un mensaje. Todo eso también se forma en términos de educación para la salud. Entonces eso lo aprendés en el afuera, pero de alguna forma es lo mismo que vas a hacer en la clínica.

... en esas prácticas se pueden desarrollar, con el apoyo de toda la gente que trabaja en el hospital, de algo multidisciplinar. El que viene te dice cómo tratar, cómo tratar al bebé. Ahí se ponen en juego los miedos del estudiante, cómo hago si tengo que agarrar al bebé, nunca agarré un niño. Esas cosas las desarrollás en procesos reflexivos cuando vas y trabajás con una población específica y empezás por conocer a esa población para poder trabajar junto con ella. Ese proceso se da en esas prácticas. Y eso se está dando. ¿Qué es lo intercultural? Conocer las características de la mamá, las edades de las mamás, cómo piensan las mamás en el hospital, si piensan igual o distinto, cómo se hace un amamantamiento, cuáles son los mitos que tienen. Todo eso se pone en juego en eso y eso tiene que ver con el desarrollo de una práctica reflexiva. (212)

Finalmente, ha sido un principio fundamental de la extensión asociada a la salud pública el desarrollo de competencias que apunten a la promoción de la participación social en salud, colaborando en el empoderamiento de los actores sociales en los servicios y en la comunidad, como sujetos activos de derecho.

No obstante, esta participación social, concebida como fin en sí mismo y no como medio en estos espacios asistenciales, ha sufrido una transformación importante por los cambios sustanciales ocurridos en el Estado en materia de políticas de salud, expresados en la construcción del SNIS.

Claro, también tiene que ver con las transformaciones que para mí también ha sufrido el proceso de participación en general de la gente, y por otro lado el proceso de transformaciones que ha sufrido el tema de la participación en el tema de la salud, que no es sencillo resolver. No es lo mismo lo que sucede hoy a nivel social que lo que sucedía en la década de los ochenta, cuando decíamos que comenzaba, que te decía que era un momento de efervescencia en que los problemas sociales básicos, como la alimentación y la atención a la salud, eran resueltos por la propia población. Porque en el modelo neoliberal es parte de la lógica que el Estado no esté

presente y no tienda a resolver esos problemas. En una perspectiva que para mí ha sido de un avance sustancial, por las propuestas políticas que existen hoy, la salud es un derecho y el Estado tiene que responder a eso. Por lo tanto, espacios que históricamente o en determinado momento tuvo que desempeñar y ocupar la población en la ejecución, gestión, además de servicios, que fueron muy válidos porque permitieron crecer, desarrollar el tejido social y demás, hoy por hoy no se dan de esa forma. No se dan porque hoy existe un sistema nacional de salud que prevé o tiene declarativamente en la ley de creación la idea de que la salud es un derecho. Por lo tanto ha generado mecanismos que yo llamo mecanismos institucionalizados de participación, donde están las personas y existen espacios de participación en los servicios, en la Junta Nacional de Salud, en la toma de decisiones en lugares que son realmente importantes. ¿Cómo se hace el proceso de construcción de eso? Se relaciona con los mecanismos de formación de la Comisión de Salud. Es muy complejo, vivimos ahora cómo es la representación de los usuarios, lo que pasó con el BPS, qué pasa con formar gente para que esté en la Junasa, en los mecanismos de dirección del propio sistema. Entonces la de hoy no es la misma forma de participación. (213)

Los ámbitos territoriales institucionalizados en los que se inserta el estudiante actualmente para llevar a cabo sus pasantías no tienen formas claras de resolución de la participación social desde el punto de vista de la vida cotidiana de las personas. De este modo, se trata de una dimensión debilitada del trabajo profesional con la comunidad.

Existen los espacios institucionalizados; no está resuelto, no por la Facultad de Odontología, no está resuelto por la Intendencia cómo promover eso, no está resuelto a nivel social cuáles son los otros mecanismos que garantizan la participación social y política de los sujetos en los espacios donde desarrollan el cotidiano. Porque no necesariamente eso se hace en el espacio del territorio, que en general es la estrategia política de aterrizaje de las prestaciones sociales que brinda el Estado, asociadas al territorio. (214)

No obstante, Odontología sigue preservando en su inserción territorial el principio de atención a los sectores más desfavorecidos, como una vertiente clásica y esencial de la extensión universitaria de tradición reformista latinoamericana (Cano, 2016).

En los territorios estamos, que son las estrategias fundamentales para el trabajo con los sectores más pobres de la sociedad. Es algo de extensión en el sentido del apoyo del trabajo con las poblaciones con más dificultades desde el punto de vista social, que sería la otra vertiente o una de las cosas donde más se centran otras visiones de la extensión. (215)

## La atención a la mayor vulnerabilidad en la FO

A partir de una iniciativa presidencial, en los últimos años la FO incorpora por primera vez en su propio servicio la atención odontológica gratuita a sectores pobres de la sociedad sin ninguna posibilidad de acceso a la salud bucal.

En el Plan Juntos lo que sucedió realmente fue una demanda externa de un componente de la sociedad que no tenía voz, que es el sector más vulnerable, el sector más hundido y jodido de la población. Es el centro de los asentamientos, el Plan Juntos es el asentamiento. [...] Y una iniciativa presidencial que permitió que con ayuda externa siete de los asentamientos se agruparan –porque es una parte pequeña de todos los asentamientos–, empezar a trabajar en clave colectiva y empezar a buscar una mejora en sus condiciones de vida.

**—Y por primera vez la facultad trabajó con un sector por fuera de los servicios.**

—Todo lo que hacíamos era trabajar en servicios instalados.

**—Y un sector mucho más sumergido y que nunca va a llegar a facultad.**

—Nunca hubiera llegado a facultad, no tiene ni con qué pagarse el boleto. (216)

Liderado por núcleos clínicos de la odontología de alta complejidad, sin antecedentes en muchos en casos de docencia en servicios y comunidad, se avanza en un proceso rápido de curricularización de la experiencia que permite concretar por primera vez el proyectado aprendizaje multiprofesional del equipo de salud bucal al interior de la facultad.

Se curricularizó, porque tuvimos estudiantes de la carrera de Asistente, de Higienista, de Laboratorio y de Odontología... desde el primer día.

... y también tenemos estudiantes en proceso de hacer semestre 11. (217)

## 15. Formación general y académica

Con la finalidad de fortalecer el perfil académico y general de la formación odontológica, se introduce en el PE 11 esta nueva área curricular que incorpora como principal innovación la realización de un curso obligatorio de iniciación a la investigación científica, antes de carácter opcional, que articula con la formación epidemiológica y estadística impartida en tercer año y culmina con la realización de un trabajo final de carrera concebido con diversos formatos (investigación, monográficos, sistematización de prácticas, defensa de

casos, etc.). De este modo, se comienza a configurar un nuevo eje de formación específicamente académica.

También supone la posibilidad de realizar cursos opcionales y electivos en el área de la salud que contribuyan a complementar la formación en contenidos y capacidades generales de interés para el perfil profesional de egreso, con una oferta aún limitada de cursos (Comprensión lectora de inglés, Informática, Tutoría entre Pares, Derechos Humanos y Bioética).

### Relevancia y enfoques de la formación en investigación

El proceso de academización del perfil del graduado estuvo condicionado por el ingreso de la carrera a los procesos de acreditación regional y la fuerza del mandato institucional en el sentido de la profesionalización científica.

**—Con relación a eso, desde el punto de vista de la calidad de la formación de grado odontológica, ¿cómo visualizás el peso que tiene hoy la formación en investigación, cómo se resuelve y qué cosas habría que cambiar, cómo lo ves en proyección?**

—Estamos en pleno cambio. El cambio grande en nuestra disciplina se dio en el 2004, 2005, pero en la facultad en su conjunto un poquito después empieza un cambio hacia el desarrollo de la investigación. [...] El desarrollo institucional es más bien un fin universitario que estaba poco desarrollado y que había que desarrollar, como un mandato externo de que la institución debería desarrollar este fin y cuando viene el proceso de acreditación se señala eso también. Y casi como un mandato institucional, pero que no surge de la propia masa crítica docente para el desarrollo de la construcción del conocimiento. Para mí no es así. (218)

Se entiende que esta dinámica condicionó el desarrollo de un enfoque de formación de corte positivista que puso el énfasis en la formación metodológica cuantitativa como herramienta idónea para el abordaje de la investigación odontológica, sin distinción de tipos de estudio (básicos, clínicos, epidemiológicos) y sin una reflexión epistemológica específica.

Entonces eso impacta en la forma como se plasma la enseñanza de la investigación en la facultad. En los otros espacios que no son aquellos en los que nosotros trabajamos, por ejemplo Iniciación en la Investigación, que era algo muy impregnado por lo metodológico... bastante... aséptico.

**—Neutro.**

—Neutro, que la investigación puede estudiarse independientemente de la disciplina donde está inserta, una cosa así planteada. Lo cual para mí

no es correcto, no es así, pero es por donde ha transitado. O por lo menos ha habido una pugna dentro de la institución.

—**¿En ese sentido es una visión un poco positivista?**

—Claro, una visión positivista del tema. Creo que ha sido, estuvo impregnada y es muy difícil que deje de estarlo porque es la corriente hegemónica de la ciencia. En general muy poquitos de los docentes que han empezado a hacer maestrías deben de estar reflexionando sobre qué tipo de conocimiento científico están recibiendo y son capaces de construir. Porque no están en las maestrías estos temas. (219)

De este modo se imprime en la enseñanza de la investigación científica también un tono técnico instrumental con escasa reflexión filosófica de la ciencia.

—**También la formación en investigación se hace de la misma forma dogmática que en el grado.**

—Exactamente. Y eso se trasmite a los alumnos, no se cuestiona. Yo ahora estoy en el curso de Iniciación, estoy dirigiendo, y ha sido difícil, hay que evaluarlo a fin de año; introduje el tema de los paradigmas científicos, cómo se construye el conocimiento, todos estos temas, porque me interesa.

—**Más temas de epistemología.**

—Y de filosofía de la ciencia. Y los docentes son reticentes, por ejemplo el teórico de paradigma lo voy a tener que dar yo, y uno ve ciertas resistencias, sobre todo en los docentes jóvenes, como que esta primera parte del curso hay que pasarla medio rápido a ver cuándo llegamos a dar estadística. Está muy impregnado por el positivismo. Y con poca necesidad de reflexionar sobre eso por parte de la masa docente. (220)

## 16. Los límites del modelo de flexibilidad adoptado

El PE 11 previó un 10 % de créditos flexibles, no obstante a la fecha solo se han podido asignar 30 créditos, lo cual asciende a un 6 % de los 495 que completan la carrera. Si bien desde el punto de vista del estudiante el cursado flexible se duplicó y se ha multiplicado sustantivamente la oferta propia y de otras carreras de la salud,<sup>77</sup> el alcance de la flexibilidad es aún muy modesto en el caso de Odontología.

La FO adoptó un modelo de flexibilidad que busca complementar la formación integral del graduado e introducirlo a las especialidades de posgrado, por lo que descartó la proyección de itinerarios diversificados como orienta la normativa universitaria, entendiéndolo inadecuado a las necesidades de formación de un perfil generalista.

<sup>77</sup> En el entorno de las 40 unidades curriculares ([www.odon.edu.uy](http://www.odon.edu.uy)).

—¿Qué valoración hacés de la importancia de la incorporación de optativas y electivas en la carrera? ¿Cuál es el lugar justo que le asignás a ese cambio?

—Tienen valores diferentes la optativa y la electiva. La electiva me parece que sacar al estudiante –ya de otras maneras lo hemos sacado del intramuros– es ver otras realidades, otras perspectivas, a veces hasta de la misma temática, o de temáticas que sirven para conformar o modelar su ser universitario. Capaz que no coopera mucho en su formación profesional, pero coopera en su formación como profesional integral. En las optativas no hemos logrado, ya que la estructura de nuestro plan de estudios no permite trayectorias individuales creadas por el estudiante, que perfilen una formación específica.

—**Seguís pensando que no son viables trayectorias diversificadas.**

—Como la práctica es libre, tenemos el riesgo del intrusismo: yo lo formo solo para tratar niños y ortopedia y después me hace cirugía, me hace endodoncia, me hace rehabilitación del adulto. Entonces no puedo cortar la carrera en tercero como un básico generalista y que después sea ortodoncista, sea radiólogo, sea periodoncista. Me parece difícil. Entonces los optativos son interesantes, porque le aportan la visión de áreas en las que participa la odontología y que no son para el práctico en general ni para que haya muchos especialistas en el país. Por ejemplo, la prótesis bucomaxilofacial, con que haya en el Uruguay dos o tres que la manejen ya está, no preciso formar gente ni en posgrado, porque en eso es interesante que haya un servicio, que haya pasantes y que vean, que el que quiera pueda ampliar conocimiento y formarse.

Lo mismo con un forense, con un forense odontólogo en el Uruguay alcanza, no vas a formar una trayectoria. Pero que sepan lo que es la odontología forense. Que profundicen en áreas como el discapacitado... Creo que también cooperan algunos perfiles que después lo refuerzan con una especialidad, que el que haga discapacitados si lo ve a través del niño después haga odontopediatría y ya tenga un perfil que le refuerza su formación en su curso de posgrado. Pero veo que estamos muy alejados y la realidad nacional no sé si lo permitiría. (221)

En este sentido, la mayor oferta de cursos corresponde al área Clínico-Profesional (tabla 25).

**Tabla 25: Oferta de FO de cursos optativos y electivos para el área Salud**

Áreas de formación	Cursos optativos y electivos FO
General y académica	Comprensión lectora de inglés (optativo y electivo) Informática (optativo y electivo) Tutoría entre Pares (optativo) Derechos Humanos y Bioética (optativo y electivo)
Clínico-profesional (Tratamiento)	Factores psicológicos en la práctica odontológica (optativo) Emergencias médicas en odontología (optativo) Atención a pacientes especiales (optativo) Imagenología Buco-Máxilo-Facial (optativo y electivo) Atención odontológica del adulto mayor (optativo) Prótesis Buco-Máxilo-Facial (optativo) Odontología Legal y Forense (optativo) Identificación y Odontología Forense (optativo y electivo)

Sin embargo, también se relevan perspectivas que adhieren a un enfoque diversificado que si bien se asume que rebajaría el perfil generalista, se entiende adecuado desde el punto de vista de los intereses de formación de los estudiantes.

... me parece muy bien, sin embargo no sé qué le carga al estudiante de nuevo, no estoy muy seguro.

—**Lo ves como una formación muy complementaria.**

—Casi accesoria.

—**Y ahora que tenés la experiencia de Biología Humana, ¿pensás que Odontología podría haber generado un modelo de flexibilidad que comprometiera más las troncales, las fundamentales?**

—Estoy seguro de que sí. Quizás ya esté pensando en un nuevo perfil del odontólogo, pero el odontólogo generalista con esta concepción de que es capaz de abordar el diagnóstico, el pronóstico, el plan de tratamiento y el tratamiento de los pacientes en las cuestiones más generales para mí ya no es algo que... Eso hace a la cosa inflexible de entrada. Yo podría decir: mi trayecto curricular va hacia ortodoncia y termino en ortodoncia, pero no voy a tener toda la carga horaria de operatoria y [...], ¿para qué la quiero? Voy a hacer ortodoncia. Y no la hago como una especialidad, la hago en mi trayecto, y voy a atender problemas que son de alta prevalencia, que sabemos que tienen que ser bien atendidos, pero que no necesito especialista... Y todavía capaz que hay alguna parte de la ortodoncia que quedará para el especialista. Y otros que atenderán el tema de la periodoncia. Pero no necesito saber diagnosticar, pronosticar, hacer un plan de tratamiento y tratar en todos los aspectos. Eso quita flexibilidad de entrada, no hay posibilidad de flexibilizar nada. Pasa a ser complementario. (222)

# Balance y perspectiva del cambio curricular

Se constata una valoración positiva generalizada de la calidad de formación en el grado, en la perspectiva comparativa iberoamericana, fundamentalmente desde el punto de vista de la fortaleza de un perfil generalista que brinda amplias capacidades de resolución de los principales problemas de salud bucal de la población.

Creo que sigue siendo buena. Tenemos por un lado un estudiante que es un poco más maduro que aquellos que cursan cuatro años de odontología, por ejemplo en la mayoría de las universidades de Brasil la carrera es de cuatro años.

**—Es una licenciatura.**

—Claro, depende mucho de ellos, de la formación que ellos mismos protagonicen, pero salen directamente a los posgrados, porque tienen una formación muy básica.

La formación de grado, sin embargo, como nuestra mentalidad todavía está impregnada de los conceptos franceses de enseñanza, se preocupa mucho más por lo integrado, por lo completo, por lo generalista en el caso de la odontología. Entonces se forma un odontólogo con más capacidad de resolución que en algunas otras universidades. (223)

Creo que en la parte formativa es sustancialmente más completa la nuestra que la que vi en Brasil, en algunos lugares de España, mismo ahora en México... La formación del grado nuestra es mucho más completa; en programas, en la densidad de los programas. Eso no te acredita que todo lo que se dé... pero los programas nuestros abarcan mucho más que los de ellos. Y en horas prácticas tienen bastante, porque en algunas facultades no hacen práctica o hacen una cosa mucho más controlada y hasta hacen un ejercicio... Eso veo que es mejor. (224)

Creo que desde el punto de vista de la práctica profesional es buena en cuanto a lo que hace un odontólogo, las prestaciones que hace. Muchas carreras actualmente tienen mucho menos práctica. [...] Eso me parece que les da una formación bastante sólida. Y en cuanto a la formación teórica, creo que estamos ahí, es buena. Con todas las carencias que tiene, es bastante buena. Claro, buena porque responde a lo que se precisan hacer fuera de la facultad cuando se reciben; como aporte para una capacidad transformadora de la realidad, no sé. Capaz que es el rol que nos está quedando a nosotros, fortalecer la odontología social o la salud colectiva, porque pienso que precisamos un rol transformador todavía. Pero clínicamente me parece que es buena. (225)

El balance del cambio curricular después de dos décadas de transformaciones es variado en relación con los principales lemas pedagógicos que guiaron el nuevo paradigma de formación odontológica.

Existe una visión esencialmente consensuada del logro de cambios en las concepciones de los egresados respecto a la asunción del enfoque integral de atención de la salud bucal, fundamentalmente centrado en la integración de las subdisciplinas odontológicas vinculadas a la terapéutica.

... anclado en el 2011, yo creo que cambió mucho la enseñanza de la odontología. Que cambió en la mentalidad de quienes enseñan... cambió el "producto", vamos a decir, el odontólogo formado... O sea, yo hago una evaluación ampliamente positiva de ese proceso. Indudablemente, como todo cambio, está todo muy ligado a las personas. (226)

El otro cambio que no sé cuánto logra, pero lo ha logrado de alguna manera, es la idea de que el paciente se trata por especialidad pero se observa como una unidad. Creo que estamos logrando un profesional que está viendo eso. Para nosotros eso era mucho más difícil. Yo conozco tres o cuatro profesionales egresados en los últimos tiempos y veo que salen con una idea mucho más integrada del paciente, de que el objeto es el paciente, y luego hay terapéuticas o también formas de prevenir enfermedades que se pueden aplicar con cierto grado de especialidad. No sé si eso lo consigue solamente el plan, no podría hacer una correlación directa, pero de hecho el profesional está saliendo diferente y me parece que tiene que ver con aquello de que yo vengo a operatoria, pero vengo a la operatoria en la Clínica Integrada, vengo a la periodoncia en la Clínica Integrada, de repente comparto el paciente. (227)

**—¿Y la perspectiva integral? ¿Te has encontrado con las generaciones que egresaron ya? ¿Las has visto en el ejercicio profesional?**

—Sí, las he visto en el ejercicio profesional. Claro, uno puede tomar contacto con algunos, los que vienen a tomar los cursos de posgrado que da la cátedra. Veo que están mejor en líneas generales. Claro, quizás los que se preocupan por la formación de posgrado sean los que tienen mejor nivel, o sea que quizás la muestra no sea la más adecuada. Resisto el comentario de muchos formados antes que dicen que antes nos formábamos mejor; puede ser que algunos se formaran mejor, pero la mayoría se formaba más o menos como ahora o peor. Y a las pruebas me remito, cuando tengo contacto con algún odontólogo que ha perdido contacto con la profesión —académicamente hablando—, que no se ha actualizado, hay unas diferencias enormes. (228)

Se identifica por otra parte la relevancia asignada a la salud colectiva como principal objeto del cambio epidemiológico, junto con el enfoque preventivo, aunque con escasos impactos a nivel social.

De todas maneras creo que el plan como primera cosa, como gran fortaleza, puso mucho más de manifiesto el tema de la salud colectiva como objeto del cambio epidemiológico. Eso me parece que el plan lo ha logrado. Difícilmente podamos hablar de que finalmente estamos teniendo impacto en la sociedad, creo que no tenemos ningún impacto; pero eso es aparte. Pero la idea de que no es con el tratamiento individual de la gente que vamos a resolver los grandes problemas de salud odontológicos, sino con el

enfoque colectivo y de medidas generales, me parece que el plan lo logra, y de alguna manera también la fuerte idea del papel de la prevención en todo esto. Van medio asociados en mi opinión. Ese es un cambio. (229)

Creo que llegamos a una buena calidad, capaz que buena en algunos casos, muy buena en otros, menos en algunos. Por eso el promedio capaz que es un bueno para arriba. Tendríamos que llegar a un muy bueno. Y hoy hablamos del techo, lamentablemente el techo, que son las políticas macro, nos condiciona más de lo que queremos. La facultad ha hecho enormes esfuerzos por cambiar el modelo de atención, pero si lo cambiamos solos no alcanza. Entonces dependemos mucho de las políticas macro de salud. (230)

En este sentido, las dificultades de inserción de la profesión odontológica en el SNIS aparecen como el mayor límite que la realidad le impuso al proyecto educativo de la FO, constatándose una especial frustración en los espacios académicos vinculados a la salud colectiva que entienden afectados en lo motivacional los procesos de enseñanza específicos.

**—Se podría decir que hay cierto agotamiento del proyecto de formación en la medida en que no haya una transformación que es externa.**

—Totalmente. Es otro tema, pero el tema es cómo sostenés la enseñanza en este contexto, sobre todo en esta disciplina...

**—... la legitimidad.**

—Es terrible. Porque es un desprestigio total, porque cuando vas a dar clase ya sabés que ellos piensan que es una materia que sirve para poco. A uno le gusta lo que hace, le ponés onda y le ponés todo, pero a mí personalmente me pesa, y creo que me pesa más ahora que antes.

**—Lo sentís como frustrante.**

—Sí, sí.

**—Te permea también en la acción docente.**

—Totalmente, yo creo que sí permea. Igual uno trata de buscarlo por otro lugar, de buscar el entusiasmo por la materia en las dinámicas concretas de la clase, en cómo armás la clase, pero en sí, cuando el estudiante dice “para qué me sirve esta disciplina” es difícil de entender. Salvo algunos que la valoran justamente porque es un espacio de crítica, de construcción de pensamiento, pero ¿qué porcentaje del alumnado busca eso hoy? (231)

Creo que no avanzamos lo suficiente en general en la odontología y eso hace que los espacios de desarrollo de elementos vinculados a la odontología social y a docencia en servicio estén limitados por el propio desarrollo que ha podido tener la odontología en general en el país. Hoy ya estamos siendo críticos, viste cuando transitás estos procesos con una especie de tolerancia, apertura, y llega un momento en que decís “no”, porque también tenés que ser crítico. Cómo podés seguir construyendo desde ese lugar, cuando querés hacer con una visión crítica un proceso de construcción y que eso no sea utilizado para decir que querés destruir cosas. Lo que pasa en Odontología es tan evidente que no hay una respuesta, que no está y

no está tampoco en este período. En términos de lo asistencial y demás no se está dando respuesta, es que también tenés una especie de tensión ahí. (232)

A nivel de la formación básica biológica los avances alcanzados en la integración curricular se observan limitados e incluso con cierto retroceso en la acción educativa concreta, señalándose como una suerte de “fracaso” la imposibilidad de haber sostenido transformaciones permanentes.

No podría decir que hayamos avanzado enormemente en integración, sobre todo desde el ámbito de mi disciplina y su entorno o de las disciplinas que le son afines. Algo siempre se avanza, pero uno esperaba muchas más cosas. Hay una cosa que me preocupa: como que de alguna manera tuvimos un avance, llegamos a un nivel y vamos bajando otra vez. Imperceptiblemente hemos perdido la motivación de las transformaciones y estamos volviendo a lo que teníamos antes, aunque lo llamemos de otra manera. Por eso te hablaba del gatopardismo. Eso es preocupante hacia el futuro.

Quiere decir que entre los fracasos uno podría contabilizar el hecho de que no fue capaz de crear transformaciones permanentes. Son transformaciones que se crearon para determinado momento, pero ni bien abriste la gatera volvieron adentro. Son grandes observaciones, pero me parece que está por ahí la cosa. (233)

En este sentido, el factor estructural explicativo refiere a la imposibilidad de la FO de generar condiciones académicas y de dedicación docente, como planteaba la reforma curricular desde sus orígenes.

Creo que una de las cosas que tienen que ver con debilidades, no del plan sino de la institución para abordar el plan, tuvo que ver con algunas decisiones que debieron haberse tomado en su momento y no se tomaron y que quizás no podían haberse tomado tampoco porque no había con qué hacerlo. El plan suponía que el docente iba a tener mayor carga y mayor presencia, y eso no se cumplió. Había toda una lógica de transformación del cuerpo académico que no se cumplió. (234)

En perspectiva, se sitúa en el fortalecimiento académico, fundamentalmente desde el punto de vista del desarrollo de las capacidades de investigación científica, la clave para la profundización de las transformaciones institucionales.

**—O sea que una de las claves de la transformación, de impulsar con más fuerza un pensamiento científico crítico, reflexivo, estaría pasando más por el camino del fortalecimiento académico del docente, que cada**

**vez más docentes hagan investigación y formen cabezas investigadoras que se van a volcar en el grado, para salir de la lógica manualística.**

[De] lo artesanal. Creo que va a ser un elemento clave en unos cuantos años. Yo hice la carrera y ningún docente me habló de leer un artículo científico.

**—Lo investigativo sigue siendo subsidiario, lo que se vea en el curso de investigación, lo que se trabaje para el trabajo final, que no va a ser nada menor, porque ahí va a haber un esfuerzo muy importante del estudiante, pero queda acotado a eso, no impregna el resto. La clave está en los propios docentes. [...]**

—Creo que ese va a ser un cambio. Los que estamos haciendo el doctorado somos 13, los que hicimos la maestría éramos 16, 17. Ahora hay otra tanda de gente que se está incorporando, que está haciendo, todos los nuevos están haciendo una maestría de PTM acá. Eso ya les da otra cabeza. Creo que va a haber un cambio...

**—El posgrado va a traccionar al grado, va a empezar a permear y traccionar al grado.**

—Creo que sí. La actividad dentro de la facultad fue netamente la enseñanza, la enseñanza y la enseñanza. (235)

Es un acierto decir que una institución que no investiga no crece académicamente, pero en los momentos en que nosotros no podíamos investigar, estudiábamos, éramos responsables, utilizábamos el conocimiento académico generado por los que podían investigar para nosotros transmitir, y éramos buenos transmisores. Si ahora empezamos a generar conocimiento creo que estamos en el camino, que vamos camino a ser una facultad con una fortaleza académica importante, porque en muy poquitos años empezó a crecer exponencialmente en número de docentes y en planes de maestría y de doctorado. Creo que vamos bien. (236)

Tiene que haber ese salto hacia atrás en forma permanente y dar la oportunidad, sobre todo acá en esta facultad, que necesita tanta consolidación de su proceso académico, darles la oportunidad a los jóvenes que se están formando y que tienen muchos de ellos excelente cabeza y cabeza científica. Hoy hay jóvenes que dialogan de otra manera, se modificó el lenguaje. Se modificó el lenguaje en esta facultad, se está modificando. Eso está buenísimo. El lenguaje científico. Está buenísimo.

**—¿Pensás que eso está permeando como mejora de la calidad para el grado, probablemente?**

—Quizás todavía no, pero va a permear, es indudable, porque es gente con más capacidad y con más conocimiento. Quizás todavía no se vea en términos significativos, ya está permeando, pero si el punto de inflexión de que hablábamos avanza en un sentido positivo, va a ser esa facultad científica, con enseñanza de calidad, que brinda excelencia, porque el que sabe cómo es la cosa, el que sabe cuál es el camino, el que sabe cuáles son los logros pelea por que los estudiantes lo consigan también. [...] Creo que estamos en la puerta de un cambio hacia una odontología científica de verdad en los próximos 15, 20 años, y que va a ser un cambio sin precedente. No sé si todos lo valoran, yo valoro esta etapa como un punto de inflexión: si las cosas salen bien podemos tener una odontología científica en Uruguay. (237)

Los próximos años de vida institucional se avizoran más concentrados en el desarrollo académico, largamente postergado, antes que en la generación de nuevos cambios curriculares e innovaciones educativas. Las necesidades de mejora están claramente identificadas y se circunscriben a contenidos de la formación que resultan aún deficitarios (psicología, formación general y académica) y a la profundización de los principios educativos rectores del currículo.

# Análisis curricular general

Cabe destacar finalmente, a modo de síntesis, algunos aspectos relevantes del desarrollo de la carrera que formaron parte del análisis comparativo presentado en la tesis.

## **Marcas de origen de la formación curricular y proceso de institucionalización científica de la disciplina**

Como vimos, los estudios odontológicos tienen en nuestro país su raíz en una de las facultades fundacionales de la Udelar, Medicina y Ramas Anexas, y su origen disciplinar se ubica en la transición del cambio de siglo, identificándose como jalón la creación de la primera cátedra o curso en 1892 durante el período de nacimiento de la *universidad moderna*, con fuerte impronta positivista y matriz educativa francesa. La primera mitad del siglo XX estará signada, no sin fuertes debates filosóficos y académicos, por un perfil institucional marcadamente profesionalista y la autonomía política de las facultades (Oddone y Paris, 2010).

Surge primero como disciplina o núcleo de disciplinas que requieren ser enseñadas –inicialmente cursos y luego carreras– para la formación de técnicos y profesionales universitarios demandados por el país (reproducción de conocimientos), a partir de lo cual se irá impulsando su desarrollo académico y científico, con dinámicas y ritmos propios, tanto en la conformación de los espacios académicos como en el desarrollo de la investigación científica (producción de conocimientos)

La lógica epistemológica del proceso disciplinar parece ser una de las claves de su particular dinámica de institucionalización. La odontología nace en 1877 como una “especialidad médica” independiente dentro de las ramas anexas de la Facultad de Medicina, por lo que existe desde su inicio como titulación –ergo práctica profesional, aun cuando todavía no se había creado ninguna cátedra específica. La certificación es otorgada por la Sección Odontología de la Facultad de Medicina a través de una prueba de conocimientos teóricos de asignaturas básicas generales de medicina y de la práctica adquirida en un consultorio privado acreditado. Luego se transforma en carrera con plan de estudios propio en el marco de la Escuela Universitaria autónoma, creada en 1921, y transformada en Facultad de Odontología ya en las postrimerías de la década (1929).

Se observa de este modo cómo los procesos de institucionalización curricular son tempranos en Odontología, no obstante, sus procesos de profesionalización científica son esencialmente tardíos. Se trata de la creación temprana de una titulación que acredita un saber esencialmente práctico adquirido en el medio, luego se transforma en carrera técnica para finalmente profesionalizarse y desarrollarse desde el punto de vista científico de forma autónoma y más sistemática en los últimos años.

## **Evolución de los planes de estudios a lo largo de la historia**

### **Enfoque curricular que da origen a la carrera: arquitectura tradicional**

Los currículos prescriptos iniciales de la carrera responden a un modelo curricular tradicional por disciplinas, organizado en base a asignaturas, con muy escasa apertura curricular y prácticas profesionales básicas (Camilloni, 2016).

Las carreras profesionales se orientan esencialmente por un enfoque de racionalidad técnica en el sentido de establecer una secuencia estratificada de etapas de formación, ordenadas en la lógica instrumental de la resolución de problemas. Se forma primero en las ciencias básicas, luego en los conocimientos aplicados y finalmente, en simultáneo o con posterioridad, en el desarrollo de las habilidades profesionales. Al decir de Donald Schön (1998) la racionalidad técnica institucionalizada en la universidad moderna es en lo esencial la epistemología positivista de la práctica (p. 40). La carrera de Odontología se configura además tempranamente como carrera extensa, de cuatro y luego más de cinco años de duración (hoy denominadas “carreras largas”), con mínimos contenidos de formación social u otros saberes extra profesionales.

De forma coherente, se desprende de la organización de los currículos en su etapa inicial una arquitectura de conocimientos tradicional pauta primordialmente por la lógica de las disciplinas (Schwab, 1973) antes que por los procesos de aprendizaje. Se organiza el conocimiento de lo teórico general y abstracto a los conocimientos específicos y más concretos o cercanos a la realidad.

La matriz básica de origen se va a complejizar, flexibilizar y enriquecer a lo largo de la historia de los sucesivos planes de estudios, con la incorporación de perspectivas pedagógicas renovadoras, pero permanecerá en el tiempo como estructura organizativa macro curricular tensionando el currículo de distintas formas.

## Transformación de los paradigmas clásicos de formación: gestación de las innovaciones curriculares en la década de los sesenta

Los cambios paradigmáticos educativos que eclosionan en la enseñanza universitaria en los años sesenta marcan la ruptura conceptual con los modelos tradicionales curriculares de enseñanza y de evaluación configurados en la primera mitad del siglo XX. Si bien las rupturas conceptuales se expresan –de un modo u otro– en los planes de estudios de diversas carreras que se aprueban en la Udelar durante la década, en su desarrollo curricular se consolidan en momentos históricos diversos, de acuerdo a las condiciones institucionales de innovación educativa que presenta cada contexto de facultad y la inminencia de la ruptura político-institucional. El quiebre que provoca la dictadura cívico-militar con la intervención universitaria entre los años 1973 y 1984 paraliza o suprime los cambios curriculares de la década, retardando en todos los casos la transformación de los paradigmas clásicos de formación.

Un rasgo común de estas transformaciones es que son protagonizadas por una “nueva generación”<sup>78</sup> de universitarios que promueve una profunda reflexión ética y política acerca de la función social de la universidad, especialmente respecto del papel que ella debe cumplir en relación con el desarrollo científico y de las profesiones en América Latina. A nivel nacional se materializa en un nuevo ideal de universidad plasmado en la Ley Orgánica del año 1958, que conquista definitivamente la autonomía y el cogobierno, y en la formulación del Plan de Reestructura de Maggiolo en 1967, que marca al conjunto de las reformas curriculares, particularmente en su perspectiva de modernización académica. Se trata además de una generación que participa en las diferentes experiencias de innovación curricular de la época trasvasando las fronteras de la propia facultad; docentes de Ingeniería intervienen en las noveles experiencias del ciclo básico de Medicina del Plan 1968, sociólogos dan clases en Medicina, Odontología, Agronomía, etc.

Por otra parte, en todos los casos implica transformaciones educativas que, condicionadas tanto por demandas externas como por factores internos, desencadenan finalmente un cambio curricular integral, no solo parcial, que sienta nuevas bases paradigmáticas educativas a nivel del currículo prescripto.

<sup>78</sup> “... crecida en el clima de la ‘entreguerras’ (1918-1940) y que le tocó actuar en los cuerpos directivos universitarios en los cincuenta y sesenta, se enfrentó a la Universidad con concepciones renovadoras, en un marco de referencia global bastante característico” (Behares, 2011).

En el caso del PE 66 de Odontología, la necesidad del cambio curricular –y aun institucional– aparece fundamentada en los graves problemas y déficits que muestra la salud bucal nacional y las formas de resolución generalizadamente extraccionistas que desarrolla la profesión odontológica. De este modo, el propósito último será la transformación de una práctica profesional *curativa y restauradora* que no responde, especialmente en términos económicos y sociales, a los requerimientos de salud del país. Se adopta así un enfoque preventivo, de promoción de una odontología integral y la incorporación de una perspectiva de salud pública.

La reforma curricular marca un viraje conceptual e ideológico en la formación odontológica, acorde con los cambios generales que se daban en la universidad y a nivel del campo profesional en la región, con una directa influencia de las directrices de la OPS. Se abre un período de debate y reflexión ética sobre la práctica profesional y la formación odontológica, concertado con facultades y escuelas de la región, y se realiza un proceso de fuerte revisionismo inspirado en la corriente crítica latinoamericana de medicina social.

El PE 66, no obstante, no alcanza a modificar en los hechos ninguno de los componentes esenciales del modelo de atención de la salud y del aprendizaje de la práctica profesional, ni siquiera logra definir formalmente un nuevo perfil de egreso. El modelo curricular mantiene además la orientación asignaturista disciplinar histórica con la misma lógica secuencial básico/técnico-clínico. Existe una apuesta a avanzar primero en los cambios de filosofía de la atención a través de la introducción de la odontología social como área de formación, para abordar luego cambios estructurales dependientes de un avance más amplio de la institución en términos de desarrollo académico. De este modo, el cambio se resuelve estrictamente a través de un mecanismo de *adición curricular* (Camilloni, 2001).

Será recién a partir de la reapertura democrática, con la concreción del PE 93, que tenga lugar un cambio curricular integral que concrete en el conjunto de los planos del currículo prescripto las transformaciones esbozadas en la década de los sesenta.

### **Plan de estudios emblemático posdictadura**

En la etapa de restauración institucional de los años ochenta y noventa de la Udelar tiene lugar un nuevo movimiento de reforma curricular que se procesará en un marco muy crítico desde el punto de vista de las necesidades de reconstrucción de la estructura académica, de insuficiencia presupuestal y de atención a las nuevas

condiciones de masificación en las que se desarrolla la enseñanza de grado.

En este momento se conjuga la participación de las generaciones de restituidos o retornados con las nuevas generaciones docentes que resistieron la dictadura, formadas durante o al final de la intervención universitaria en la enseñanza pública o en los centros privados, y en algunos casos también con egresados progresistas que se reincorporan al cogobierno. En el caso de varias carreras, se dieron oportunidades de formación en el exterior y a nivel nacional, así como de seguir realizando nuevos desarrollos profesionales en el medio; en el caso de Odontología los destituidos o retirados de la actividad académica quedaron mayoritariamente recluidos en la actividad profesional liberal, privada, con escasas posibilidades de actualización, más allá de los cursos ofrecidos por la Asociación Odontológica del Uruguay en los últimos años de la intervención. De este modo, los procesos de reconstrucción académica estuvieron probablemente signados por condiciones diferenciales de formación académica inicial, así como de oportunidades de dedicación a la docencia universitaria en función de las condiciones del ejercicio profesional.

Trascendiendo la situación crítica de la reapertura, no obstante, la Facultad de Odontología procesa, en medio del clima de optimismo de la vuelta a la democracia y de recuperación de las libertades, una reforma curricular de la carrera de grado dando lugar a lo que hoy los actores institucionales identifican como planes de estudios emblemáticos. Esto es, se trata de currículos que, buscando dar respuesta a las necesidades del contexto histórico social e institucional de este momento, incorporan innovaciones curriculares relevantes para la mejora de la calidad de la formación de los graduados.

La Facultad de Odontología elabora un nuevo plan de estudios que retoma, potencia y enriquece lo proyectado en la década del sesenta, consolidándose finalmente como el plan “bisagra” para la superación del modelo fundacional.

El PE 93 de Odontología va a suponer la instrumentación y la profundización de los principios rectores del PE 66, con una perspectiva de reforma integral del currículo alineada con la orientación política e ideológica consensuada por las facultades de la región, aglutinadas en la OPS, ahora con experiencias de implementación curricular sistematizadas. Se define un perfil generalista capaz de abordar las enfermedades más prevalentes del país con una concepción *biopsicosocial* del *proceso de salud-enfermedad* y de desarrollar y promover una asistencia odontológica colectivizada. Con este marco, se adopta un *enfoque integral* con orientación preventiva y de

promoción de la salud, que implicará el trabajo interdisciplinario y multiprofesional vinculado con la comunidad y la propuesta de articular las funciones universitarias poniendo en el centro la atención, el paciente y la colectividad, así como la solución de los problemas odontológicos de la sociedad, asegurando la cobertura universal de la atención. De forma coherente, se plantea entonces diseñar un modelo curricular integrado en todos los planos y niveles: integración disciplinar, integración básico-clínica, integración teoría-práctica, integración docencia-asistencia-investigación en servicios comunitarios. Asimismo, promover los principios de enseñanza activa y de evaluación de los aprendizajes con un enfoque *formativo* y énfasis *autoevaluativo*, a la vez que de evaluación permanente del proceso de implementación curricular con un criterio de desarrollo flexible. No obstante, la organización académica permanecerá incambiada, sustentando el currículo en una estructura de cátedra tradicional con estructura piramidal y contrataciones docentes de baja dedicación, asociadas al dictado de asignaturas o disciplinas.

De este modo, en los años noventa se comienzan a consolidar nuevos enfoques educativos y modelos curriculares pautados esencialmente por los debates y orientaciones de los propios campos de formación, de alcance regional e internacional. Las formas de resolución innovadoras son singulares a cada colectivo académico a fin de viabilizar en sus particulares contextos institucionales la implementación de los objetivos y principios de formación delineados. En unos casos es evidente la incidencia del debate académico organizado de la profesión a nivel regional en los nuevos lineamientos del currículo nacional; en otros casos está presente la influencia indirecta de la experiencia académica internacional adquirida por los docentes retornados al país. Por otra parte, en unos el centro de la discusión se ubica en la dimensión pedagógica y en otros en la dimensión científica disciplinar, si bien en ningún caso dejan de estar presentes ambos aspectos.

Hasta este momento las definiciones de política curricular de la Udelar aparecen pautadas claramente por las dinámicas y tradiciones de cada campo, con sus propias fuentes externas, y se definen de forma autónoma por las facultades y las carreras sin intervenciones políticas centrales universitarias. La Ley Orgánica vigente de 1958 previó en el artículo 22 la definición de orientaciones pedagógicas generales de los planes de estudios, no obstante, la universidad no acordó directrices generales comunes hasta el año 2011.<sup>79</sup>

<sup>79</sup> Ordenanza de estudios de grado y otras formaciones terciarias, agosto 2011.

## La evolución de los planes de estudios hasta la actualidad: mejoras curriculares y resistencia al cambio

Después del truncado proceso del Plan Maggiolo, la Udelar retoma desde los años noventa con fuerza el diseño de políticas centrales universitarias, ligadas en este período a la agenda de las cumbres regionales y mundiales de UNESCO, resultado de los consensos alcanzados por las universidades de la región, en abierta confrontación con las políticas educativas promovidas por los organismos internacionales de financiamiento (FMI y BM). Asimismo, se realizan desarrollos teóricos nacionales y se incorporan y recrean tradiciones, debates y lineamientos innovadores presentes en los distintos campos de formación universitaria de la Udelar en las últimas décadas.

Con el liderazgo del rector ingeniero Rafael Guarga, que protagonizó la transformación curricular operada en las ingenierías, las políticas curriculares centrales de los años dos mil buscan generalizar las medidas de flexibilización y articulación curricular y la incorporación de los créditos académicos en el conjunto de las carreras. El régimen general de créditos de la Udelar se aprueba ya en el año 2005, seis años antes de la promulgación de la normativa que regula actualmente las carreras de grado.

En este contexto, muchas carreras operarán nuevas reformas curriculares, con distintos sentidos de cambio, pero en general con el común denominador de la renovación curricular parcial.

En el caso de la Facultad de Odontología se suceden dos reformas curriculares, desde el emblemático PE 93, que cumplen esencialmente con la finalidad de consolidar las transformaciones acordadas, sintetizando y ajustando las definiciones y los avances alcanzados durante el proceso de implementación curricular, así como mejorar el proyecto educativo acompañando las políticas de flexibilización y articulación curricular que se promueven desde el nivel central de la Udelar. La reforma curricular del 2011 fortalece además el perfil académico de la formación y lo alinea formalmente con las políticas de salud nacionales, ahora coherentes con los principios rectores definidos por la FO en el año 1993. El fuerte componente utópico del proyecto 93 durante este período esencialmente se adecua a la realidad de las condiciones institucionales, por momentos muy precarias, adoptándose medidas de ajuste que fortalezcan la calidad de la formación y preservando los fines del plan de estudios original. Por otra parte, el PE 01 concreta la primera apertura de conocimientos de la carrera por medio de cursos optativos, dando lugar a una nueva selección curricular que permite romper el modelo histórico tubular de formación. El PE 11 posteriormente ampliará la oferta flexible, también con cursos electivos, y reorganizará el currí-

culo para efectivizar la articulación curricular con las carreras tecnológicas odontológicas mediante la incorporación de titulaciones intermedias (cuadro 5).

**Tabla 26: Evolución de los planes de estudios de Odontología**

	Plan 93	Plan 01	Plan 11
Fines del cambio	Transformación del paradigma de formación	Adecuación a las políticas universitarias	Adecuación a las políticas universitarias y ajuste del perfil
Ideas fuerza	<p>Cambio modelo curricular: integración disciplinar, básico-clínica, teoría-práctica, docente-asistencial, etc.</p> <p>Cambio modelo atención: asistencia integral intra y extramural</p> <p>Cambio modelo pedagógico: enseñanza activa y evaluación continua</p>	Consolidación del modelo y flexibilización curricular	<p>Fortalecimiento del perfil académico</p> <p>Flexibilización y articulación curricular</p> <p>Reorganización temporal</p>
Proceso curricular y de enseñanza	<p>Reselección y reorganización curricular</p> <p>Renovación enseñanza y evaluación de los aprendizajes</p>	Reselección curricular: cursos optativos	<p>Reselección curricular: cursos optativos y electivos</p> <p>Reorganización curricular: Incorporación títulos intermedios</p>

## Principales tensiones curriculares históricas

### La necesidad de superación del enfoque técnico en la formación odontológica

No se dispone de fuentes historiográficas institucionales suficientes sobre la formación odontológica por lo que es fundamentalmente a través de la genealogía curricular que se pueden formular algunas hipótesis de tensiones curriculares.

Probablemente la tensión pretérita más relevante desde sus orígenes fuera la establecida entre la formación técnica y la forma-

ción científica, ya que se trata de una carrera a la que le antecede una práctica profesional, emergente en la sociedad montevideana. Practicada por *dentistas extranjeros*,<sup>80</sup> *cirujanos*, *sangradores* y *barberos de diversa índole*, una vez creada la Facultad de Medicina (1875) se acreditará con la rendición de un examen teórico de conocimientos básicos generales adquiridos en la facultad y un examen práctico del denominado *arte del dentista*, aprendido en un consultorio certificado de la ciudad (Escudero, 2010). Los primeros cursos específicos se comienzan a crear recién hacia finales del siglo, con una duración de la formación curricular de dos y tres años, según la etapa, hasta la creación de la Facultad de Odontología (1929) y la formulación del Plan de Estudios 1936 que equipara la carrera a Medicina, con cuatro años de duración.

Como surge del análisis de este plan, en los hechos plenamente vigente hasta por lo menos 1985, se afianza durante décadas una formación de perfil generalista destinada al ejercicio liberal que abarcó incluso la capacitación en laboratorio dental, netamente especializada en la disciplina y con una orientación exclusivamente biológica y técnica que no contemplará contenidos de formación social u otros saberes extra profesionales.

Se trata de una carrera que consolida a lo largo del siglo un importante componente técnico clínico vertebrado por un aprendizaje fuertemente procedimental que identifica la carrera, destinada de forma consistente a una práctica liberal que es hegemónica durante todo el período. La formación técnica y clínica se ubica desde hace décadas entre el 50 % y el 60 % de las horas de la carrera.

Es recién arribando a la década de los sesenta, cuando la profesión inicia una profunda reflexión ética y política sobre su papel social, ajeno a las necesidades de atención de la población en América Latina, y se comienzan a revisar los modelos de formación curricular. Uno de los puntos más críticos será el carácter “artesanal” y “preciosista” de la odontología que ya en el Plan 66 lleva a la eliminación de las asignaturas focalizadas en el mero desarrollo de las destrezas manuales (Dibujo, plástica y modelado) y el componente de formación en laboratorio (Práctica de Laboratorio y Metalurgia).

Ya en el Plan 93, posteriormente, se plantea como el punto de partida del cambio la necesidad de formular un currículo “dotado de un carácter más médico y menos artesanal”.<sup>81</sup>

<sup>80</sup> Habilitados desde 1836 por la Junta de Higiene Pública que cumplía funciones de policía sanitaria (ibíd.).

<sup>81</sup> Intervención del decano de la facultad, doctor Di Píramo, en la Asamblea del Claustro con motivo de la aprobación del nuevo plan de estudios.

En el nuevo contexto social e institucional de los sesenta irrumpe, como vimos, un segundo polo de tensión presionado por el propio campo profesional y centrado en la confrontación de dos enfoques de atención en pugna: el enfoque curativo y restaurador tradicional versus el enfoque preventivo, de atención integral e incorporación de una perspectiva de Salud Pública, asociado al movimiento regional de desarrollo de la Medicina Social. Se trata de los primeros cambios conceptuales que darán inicio al cambio de paradigma de la formación ya entrados los años noventa.

En esta etapa la tensión se expresa de forma más declarativa que práctica ya que el proyecto curricular, como vimos, solo logra introducir en la selección de contenidos, por primera vez, el eje de formación de Odontología Social, pero no llega a aplicarse a cabalidad hasta la reapertura democrática. El cambio de filosofía queda circunscripto a un área de formación y no logra permear las áreas tradicionales de la carrera.

### **Análisis sincrónico: código curricular resultante**

Empleamos la noción de código curricular definida por Lundgren (1997, p. 20) en términos amplios como el “conjunto de principios sobre cómo deben seleccionarse, organizarse y transmitirse el conocimiento y las destrezas”, a partir del cual Barco (2005, pp. 53-54) propone una definición más precisa en la noción de “código del plan”, a los efectos de este estudio, equiparables. Este “está constituido por la lógica organizativa [...] que preside la formulación de ejes, selección y/o creación de disciplinas académicas, modos de las diversas relaciones y correlaciones para lograr la formación del egresado de que se trate, así como de lineamientos generales de la transmisión, apropiación y creación de conocimientos involucrados en el plan. Esta lógica, a su vez descansa en fundamentos epistemológicos, pedagógicos y de política de distribución de conocimientos”.

Derivadas de las conceptualizaciones clásicas de Schwab y Phenix (1973) sobre *estructuras de las disciplinas*, ponemos a su vez en juego en este análisis las nociones de *estructuras semánticas* -conceptuales- y *sintácticas* -modos de verificación- de las disciplinas.

A partir de las categorías de análisis abordadas se puede identificar en Odontología un código curricular claramente diferenciado que da cuenta de lógicas epistemológicas y concepciones pedagógicas particulares.

***Carrera de Odontología: código multidisciplinar integrado con énfasis en habilidades procedimentales y eje de práctica vertebradora***

Con un perfil profesional generalista único, vinculado a las políticas nacionales de salud bucal de atención primaria y las necesidades del mercado profesional privado de manejo de las enfermedades más prevalentes del país, la carrera de Odontología presenta a nivel macrocurricular un código integrado tubular, de carácter multidisciplinar, con preponderante formación práctica profesional, orientado especialmente al desarrollo de habilidades procedimentales de atención de la salud bucal, con incipiente atención a la formación general y académica del egresado.

Las estructuras semánticas de las ciencias empíricas, tecnológicas y aplicadas, sociales y humanas que la componen presentan a nivel mesocurricular un conocimiento altamente estandarizado que condiciona una enmarcación del conocimiento preponderantemente fuerte, una contextualización casi plena de la formación básica, un diálogo interdisciplinario generalizado entre subdisciplinas y trabajo conjunto con otras profesiones de la salud en algunos espacios de práctica. La educación experiencial atraviesa la formación obligatoria por medio de los dispositivos de atención clínica intramural y de las pasantías en servicios y comunidad, constituyendo el componente de formación prioritario. Los conocimientos sociales están actualmente afianzados, aglutinando el debate ideológico explícito de la formación, pero mantienen un menor estatus frente a los conocimientos hegemónicos biológicos, técnicos y tecnológicos. La estabilidad en el tiempo de los contenidos básicos y técnicos troncales es alta, y los cambios se focalizan en los contenidos técnicos-tecnológicos asociados con la emergencia de nuevos materiales dentales y técnicas clínicas derivadas. Las estructuras sintácticas de las disciplinas aparecen muy débiles en las áreas de formación específicas y se resuelven actualmente mediante la adición al currículo de un eje de formación en investigación. La articulación de la enseñanza con la extensión y las actividades en el medio, en cambio, constituye un componente obligatorio y relevante de la formación asociado a la educación experiencial en servicios y comunidad.

La formación práctica profesional, estructurada en niveles crecientes de complejidad del aprendizaje y de atención de la salud, constituye el eje organizador fundamental de la carrera a partir del cual se organizan los demás conocimientos.

**Gráfico 3: Organización curricular general de la carrera de Odontología**

Biológica	Biológica			
	Patológica	Patológica		
	Práctica Técnica	Práctica Clínica .....		
		Pasantía	Pasantía/Practicantado	
Social		Social		Social
General y académica inicial				

Fuente: elaboración propia

La secuencia general de la carrera, de este modo, responde básicamente a una lógica convergente de articulación teoría-práctica profesional, lo que da lugar a una racionalidad integradora de resolución de los problemas de la práctica. La clasificación del conocimiento en este sentido es débil, configura un modelo integrado con territorios curriculares mayoritariamente compartidos entre las disciplinas específicas, sin pérdida de las identidades disciplinares. La organización de la carrera con una trayectoria curricular única da lugar a la organización de un currículum centrípeta (Camilloni, 2001, 2016) que admite una flexibilidad interna mínima y una articulación externa potencialmente alta, por lo que este componente cumple una función complementaria de formación, resuelta de forma prácticamente libre por el estudiante y sin necesidad de tutoría académico-curricular.

La secuencia teoría-práctica a nivel mesocurricular responde en general a un modelo de integración teoría-práctica, sin momentos de enseñanza diferenciados. Los componentes de práctica profesional intra y extramural constituyen los principales espacios de integración y se identifican como los dispositivos primordiales de innovación educativa y curricular, si bien la práctica clínica presenta limitaciones por factores estructurales académicos. Los modos de transmisión presentan una tendencia a la enseñanza concluyente en la formación básica y clínica, pero combinados con un enfoque de evaluación formativa a la vez que de control de conocimientos. Son los núcleos de formación práctica profesional avanzados y desarrollados en el medio, en los que se resuelven problemas auténticos en contexto real, los que presentan con mayor relevancia una enseñanza crítico-reflexiva, acompañados también de una evaluación formativa supervisada por docentes y profesionales.

## La preocupación por la formación integral en Odontología como principal innovación

De la mano del cambio del modelo hegemónico de atención de la salud con enfoque curativo e individual al modelo preventivo con perspectiva colectiva y social, la FO jerarquiza los dispositivos de *Clínicas Integradas* para el desarrollo de las prácticas profesionales controladas y el de *pasantías en servicios y comunidad* para la práctica en contexto de atención social en el medio. El modelo didáctico se organiza en torno al aprendizaje basado en la resolución de problemas reales de salud con un enfoque de atención integral, propio del campo didáctico de las profesiones de la salud, de larga tradición (Camilloni, 2014).

El dispositivo de *Clínica Integrada* se organiza actualmente, como ya vimos, con estrategias básicas de integración curricular que preservan los abordajes por especialidades, con otros aportes multidisciplinares concurrentes en el espacio de formación, para la resolución de los problemas de salud de los pacientes que se atienden en la FO. El principio curricular organizador de la clínica lo constituyen las etapas del desarrollo de la atención, guiadas por la historia clínica, parcialmente común, de la FO (diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, resolución del problema, control y mantenimiento de la salud). En torno a este proceso es que se procura la articulación teoría-práctica, tanto a nivel de la enseñanza como de la evaluación continua de los aprendizajes.

No obstante, el dispositivo de *pasantías* de atención en servicios y comunidad orientados en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) aparece como el espacio privilegiado de educación experiencial de la carrera,<sup>82</sup> especialmente legitimado por los estudiantes y los egresados (López, 2015; Udelar-FO, 2017). Este está organizado por un espacio académico de integración multidisciplinar en el que confluyen una variedad de disciplinas de la FO. Se valora como la experiencia de formación que busca alcanzar los mayores niveles de integralidad, no solo desde el punto de vista del logro de una atención plenamente integral, sino también del desarrollo general de las capacidades del estudiante (conceptuales, procedimentales y actitudinales), de integración de conocimientos multidisciplinarios, institucionales y culturales, así como de articulación multiprofesional. La filosofía que sustenta actualmente las prácticas profesionales en contexto real se sintetiza en una variedad de principios pedagógicos asociados con la educación experiencial y la tradición educativa de la extensión universitaria (Blanco, 2004).

<sup>82</sup> Introducido por primera vez como vimos en el PE 93, y consolidado en el PE 2011 con un peso curricular relevante (750 horas, 16 % de horas presenciales).



Fig. 10. Estudiantes y docentes de la carrera de Dr./Dra. en Odontología en práctica con fantasmas (2024).

Se plantea en primer lugar la necesidad de situar al estudiante en un espacio asistencial externo que lo despegue de la cotidianidad de la práctica controlada –clínica intramural– permitiéndole ubicarse en una práctica asistencial pública alejada del encuadre del ejercicio individual liberal. De este modo, adaptarse a un nuevo espacio de aprendizaje en el que pueda reconocer otras formas de organización asistencial y actuar en el marco de un colectivo más amplio de referentes profesionales y comunitarios, para en última instancia *“vivenciar los principios del SNIS en movimiento”*. En este marco, se plantea a la vez *“posicionar al estudiante frente a problemas asistenciales reales y menos estructurados que los que enfrenta en las clínicas de la FO”* a los fines de habilitar un aprendizaje plenamente auténtico, situado en los contextos comunes de vida social y de asistencia de los ciudadanos (ibíd.). El estudiante se enfrenta así a la resolución de problemas menos pautados y rutinarios con el fin de *“desarrollar una práctica reflexiva que le permita enfrentar situaciones singulares, complejas, inciertas y de conflicto de valores”* (PE 11, p. 13).<sup>83</sup> El abordaje de situaciones auténticas en los servicios asistenciales brinda, por otra parte, la posibilidad al estudiante de realizar

<sup>83</sup> Conceptualizado en estos términos por Donald Schön.

aprendizajes en condiciones de intercambio multidisciplinar, multi-profesional y en contacto con saberes no académicos, de modo de poder brindar una genuina atención integral de la salud. Asimismo, permite el desarrollo de competencias de trabajo en equipo, elemento que la legislación define actualmente como un componente constitutivo de la Atención Primaria en Salud.

Los principios pedagógicos también son consistentes con una perspectiva extensionista de la FO de larga tradición que tiene como principales ingredientes la adopción de un modelo educativo más horizontal y participativo en el que pueden llegar a “reestructurarse las relaciones de poder”, producirse climas socioafectivos diferentes –menos presionados por el control– y, en última instancia, establecer una relación pedagógica más humanizada entre docentes, profesionales, estudiantes y pacientes (Blanco, 2004, pp. 7-9). Por otra parte, se plantea la posibilidad de situar al estudiante en nuevos ámbitos que lo estimulen a poner en juego y desarrollar otras habilidades socioculturales tomando contacto con realidades alejadas de su entorno cotidiano y trabajando la “distancia cultural” que se establece entre individuos que pertenecen a distintos sectores sociales. Finalmente, ha sido un principio fundamental de la extensión asociada a la salud pública el desarrollo de competencias que apunten a la promoción de la participación social en salud, colaborando al empoderamiento de los actores sociales en los servicios y en la comunidad, como sujetos activos de derecho. No obstante, esta participación social, concebida como fin en sí mismo y no como medio en estos espacios asistenciales, ha sufrido una transformación importante por los cambios sustanciales ocurridos en el Estado en materia de políticas de salud, expresados en la construcción del SNIS. Odontología sigue preservando, no obstante, en su inserción territorial el principio de atención a los sectores más desfavorecidos, como una vertiente clásica y esencial de la extensión universitaria de tradición reformista latinoamericana (Cano, 2016).

## **Tensiones curriculares actuales: nuevos contextos y demandas**

### **La necesidad de continuar fortaleciendo la integración curricular para el desarrollo de la formación integral del odontólogo**

Superada la tensión entre formación técnica y formación científica con los cambios curriculares que se suceden desde los años noventa, Odontología concentra el debate de los tres últimos planes de estudios (1993, 2001, 2011) en la mejora de las estrategias de integración curricular con la meta permanente de superar el mo-

delo disciplinar tradicional que tiende a fraccionar los procesos de aprendizaje y de atención de la salud bucal. El cambio del modelo de práctica profesional hacia una matriz de atención integral de la salud con enfoque preventivo y de promoción de la salud tracciona como vimos la reforma integral del currículo bajo el lema central de la integración disciplinar. La búsqueda constante de buenas prácticas de integración tanto en la formación básica como en la formación clínica y en el medio social es desde hace más de dos décadas el punto central del debate institucional a nivel curricular. Ya vimos que las condiciones estructurales académicas constituyen el principal límite de esta definición político-educativa.

La tensión entre formación teórica y práctica pasa a ocupar un segundo lugar ya que se entiende que los avances han sido significativos; no obstante, se mantiene una vigilancia permanente a nivel de la gestión curricular con el fin de ir ajustando desarticulaciones aún vigentes tanto en materia de enseñanza como de evaluación de los aprendizajes.

En un tercer orden se observan latentes las tensiones entre generalismo y especialismo por la marcada estructura tubular de la carrera, y entre formación general y específica por las demandas que el medio plantea con relación a ciertas competencias genéricas profesionales. La formación psicológica en la atención odontológica y el manejo de los condicionantes psicosomáticos de la salud bucal constituyen un contenido especialmente identificado como deficitario actualmente, por lo que se plantea la necesidad de incorporar un nuevo eje curricular articulado a la clínica.

Para culminar, sólo subrayar que en este escenario de tensiones curriculares contemporáneas, la carrera presenta perspectivas de transformación ligadas a su particular coyuntura institucional, pero no se advierten aún jóvenes generaciones estudiantiles y docentes preocupadas por instalar nuevas agendas curriculares.

## Referencias bibliográficas

- Arango, A. (1990). *La enseñanza de la odontología*. Medellín: Facultad de Odontología, Universidad de Antioquía.
- Artigas, S., y Collazo, M. (1994). *Perfil pedagógico de la Facultad de Odontología. Diagnóstico primario*. Montevideo: Escuela de Graduados, FO, Udelar.
- Artigas, S., y Collazo, M. (1999). La formación odontológica en la Universidad de la República (Uruguay). Plan de Estudios 1993: ¿innovación o transformación curricular? En *Pedagogía Universitaria. Presente y Perspectivas*. Montevideo: Cátedra UNESCO-AUGM.
- Barco, S. (2005). Del orden, poderes y desórdenes curriculares. En S. Barco (Coord.), *Universidad, docentes y prácticas: El caso de la Universidad Nacional de Comahue*. Neuquén: Editorial Universidad Nacional de Comahue.
- Blanco, S. (2004). *Plan de Cátedra Odontología Social*. Facultad de Odontología, Udelar.
- Blanco, S. (2012). *Informe de incorporación de la Bioética al currículo de la carrera de Odontología*. Facultad de Odontología. Universidad de la República.
- Borrell, R. M. (2005). *La educación médica en la Argentina: El desafío de una nueva práctica educativa*. Buenos Aires: OPS.
- Cabezas, A. (2015). *La formación de los odontólogos y el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: Udelar, CSE.
- Cano, A. (2016). Debates de ayer y hoy: Algunos antecedentes de las nociones de extensión e integralidad en la Universidad de la República. *InterCambios*, 3(1), 13-23.
- Camilloni, A. (1995). *Reflexiones para la construcción de una didáctica para la educación superior*. Primeras Jornadas Trasandinas sobre Planeamiento, Gestión y Evaluación Universitaria. Chile: Universidad Católica de Valparaíso (mimeo).
- Camilloni, A. (2001). Modalidades y proyectos de cambio curricular. En *Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001*. Facultad de Medicina, UBA-OPS, OMS.
- Camilloni, A., et al. (2007). *El saber didáctico*. Buenos Aires: Paidós.
- Camilloni, A. (2014). Las didácticas de las profesiones y la didáctica general: Las complejas relaciones de lo específico y lo general. En M. Civarolo y S. Lizarriturri (Comps.), *Didáctica general y didácticas específicas: La complejidad de sus relaciones en el nivel superior*. Villa María: Universidad Nacional de Villa María.

- Camilloni, A. (2016). Tendencias y formatos en el currículo universitario. *Itinerarios Educativos* (9), *Revista Electrónica de la Universidad Nacional del Litoral*, 59-87.
- Carbajal, L. (2008). *Carreras universitarias: El caso Medicina*. Montevideo: Comisión Sectorial de Enseñanza, Universidad de la República.
- Collazo, M. (2023). *Estructuras de conocimientos y currículo universitario: los casos de las carreras de Ingeniería Eléctrica, Odontología y Sociología de la Universidad de la República*. Colección Constelaciones Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Collazo, M. (2021). El currículo universitario interpelado: aportes para la investigación de las singularidades políticas, epistemológicas y pedagógicas de los campos de formación. Serie: La Universidad se Investiga, Comisión Sectorial de Enseñanza, Udelar.
- Collazo, M., De Bellis, S., Perera, P., y Sanguinetti, V. (2015). Asesorías pedagógicas y políticas de enseñanza en la universidad pública uruguaya: Pasado y presente. En E. Lucarelli (Ed.), *Universidad y asesoramiento pedagógico*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Escudero, P. (2010). Evolución histórica de los estudios de odontología en el Uruguay. 1.<sup>a</sup> parte - Desde la época colonial hasta la creación de la Escuela de Odontología. *Revista Odontoestomatología*, 12(15). Montevideo set. 2010.
- Flexner, A. (1910). Medical education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin Number Four. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Nueva York.
- Flexner, A. (1912). Medical Education in Europe. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Nueva York.
- Goodson, I. (2003). *Estudio del currículum: Casos y métodos*. Buenos Aires: Amorrortu.
- López, M. C. (2015). *La incidencia en el perfil profesional de la actual formación en odontología desde la valoración de los actores universitarios*. Montevideo: Udelar, CSE.
- Lorenzo, S., Álvarez, R., Blanco, S., y Peres, M. (2013). Primer relevamiento nacional de salud bucal en población joven y adulta uruguaya. *Odontoestomatología*, 15(spe.). Montevideo.
- Luengas, M. I., López Cámara, V., y Sáenz, L. (2003). Corrientes en la formación de odontólogos en América Latina: Los límites de la innovación. *Revista de Ciencias Clínicas*, 4(1), 53-62.
- Lundgren, U. (1992). *Teoría del currículum y escolarización*. Madrid: Morata.

- Manss Freese, A. (2013). *Sistema estomatognático. Fundamentos clínicos de fisiología y patología funcional*. Amolca, Actualidades Médicas, C. A.
- Ministerio de Salud Pública (2019). Avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- Murgel, E., Goncalves, B., Ferreira, J., y de Paula, L. (2007). *Odontología: Historia restaurada*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Oddone, J., y Paris, B. (2010). *Historia de la Universidad de la República. Tomo II: La Universidad uruguaya desde el militarismo a la crisis (1885-1958)*. Montevideo: Ediciones Universitarias, Universidad de la República, 2.ª edición.
- Ringel, R., Blanco, S., Cánepa, C., Güelfi, C., y Visconti, M. (2000). *Enseñanza-aprendizaje en servicios de salud y comunidad*. Montevideo: Facultad de Odontología, Udelar.
- Riva, R., Sanguinetti, M., Rodríguez, M., Guzzeti, L., Lorenzo, S., Álvarez, R., y Massa, F. (2011). Prevalencia de trastornos témporo mandibulares y bruxismo en Uruguay. *Odontoestomatología*, 13(17).
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Madrid: Paidós.
- Schwab, J. (1973). Problemas, tópicos y puntos de discusión. En S. Elam (Comp.), *La educación y la estructura del conocimiento*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Seoane, M. (2015). Desempeño estudiantil en el primer y segundo año de la carrera de Odontología de la Universidad de la República. Análisis de trayectorias académicas de la cohorte 2009. *InterCambios*, 2(1), 111-120.
- Universidad de la República. Memoria del Rectorado 1989-1998.
- Universidad de la República. Memoria del Rectorado 1998-2006.
- Universidad de la República. Memoria del Rectorado 2006-2014.
- Universidad de la República, Facultad de Medicina y Facultad de Odontología. (1989). *Proyecto de Atención primaria en salud*.
- Universidad de la República, Facultad de Odontología. (1996). *Informe Unidad de Supervisión y Transformación Curricular (UNSTRAC)*.
- Universidad de la República, Facultad de Odontología. (1999). *Informe del Programa Docencia-Servicio*.
- Universidad de la República, Facultad de Odontología. (2008). *Informe de Autoevaluación Institucional y Plan de Mejoras de la Facultad de Odontología*.
- Universidad de la República, Facultad de Odontología. (2009). *Informe del Comité de Pares Externos*.

- Universidad de la República, Facultad de Odontología. (2012). *Informe Comisión Académica de Carreras (CAC)*.
- Universidad de la República, Facultad de Odontología. (2017). *Informe de Autoevaluación Institucional*.
- Universidad de la República, Facultad de Odontología. *Plan de Estudios 1935*.
- Universidad de la República, Facultad de Odontología. *Plan de Estudios 1966*.
- Universidad de la República, Facultad de Odontología. *Plan de Estudios 1993*.
- Universidad de la República, Facultad de Odontología. *Plan de Estudios 2001*.
- Universidad de la República, Facultad de Odontología. *Planes de Estudios 2011*.
- Universidad de la República, Facultad de Odontología, Unidad de Apoyo a la Enseñanza. (2017). *Informe Encuesta de Egresados 2017*.
- Universidad de la República, Facultad de Odontología, Unidad de Planeamiento y Evaluación FCS. (2003). *Informes sobre los órdenes docente y estudiantil frente a la evaluación institucional*.
- Universidad de la República, Facultad de Odontología. (1989, julio 27). *Convenio firmado con el Ministerio de Salud Pública*.
- Vallés, M. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Madrid: CIS (Colección Cuadernos Metodológicos, 32)

## Referencias Segmentos Odontología

- (1) RD/RA9 – Categoría Odontología Social. Década del 60
- (2) RD/RA9 – Categoría Odontología Social. Década del 60
- (3) RD/RA9 – Categoría Odontología Social. Década del 60
- (4) RD/RA9 – Categoría Odontología Social. Década del 60
- (5) RD/RA5 – Categoría Plan de Estudios 1942 y 1966
- (6) RD/RA5 – Categoría Plan de Estudios 1942 y 1966
- (7) RD/RA10 – Categoría Historia académica Cátedra Prótesis Fija
- (8) RD/RA4 – Categoría Cátedra Prótesis Completa. Escuela nacional y evolución de la disciplina
- (9) RD/RA10 – Categoría Protagonismo institucional disciplinas
- (10) RD/RA7 – Categoría Historia Cátedra de Operatoria Dental
- (11) RD/RA5 – Categoría Investigación década del 60
- (12) RD/RA6 – Categoría Plan de Estudios 1966
- (13) RD/RA5 – Categoría Plan de Estudios 1942 y 1966
- (14) RD/RA9 – Categoría Reconfiguración Cátedra Odontología Social. Ecología de la Salud
- (15) RI1 – Categoría Reapertura democrática
- (16) RI1 – Categoría Reapertura democrática
- (17) RI/RA3 – Categoría Reapertura democrática
- (18) RD/RA7 – Categoría Historia Cátedra de Operatoria Dental
- (19) RI1 – Categoría Reapertura democrática
- (20) RI/RA3 – Categoría Reapertura democrática
- (21) RI1 – Categoría Reapertura democrática
- (22) RA12 – Categoría Reapertura democrática. Integración curricular
- (23) RA13 – Categoría Área Patología. Primeras experiencias de integración y de enseñanza activa
- (24) RD/RA8 – Categoría Reforma curricular reapertura
- (25) RI1 – Categoría Reapertura democrática
- (26) RD/RA8 – Categoría Reforma curricular reapertura
- (27) RI1 – Categoría Reapertura democrática
- (28) RI/RA3 – Categoría Reapertura académica

- (29) RI1 – Categoría Reapertura democrática
- (30) RI/RA2 – Categoría Reapertura democrática
- (31) RI1 – Categoría Reapertura democrática
- (32) RI/RA2 – Categoría Reapertura democrática
- (33) RD/RA9 – Categoría Plan de Estudios 1993. Antecedentes de extramuración
- (34) RD/RA9 – Categoría Plan de Estudios 1993
- (35) RD/RA9 – Categoría Plan de Estudios 1993. Antecedentes de extramuración
- (36) RI/RA3 – Categoría Reapertura democrática. Influencia de OPS
- (37) RD/RA6 – Categoría Plan de Estudios 1993. Integración curricular
- (38) RI/RA3 – Categoría Plan de Estudios 1993. Formación técnica
- (39) RI/RA2 – Categoría Organización curricular Morfofunción
- (40) RA12 – Categoría Reapertura democrática. Integración curricular
- (41) RI/RA3 – Categoría Plan de Estudios 1993. Formación técnica
- (42) RI/RA2 – Categoría Reapertura democrática
- (43) RI/RA3 – Categoría Plan de Estudios 1993. Enfoque de prevención
- (44) RI/RA3 – Categoría Plan de Estudios 1993. Enfoque de prevención
- (45) RD/RA8 – Categoría Reforma curricular reapertura
- (46) RA12 – Categoría Reapertura democrática. Integración curricular
- (47) RI/RA2 – Categoría Organización curricular Morfofunción
- (48) RD/RA8 – Categoría Reapertura democrática. Antecedentes de Morfofunción
- (49) RD/RA8 – Categoría Reforma curricular reapertura
- (50) RI/RA2 – Categoría Organización curricular Morfofunción
- (51) RI/RA2 – Categoría Organización curricular Morfofunción
- (52) RA12 – Categoría Selección y organización curricular Anatomía. Papel culturas disciplinarias
- (53) RI/RA2 – Categoría Organización curricular Morfofunción
- (54) RA12 – Categoría Selección y organización curricular Anatomía. Papel culturas disciplinarias
- (55) RI/RA2 – Categoría Organización curricular Morfofunción
- (56) RA12 – Categoría Selección y organización curricular Anatomía. Papel de las culturas disciplinarias

- (57) RA14 – Categoría Integración disciplinas básicas
- (58) RA12 – Categoría Reapertura democrática. Integración curricular
- (59) RI/RA2 – Categoría Organización curricular Morfofunción
- (60) RD/RA8 – Categoría Reapertura democrática. Antecedentes de Morfofunción
- (61) RD/RA8 – Categoría Reapertura democrática. Antecedentes de Morfofunción
- (62) RD/RA9 – Categoría Plan de Estudios 1993. Antecedentes de extramuración
- (63) RD/RA6 – Categoría Plan de Estudios 1993. Integración curricular
- (64) RI/RA2 – Categoría Organización curricular Morfofunción
- (65) RI/RA2 – Categoría Organización curricular Morfofunción
- (66) RA12 – Categoría Selección y organización curricular Anatomía
- (67) RA11 – Categoría Selección y organización curricular Morfofunción
- (68) RA11 – Categoría Selección y organización curricular Morfofunción
- (69) RA14 – Categoría Relevancia de la formación básica biológica
- (70) RA11 – Categoría Extensión y profundidad
- (71) RD/RA8 – Categoría Organización curricular Morfofunción
- (72) RA11 – Categoría Extensión y profundidad
- (73) RA14 – Categoría Relevancia de la formación básica biológica
- (74) RA11 – Categoría Selección y organización curricular Morfofunción
- (75) RA12 – Categoría Relevancia de las Bases Biológicas
- (76) RA12 – Categoría Relevancia de las Bases Biológicas
- (77) RA12 – Categoría Estabilidad y cambio de contenidos
- (78) RI/RA2 – Categoría Estabilidad y cambio de contenidos
- (79) RA12 – Categoría Estabilidad y cambio de contenidos
- (80) RA12 – Categoría Estabilidad y cambio de contenidos
- (81) RA11 – Categoría Extensión y profundidad
- (82) RA14 – Categoría Estabilidad y cambio de contenidos
- (83) RI/RA2 – Categoría Formación práctica
- (84) RA12 – Categoría Formación práctica
- (85) RI/RA2 – Categoría Formación práctica
- (86) RI/RA2 – Categoría Formación práctica

- (87) RA12 – Categoría Formación práctica
- (88) RA11 – Categoría Integración básico-clínica
- (89) RA11 – Categoría Integración básico-clínica
- (90) RA14 – Categoría Relevancia de la formación básica biológica
- (91) RA14 – Categoría Integración de contenidos
- (92) RA12 – Categoría Formación práctica
- (93) RA14 – Categoría Relevancia de la formación básica biológica
- (94) RA12 – Enseñanza activa
- (95) RA12 – Categoría Escuela enseñanza de la Anatomía
- (96) RA12 – Categoría Escuela enseñanza de la Anatomía
- (97) RA14 – Categoría Orientación disciplinar propia
- (98) RA12 – Categoría Articulación enseñanza-investigación
- (99) RA12 – Categoría Estructura sintáctica de la disciplina
- (100) RI/RA2 – Categoría Estructura sintáctica de la disciplina
- (101) RD/RA8 – Categoría Estructura sintáctica de la disciplina
- (102) RD/RA8 – Categoría Papel de los textos
- (103) RA11 – Categoría Extensión y profundidad
- (104) RA14 – Categoría Estructura Uso de textos
- (105) RA12 – Categoría Evaluación actual de la integración
- (106) RA14 – Categoría Filosofía Plan 1993
- (107) RI/RA2 – Categoría Organización curricular Morfofunción
- (108) RA14 – Categoría Filosofía Plan 1993
- (109) RA11 – Categoría Límites de la integración
- (110) RA11 – Categoría Claves de la integración
- (111) RA12 – Categoría Selección y organización curricular Anatomía. Papel de las culturas disciplinarias
- (112) RA14 – Categoría Integración disciplinas básicas
- (113) RA12 – Categoría Evaluación actual de la integración
- (114) RD/RA8 – Categoría Límites de la integración
- (115) RA14 – Categoría Filosofía Plan 1993
- (116) R11 – Categoría Desarrollo académico actual FO
- (117) RD/RA8 – Categoría Límites de la integración

- (118) RI/RA2 – Categoría Evaluación integrada
- (119) RD/RA8 – Categoría Organización curricular Morfofunción
- (120) RI/RA2 – Categoría Recuperación conocimiento básico a nivel clínico
- (121) RD/RA8 – Categoría Enseñanza por problemas e integración básico-clínica
- (122) RA12 – Categoría Integración básico-clínica
- (123) RD/RA8 – Categoría Enseñanza por problemas e integración básico-clínica
- (124) RA11 – Categoría Integración básico-clínica
- (125) RA11 – Categoría Integración básico-clínica
- (126) RA12 – Categoría Integración básico-clínica
- (127) RA14 – Categoría Integración básico-clínica
- (128) RA13 – Categoría Área Patología. Relevancia para el perfil
- (129) RA13 – Categoría Área Patología. Relevancia para el perfil
- (130) RA13 – Categoría Articulación área Patología con las Cirugías
- (131) RA13 – Categoría Área Patología. El paciente como centro de estudio
- (132) RA13 – Categoría Área Patología. Competencias generales
- (133) RA13 – Categoría Área Patología. Primeras experiencias de integración y de enseñanza activa
- (134) RA13 – Categoría Área Patología. Extensión y profundidad del conocimiento
- (135) RA13 – Categoría Área Patología. Primeras experiencias de integración y de enseñanza activa
- (136) RA13 – Categoría Articulación área Patología con las Cirugías
- (137) RA13 – Categoría Área Patología. Tipo de conocimiento
- (138) RA13 – Categoría Área Patología. Estabilidad y cambio de contenidos
- (139) RA13 – Categoría Área Patología. Estructura sintáctica de la disciplina
- (140) RA13 – Categoría Área Patología. Papel de los manuales o textos de enseñanza
- (141) RD/RA9 – Categoría Odontología Social. Conceptualización de la disciplina
- (142) RD/RA9 – Categoría Odontología Social. Conceptualización de la disciplina
- (143) RD/RA9 – Categoría odontología Social. Conceptualización de la disciplina. Perspectiva marxista

- (144) RD/RA9 – Categoría Odontología social e interdisciplina
- (145) RD/RA9 – Categoría Odontología Social. Conceptualización de la disciplina
- (146) RA16 – Categoría Odontología Social / Salud Colectiva
- (147) RD/RA9 – Categoría Odontología Social. Conceptualización de la disciplina
- (148) RD/RA9 – Categoría Odontología Social. Pautas de enseñanza
- (149) RD/RA9 – Categoría organización curricular Odontología Social
- (150) RD/RA9 – Categoría odontología Social. Conceptualización de la disciplina. Perspectiva marxista
- (151) RD/RA9 – Categoría Balance de los avances sociales en la formación
- (152) RD/RA9 – Categoría Articulación Odontología Social y Docencia Servicio
- (153) RD/RA9 – Categoría Odontología Social. Conceptualización de la disciplina
- (154) RD/RA9 – Categoría Organización curricular Odontología Social
- (155) RD/RA9 – Categoría Odontología Social y Pasantías. Dimensión intercultural
- (156) RD/RA9 – Categoría Odontología Social y Pasantías.
- (157) RD/RA9 – Categoría Odontología Social. Competencias generales
- (158) RA16 – Categoría Odontología Social como espacio de crítica
- (159) RD/RA9 – Categoría Odontología Social y Clínicas
- (160) RD/RA7 – Categoría Operatoria Dental y Odontología Restauradora
- (161) RD/RA10 – Categoría Nexos entre lo protésico y lo restaurador en Odontología
- (162) RD/RA7 – Categoría Articulación de conocimientos básicos-técnicos y clínicos
- (163) RD/RA7 – Categoría Tiempo en la enseñanza clínica
- (164) RI/RA3 – Categoría Transformaciones del área Restauradora
- (165) RD/RA7 – Categoría Articulación de conocimientos básico-técnicos y clínicos
- (166) RD/RA6 – Categoría Papel de la historia clínica
- (167) RD/RA7 – Categoría Del cuadro de trabajo al abordaje por problemas integral
- (168) RD/RA4 – Categoría Cuadros de trabajo

- (169) RI/RA3 – Categoría Papel de la historia clínica y tipos de altas
- (170) RI/RA3 – Categoría Papel de la historia clínica y tipos de altas
- (171) RD/RA7 – Categoría Claves del cambio del modelo de atención
- (172) RD/RA4 – Categoría Cátedra de Prótesis Completa. Plan de Estudios 1993
- (173) RD/RA7 – Categoría Tiempo en la enseñanza clínica
- (174) RD/RA7 – Categoría Evaluación de la integración clínica
- (175) RD/RA7 – Categoría Evaluación de la integración clínica
- (176) RD/RA7 – Categoría Características figuras catedráticas
- (177) RD/RA4 – Categoría Especialidad Gerodontología
- (178) RD/RA7 – Categoría Clínica de Integrada Adultos 2
- (179) RD/RA10 – Categoría Clínica Integrada Adultos 4
- (180) RD/RA10 – Categoría Clínica Integrada Adultos 4
- (181) RD/RA7 – Categoría Articulación teoría-práctica. Metodología enseñanza clínica
- (182) RD/RA7 – Categoría Articulación teoría-práctica. Metodología enseñanza clínica
- (183) RD/RA7 – Categoría Enseñanza clínica altamente estructurada
- (184) RD/RA7 – Categoría Papel del error en la clínica
- (185) RD/RA7 – Categoría Del cuadro de trabajo al abordaje por problemas integral
- (186) RD/RA7 – Categoría Aprendizaje vincular, competencias personales
- (187) RD/RA7 – Categoría Articulación teoría-práctica. Frustración docente
- (188) RA15 – Categoría Estabilidad de contenidos y metodologías de enseñanza
- (189) RD/RA7 – Categoría Estructura sintáctica / Visión positivista
- (190) RI/RA3 – Categoría Estabilidad de contenidos
- (191) RI/RA3 – Categoría Formas de transmisión enseñanza clínica
- (192) RA15 – Categoría Aprendizaje procedimental altamente regulado
- (193) RD/RA4 – Categoría Escuela nacional y evolución de la prostodoncia
- (194) RD/RA7 – Categoría Papel de los textos a nivel clínico
- (195) RD/RA7 – Categoría Incerteza sobre los conocimientos más avanzados
- (196) RI/RA3 – Categoría Estabilidad de contenidos
- (197) RI/RA3 – Categoría Estabilidad de contenidos

- (198) RD/RA10 – Categoría Estabilidad y cambio de contenidos
- (199) RD/RA10 – Categoría Estabilidad y cambio de contenidos
- (200) RA15 – Categoría Formación básica clásica quirúrgica
- (201) RD/RA4 – Categoría Estabilidad y cambio de contenidos
- (202) RA15 – Categoría Estabilidad de contenidos y metodologías de enseñanza
- (203) RD/RA7 – Categoría Recuperación del conocimiento básico
- (204) RD/RA10 – Categoría Integración curricular
- (205) RD/RA7 – Categoría Perspectiva social a nivel clínico
- (206) RD/RA9 – Categoría Odontología Social y clínicas
- (207) RD/RA9 – Categoría Odontología Social y clínicas
- (208) RD/RA7 – Categoría Disciplinas con antecedentes de visión integral
- (209) RD/RA6 – Categoría Área del Niño
- (210) RD/RA6 – Categoría Área del Niño
- (211) RD/RA9 – Categoría Docencia Servicio e interdisciplina
- (212) RD/RA9 – Categoría Odontología Social y Pasantías. Dimensión intercultural
- (213) RD/RA9 – Categoría Odontología Social y Pasantías. Dimensión intercultural
- (214) RD/RA9 – Categoría Odontología Social y Pasantías. Extensión universitaria
- (215) RD/RA9 – Categoría Odontología Social y Pasantías. Extensión universitaria
- (216) RI1 – Categoría Formación Social. Plan Juntos
- (217) RI1 – Categoría Formación Social. Plan Juntos
- (218) RA16 – Categoría Relevancia formación en investigación
- (219) RA16 – Categoría Relevancia formación en investigación
- (220) RA16 – Categoría Relevancia formación en investigación
- (221) RD/RA10 – Categoría Valoración de la flexibilidad curricular
- (222) RI/RA2 – Categoría Balance de los cambios curriculares y perspectivas
- (223) RD/RA7 – Categoría Valoración de la calidad de la formación
- (224) RA13 – Categoría Valoración de la calidad de la formación
- (225) RA16 – Categoría Valoración de la calidad de la formación
- (226) RD/RA5 – Categoría Balance del cambio curricular

- (227) RI/RA2 – Categoría Balance de los cambios curriculares y perspectivas
- (228) RD/RA7 – Categoría Valoración de la calidad de la formación
- (229) RI/RA2 – Categoría Balance de los cambios curriculares y perspectivas
- (230) RI/RA3 – Categoría Valoración de la calidad de la formación
- (231) RA16 – RA16 – Categoría Valoración de la calidad de la formación
- (232) RD/RA9 – Categoría Balance de los avances sociales en la formación
- (233) RI/RA2 – Categoría Balance de los cambios curriculares y perspectivas
- (234) RI/RA2 – Categoría Balance de los cambios curriculares y perspectivas
- (235) RA13 – Categoría Calidad general de la formación
- (236) RD/RA10 – Categoría Calidad general de la formación
- (237) RI1 – Categoría Balance de los cambios curriculares



95  
AÑOS



Facultad de  
Odontología

175  
AÑOS



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY