



COLECCIÓN

LA UNIVERSIDAD SE INVESTIGA

# La incidencia en el perfil profesional de la actual formación en odontología desde la valoración de los actores universitarios

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA . COMISIÓN SECTORIAL DE ENSEÑANZA



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



comisión sectorial  
de enseñanza



María del Carmen López Jordi

# **La incidencia en el perfil profesional de la actual formación en odontología desde la valoración de los actores universitarios**

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA . COMISIÓN SECTORIAL DE ENSEÑANZA

MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ JORDI

Universidad de la República. Comisión Sectorial de Enseñanza. Unidad Académica  
La incidencia en el perfil profesional de la actual formación en odontología desde la  
valoración de los actores universitarios.  
Montevideo: Udelar. CSE, 2015 (La Universidad se investiga, n.º 2)  
160 p.  
ISBN 978-9974-0-1213-4

Comisión Sectorial de Enseñanza  
José Enrique Rodó 1854  
Montevideo-Uruguay  
www.cse.edu.uy  
publicaciones@cse.edu.uy

## **Rector de la Universidad de la República**

Dr. Roberto Markarian

### **Pro-Rector**

Fernando Peláez

### **Comisión Sectorial de Enseñanza**

#### **ÁREA DE TECNOLOGÍAS Y CIENCIAS DE LA NATURALEZA Y EL HÁBITAT**

##### **Titular**

Cristina Friss

##### **Alternos**

Pablo Kelbauskas

Alejandro Amaya

Gustavo Marisquirena

Virginia Villalba

Carlos Luna

#### **ÁREA SOCIAL Y ARTÍSTICA**

##### **Titular**

Virginia Orlando

##### **Alternos**

Luis Senatore

Adriana Santos Melgarejo

Gonzalo Vicci

María del Luján Peppe

Mariela Gandolfo

#### **ÁREA SALUD**

##### **Titular**

María Josefina Verde

##### **Alternos**

Tabaré Ravecca

##### **ORDEN DOCENTE**

##### **Titular**

Fabiana de León

##### **Alternos**

Magalí Pastorino

##### **ORDEN EGRESADOS**

##### **Titular**

Patricia Manzoni

##### **ORDEN ESTUDIANTIL**

##### **Titular**

Mauro Font

##### **Alternos**

Lucía Yarzabal

Fabrizio Rodríguez

##### **Unidad Académica**

Mercedes Collazo

Beatriz Diconca

Nancy Peré

Rafael Rey

Sylvia De Bellis

Patricia Perera

Gabriela Pérez Caviglia

Vanesa Sanguinetti

Esther Sánchez

##### **EQUIPO EDITOR**

##### **Coordinación**

Beatriz Diconca

##### **Edición**

Luciana Aznárez

##### **Diseño**

Gabriela Pérez Caviglia

##### **Diagramación**

Soledad Menéndez

##### **Fotos**

Unidad de Comunicación (UCUR)

# Tabla de contenidos

<b>Introducción</b>	5
<b>Descripción de los resultados</b>	9
1. Perfil profesional	9
2. Modelo pedagógico	10
3. Modelo de atención	10
4. Programa Docencia-Servicio	11
<b>Metodología de la investigación</b>	13
1. Objetivos	13
2. Metodología	13
3. Contexto curricular	15
4. Universo de estudio	16
<b>Trabajo de campo</b>	17
<b>Análisis de los datos</b>	19
1. Selección de la muestra. Muestreo teórico	20
2. Recolección de datos	21
3. Dimensiones de análisis	37
<b>Evaluación</b>	57
1. Algunas clínicas de facultad aún no han logrado la integración necesaria	57
2. Persistencia de un modelo de enseñanza y evaluación centrado en las necesidades de aprendizaje	58
3. Dificultades en la selección y asignación de los escenarios de práctica extramural de acuerdo con los objetivos curriculares	59
4. Necesidad de ofertas de ámbitos de formación pedagógica para docentes y profesionales-supervisores a fin de reforzar los espacios de práctica como instancias de formación	59

5. Necesidad de transformar el Programa Docencia-Servicio, de profundizar la investigación y de integrar las actividades de extensión de la facultad con otras que se llevan a cabo en la Universidad y en el país	60
<b>Referencias bibliográficas</b>	63
<b>Anexo A. Plan de Estudios 2001. Carrera Doctor en Odontología. Facultad de Odontología. Udelar</b>	69
<b>Anexo B. Listado de segmentos recuperados - grupo docentes</b>	101
<b>Anexo C. Listado de segmentos recuperados - grupo estudiantes</b>	129
<b>Anexo D. Listado de segmentos recuperados - grupo profesionales</b>	145

# Introducción

El libro *La incidencia en el perfil profesional de la actual formación en odontología desde la valoración de los actores universitarios* presenta el trabajo de tesis realizada por la autora en el marco de los estudios de Maestría en Enseñanza Universitaria de la Universidad de la República (Udelar), Uruguay (2008-2012).

Esta publicación, producto de un trabajo de síntesis de evidencias y experiencias expresadas por diversos actores de la comunidad universitaria, permite conjugar saberes sobre la valoración que estudiantes, docentes y profesionales hacen de la formación del odontólogo como respuesta científica, técnica, social y ética a las necesidades de la comunidad.

El trabajo busca colaborar a la evaluación del proceso de transformación curricular de la carrera de Doctor en Odontología de la Facultad de Odontología de la Udelar y despertar el interés de estudiosos de diversas disciplinas y áreas del conocimiento mediante la presentación de datos actualizados y aggiornados a las necesidades de la institución, ya que no existen antecedentes nacionales sobre la temática.

La escasa información sobre la formación actual en odontología y la valoración de las innovaciones curriculares propuestas me llevaron a analizar el desarrollo del nuevo currículo teniendo en cuenta la perspectiva situacional y la subjetividad de los involucrados que interactúan en diferentes roles en la enseñanza de la odontología. Mi experiencia como investigadora se funda en una participación activa en el proceso de cambio curricular en la Facultad de Odontología. Ello me permitió acercarme a partir de un conocimiento previo de la temática.

Por lo expuesto, consideré fundamental contar con información generada por los protagonistas del proceso educativo, conocer sus juicios de valor y explorar los argumentos utilizados en esa valoración. Entendí necesario analizar las imágenes aportadas y las visiones de la

realidad que permitan el desarrollo de un proceso evaluativo de lo que se está implementando, a fin de elaborar propuestas que apunten a la mejora de la calidad de la formación. Por lo tanto, propuse realizar un estudio comprensivo a fin de contar con información pertinente para la valoración por la comunidad universitaria de la orientación de la enseñanza en la Facultad de Odontología y los espacios dedicados a la práctica como instancias de formación.

Con la implementación de los planes de estudio 1993 y 2001 la Facultad de Odontología propuso reorganizar el currículo, renovar los procesos de enseñanza, habilitar mejores aprendizajes, reorientar la concepción del paciente y de la práctica odontológica, a la vez que integrar a los diversos actores institucionales involucrados. Todo esto se realizó con el objetivo de generar un cambio radical en la formación de grado, que impactara decisivamente en la profesión. Es evidente que ese proceso amerita la generación de conocimientos, por lo cual el cambio curricular representa un objeto de estudio significativo.

El origen de la nueva política de formación de la Facultad de Odontología, integrada a los planes de estudios 1993 y 2001, se sitúa en 1985. En ese entonces, se dio un proceso institucional altamente participativo, de revisión, análisis y acuerdos que culminó con la propuesta. En el año 1994 comenzó la implementación de la política de innovación curricular. Llevó un prolongado proceso de adecuación y ajuste con su puesta en práctica y se fue enriqueciendo de aportes de docentes y estudiantes, lo que generó una propuesta más madura, con mayor grado de coherencia, que se refleja en el Plan de Estudios 2001 (Anexo A).

A partir de lo expresado, se puede deducir que hubo un consenso a la hora de aprobar la nueva política educativa, producto del profundo debate que existió en el colectivo universitario desde el inicio de su análisis. Sin embargo, desde 1994 hasta el presente es escasa la información que se ha divulgado que le permita a la institución conocer lo que piensan los distintos actores universitarios sobre el proceso de formación actual de los futuros odontólogos.

La reflexión sobre los procesos de formación de profesionales en las competencias específicas de la profesión se orienta por una perspectiva dialéctica del conocimiento. Desde 1993 el nuevo plan de estudios

buscó una transformación efectiva de la práctica en salud mediante la creación de un sistema clínico integral. La innovación en la enseñanza clínica impulsó cambios en lo interno y lo externo de la institución, generó una reorganización en la práctica de las distintas unidades académicas y consolidó el desarrollo de actividades educativas curriculares en distintos espacios de la sociedad: a nivel comunitario, en servicios colectivizados, en centros educativos y de salud. Este sistema clínico conjuga tres funciones universitarias: enseñanza, extensión e investigación.

La transformación curricular, que se sustentó en una concepción social de la odontología, promovió la formación de un profesional con capacidad de tomar decisiones y conducirse con actitud crítica, creadora y objetiva ante las situaciones que se presentan en variados contextos de asistencia. Para ello se impulsó la implementación de una estrategia de atención de la salud bucal que integraba a la práctica clínica curricular un sistema organizado de pasantías realizadas en espacios multiculturales, a fin de impactar también en el perfil sanitario de la población. En otras palabras, la reforma curricular promovió una transformación del modelo de atención de la salud que implicó:

- puesta en práctica de un modelo de atención integral que jerarquiza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad;
- inmersión del estudiante en el ámbito real, donde el proceso salud-enfermedad se gesta y se resuelve;
- involucramiento de las personas que participan en los programas de salud.

Uno de los mayores efectos de un cambio curricular es la definición de un nuevo perfil de egreso. La pertinencia del perfil de egreso definido por la Facultad de Odontología responde a ese objetivo y resulta de la valoración que la institución realiza de la situación sanitaria del país, las políticas nacionales de salud y la enseñanza odontológica en particular. Por esta razón, en la propuesta se reconceptualiza la práctica odontológica reorientándola hacia un enfoque clínico integral y de docencia-servicio fundado en un esquema preventivo y de promoción de la salud, pero también se pone énfasis en la implementación de un modelo curricular con las importantes innovaciones de enseñanza ac-

tiva y evaluación continua. Esto fundamentó que seleccionara como tramo curricular para realizar la investigación la pasantía Atención en Servicios y Comunidad III (semestre 11) situada en el último semestre de la estructura curricular de grado, en la cual interactúan estudiantes y profesionales que trabajan en los servicios de salud y que actúan como supervisores de la atención.



# Descripción de los resultados

La tesis buscó dar cuenta de las valoraciones que tienen docentes, estudiantes y profesionales sobre la enseñanza de la odontología en la Udelar y de cómo incide esta en el perfil profesional del egresado. En este marco, sostuve que el análisis de entrevistas semiestructuradas a los distintos actores universitarios permitiría recoger información valiosa, que llevaría a la construcción de nuevo conocimiento. Las conclusiones permiten contar con elementos para evaluar la implementación y el desarrollo del Plan de Estudios 2001, específicamente la práctica clínica curricular desarrollada en distintos escenarios socio-culturales. La selección de la pasantía Atención en Servicio y Comunidad III resultó un contexto relevante y propicio para la investigación.

No pretendo afirmar que lo observado en esta comunidad universitaria y en este tramo curricular pueda extrapolarse al resto de la carrera. Sin embargo, la interpretación del conocimiento permite avanzar en el reconocimiento teórico de la problemática y ofrece información para la evaluación como proceso permanente.

Las dimensiones construidas para el análisis llevaron a las siguientes conclusiones sobre los ejes centrales de la investigación:

## 1. Perfil profesional

Se advierte una clara coherencia entre la formación curricular y el perfil de egreso de la carrera de Doctor en Odontología. El odontólogo es un profesional capacitado para actuar en la promoción de la salud, en la prevención y tratamiento de las problemáticas prevalentes y para desempeñarse en la comunidad integrado en equipos de salud. El plan de estudios proporciona una formación generalista, las competencias y capacidades generales y específicas son las apropiadas para el perfil y coinciden con los objetivos de la carrera y con la realidad socioepidemiológica del Uruguay.



## 2. Modelo pedagógico

2.1. La *estructura curricular* permite alcanzar las competencias profesionales definidas. Es una estructura integral, programada por unidades integradas de aprendizaje (UDA) y áreas de conocimiento con los contenidos organizados por niveles de complejidad.

2.2. El *enfoque interdisciplinario de la enseñanza* encuentra un importante desarrollo en las pasantías en centros y servicios. El hospital surge como el gran exponente de experiencia interdisciplinaria, allí los estudiantes se integran a un contexto operacional. Se presentan dificultades en las clínicas en facultad; la propuesta de integración en un marco más general aún hoy está en proceso de implementación completa.

2.3. En referencia a la *relación teoría-práctica* se valoran los procesos de integración disciplinar pero se reconoce que es necesario profundizarlos. Se ha avanzado en el inicio de actividades clínicas en forma temprana, salvando los adiestramientos técnicos puros, lo cual debe equilibrarse desde los primeros años de la carrera, cuando los contenidos de las bases biológicas mantienen una distancia considerable con su aplicación en la práctica profesional.

## 3. Modelo de atención

3.1. La *práctica clínica contextualizada* resulta un pilar muy significativo, integra tanto el modelo de atención como el modelo pedagógico de la odontología. La experiencia en distintos ámbitos de práctica le permite al estudiante integrar los conocimientos académicos a las necesidades y demandas de la sociedad. Provoca en los estudiantes efectos nucleares en su trayecto de formación.

3.2. En cuanto a la *jerarquización del paciente* se observan avances en el reconocimiento de las personas como seres sociales en el establecimiento de un vínculo que permite entender sus problemas, promover conductas positivas hacia la salud y acciones preventivas para su mantenimiento. Los problemas identificados hacen referencia a limitaciones de los servicios debido a pautas institucionales. En facultad la selección de problemas en función del currículo lleva a priorizar las necesidades del estudiante sobre las del paciente.

3.3. La práctica basada en la *resolución de problemas reales* se comprueba en los servicios de salud extramurales. Esto incluye habilidades pedagógicas, por lo que es necesario promover actividades interdisciplinarias e interinstitucionales pues se hace imperioso contar con una adecuada formación de docentes y profesionales supervisores.

#### 4. Programa Docencia-Servicio

Es muy significativa la valoración del Programa Docencia-Servicio. La integración del estudiante a equipos de salud estables tiene beneficios para ambas partes: genera en el estudiante una actitud positiva hacia la búsqueda de información y de razonamiento y motiva al personal estable a actualizarse y perfeccionarse. Es importante el relacionamiento que ha establecido la Facultad de Odontología con otras instituciones: numerosos convenios con servicios prestadores de salud y espacios de diálogo con actores externos. Sin embargo, se reconoce la necesidad de cambios, de apertura, de interrelación, de articulación con otros programas de extensión de la Universidad y del país. Los docentes del Programa Docencia-Servicio perciben falta de reconocimiento por el cuerpo docente de la facultad e incluso por la institución acerca de las prácticas que desarrollan y de su formación académica.



# Metodología de la investigación

## 1. Objetivos

Los siguientes objetivos en esta investigación de tipo cualitativo llevaron a la investigadora a generar una metodología de trabajo de las características que se proponen a continuación.

### Objetivo general

---

Analizar la visión que tiene el *demos universitario* (docentes, estudiantes y profesionales de los servicios) acerca del proceso de formación curricular que implica el nuevo modelo pedagógico y de su impacto en la calidad de la práctica y en el perfil profesional.

### Objetivos específicos

---

- Identificar y reconocer las valoraciones y apreciaciones de los distintos actores universitarios.
- Vincular las valoraciones y su impacto para la implementación de las innovaciones.
- Construir dimensiones de análisis que colaboren con la evaluación de las innovaciones implementadas.

## 2. Metodología

La metodología de investigación se determinó en función del problema que se iba a investigar. La opción por lo cualitativo favorece poner a la vista los datos obtenidos con fines descriptivos y de análisis y profundizar en aspectos valorativos. Este estudio no persiguió el fin

de verificar teorías existentes, sino el de generar información pertinente para las comunidades académica y profesional que aportara a la evaluación del proceso de formación.

La metodología cualitativa ha sido escasamente utilizada en odontología. Sin embargo, De Mello Rode, Cervantes y Miranda (2009: 52) manifiestan «la importancia de que los investigadores en salud asuman los desafíos de diseños cualitativos a fin de comprender mejor los problemas y proveer información que permita la planificación de soluciones pertinentes». Por su parte, Patton (1990: 13-14) expresa que «los métodos cualitativos permiten al evaluador estudiar temas seleccionados en profundidad y detalle. Aproximarse al campo sin contar con categorías de análisis predeterminadas, lo que contribuye a poder profundizar, tener apertura e indagación de los hechos. La metodología cualitativa permite la comprensión, la construcción y es involucrativa».

A continuación describo brevemente las formas metodológicas siguiendo el orden cronológico en el que se implementaron y luego analizo en profundidad cada paso.

2.1. El diseño asumió las características de un trabajo exploratorio. Los datos se recogieron mediante la interacción con distintos actores universitarios en «entrevistas semiestructuras». Utilicé el «muestreo teórico», debido a que en los estudios cualitativos este posibilita una relación más estrecha (interactiva y concurrente) entre la recolección y el análisis.

2.2. El análisis de datos se basó en el proceso que aborda la teoría fundamentada, *Grounded Theory* (Glaser y Strauss, 1967 y 1970): se desarrolla una teoría sustantiva surgida de los datos obtenidos y se articulan distintos momentos de análisis y necesidad de nuevos datos para llegar a explicar el fenómeno contextualizado (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

2.3. Las dimensiones de análisis no fueron construidas con anterioridad, sino con posterioridad a la recolección de los datos.

2.4. Las conclusiones de este estudio no pueden generalizarse, es decir, no pretendo afirmar que lo observado en esta comunidad universitaria en particular y en un tramo curricular específico pueda extrapolarse al resto de la carrera de grado. Sin embargo, es relevante la

interpretación del conocimiento con el fin de avanzar en el reconocimiento teórico de la problemática.

Parámetros de muestreo	
Tramo curricular	Pasantía: Atención en Servicios y Comunidad III
Actores	Docentes. Estudiantes. Profesionales supervisores
Instrumento	Entrevistas semiestructuradas
Procesos	Fortalezas y debilidades de la formación; dominio de la innovación; supervisión de la utilización.

### 3. Contexto curricular

El espacio de la pasantía Atención en Servicios y Comunidad III, seleccionado para esta investigación, es un ámbito curricular específico en el cual el futuro profesional universitario, como actor social, completa su formación de grado, a la vez que se convierte transitoriamente en un recurso humano de valor para los servicios en los que participa, según Lorenzo (2008). Se hace visible aquí una interfase social entre la institución formadora de recursos humanos y los servicios de salud que se carga de lógicas y significados provenientes de ambos sectores. El resultado se construye permanentemente de acuerdo con el momento histórico, y los pasantes, pacientes, grupos sociales y colegas involucrados son los protagonistas concretos.

La pasantía tiene una carga horaria de 320 horas. Representa el 6 % del currículo y el 60 % del total de horas correspondientes al Programa Docencia-Servicio y se desarrolla en centros de salud estatales a nivel nacional. Es una instancia curricular especialmente propicia para que el estudiante contraste el saber teórico con los procedimientos y ponga en juego las habilidades que posee para la resolución de problemas concretos. Supone, como señala Andreozzi (1998), aprender prestando servicio con un abordaje interdisciplinario y multiprofesional, afianzar las competencias, enfrentarse a la demanda real, buscar la resolución de los problemas y adaptarse a las posibilidades reales y concretas de cada servicio.

## 4. Universo de estudio

La investigación se realizó durante una rotación (de las tres anuales que se implementan) de la pasantía curricular Atención en Servicios y Comunidad III. El Plan de Estudios 2001 le otorga a esta pasantía un estatus comparable al de un residentado (no remunerado) con supervisión profesional y la ubica en el semestre final de la carrera de Doctor en Odontología de la Facultad de Odontología de la Udelar.

Los tres grupos (unidades) de análisis fueron:

Grupo 1 (D)

- docentes del Programa Docencia-Servicio,
- docentes informantes claves (cargos de gestión).

Grupo 2 (E)

- estudiantes que cursaron la pasantía en el período marzo-agosto 2011.

Grupo 3 (P)

- profesionales de centros o servicios encargados de la supervisión estudiantil de la pasantía en el período marzo-agosto 2011.

A modo de aclaración, realizo algunas consideraciones con respecto a la población objetivo y al desarrollo de la pasantía:

- se implementan tres rotaciones de estudiantes al año, cada una con entre 30 y 45 estudiantes. Más de la mitad cursa en Montevideo y el resto en el interior del país;
- los profesionales supervisores completan un número cercano a 40;
- los docentes de las tres áreas del Programa Docencia-Servicio son 20 y se suman 5 coordinadores (coordinador general y coordinadores de las áreas Niños, Adultos, Social y del semestre II).

Es necesario tener presente que los estudiantes tenían memoria de sucesos pasados en distintos contextos, es decir, antes habían adquirido experiencia en cursos llevados a cabo en:

- diferentes centros y servicios que integran la pasantía Atención en Servicios y Comunidad II, ubicada en el semestre 10 de la carrera;
- las clínicas integradas curriculares desarrolladas en el servicio central (intramuros).

# Trabajo de campo

Los datos se recogieron en la interacción con distintos actores universitarios mediante «entrevistas semiestructuradas». Relevé la información de 26 entrevistados por medio de preguntas sobre los aspectos que interesaba estudiar y sobre la experiencia personal y la historia de vida. Traté de comprender el lenguaje de los participantes, de obtener, recuperar y registrar las observaciones e imágenes, de ser flexible con el guion y con el tiempo, y al mismo tiempo procuré avanzar a medida que se iban completando los ítems propuestos. Siguiendo a Ruiz Olabuenaga e Ispizúa (1989), intenté concretar un intercambio de comunicación cruzada, por medio de la cual transmitía interés, motivación, confianza, garantía, y generaba un clima de armonía en el cual el entrevistado me entregó información personal en forma de descripción, interpretación y evaluación.

Si bien inicialmente las preguntas orientadoras o guion, en términos de Weiss (1994), sirvieron para el desarrollo de las entrevistas, estas fueron flexibles y abiertas. El orden y la forma de desarrollo se modificaron, el lenguaje y la forma de abordaje se adecuaron a las características de cada grupo de análisis y se hicieron repreguntas a partir de las respuestas recibidas.





# Análisis de los datos

Presento a continuación el análisis de los datos organizado por las dimensiones de análisis y subcategorías. Asimismo, integro la discusión hilvanando las conexiones, y recupero y profundizo en el núcleo principal de indagación, especialmente la práctica clínica de la carrera.

Para el análisis de los datos se procedió a segmentar y fichar las entrevistas. Luego de este procedimiento se ubicaron tres ejes centrales: *formación profesional*, *modelo pedagógico* y *modelo de atención*.

Para la indagación sobre la *formación profesional*, tomé el perfil profesional como dimensión de análisis y evalué si las competencias al egreso eran coherentes con los contenidos y prácticas formativas:

- Dimensión 1: perfil profesional

En referencia a la exploración sobre el *modelo pedagógico*, integré algunos componentes sobre la base del análisis de las siguientes innovaciones y configuraciones didácticas:

- Dimensión 2: integralidad (interdisciplinariedad y relación teoría-práctica)
- Dimensión 3: práctica contextualizada

En lo que respecta al *modelo de atención*, profundicé en dos de los pilares fundamentales en la práctica clínica de la odontología:

- Dimensión 4: jerarquización del paciente en la asistencia
- Dimensión 5: resolución de problemas reales

Por último, consideré importante la valoración de los distintos actores sobre lo que significa la inserción del estudiante en la práctica real y el impacto que ello genera en la formación profesional:

- Dimensión 6: Programa Docencia-Servicio

De acuerdo con las dimensiones de análisis de las 26 entrevistas de los tres grupos, docentes, estudiantes y profesionales, se recuperaron los segmentos a partir de las seis categorías expuestas con la versión 2007 del software de análisis de textos MAXQDA 10 (anexos B, C y D, respectivamente).

## 1. Selección de la muestra. Muestreo teórico

La selección estratégica de casos fue realizada según pautas de «muestreo teórico», definido a partir de la práctica investigadora por Glaser y Strauss (1967). Este concepto también es recogido por Huberman y Miles (1994: 27), quienes lo sintetizan claramente así: «... las muestras en los estudios cualitativos no están generalmente preespecificadas sino que pueden evolucionar una vez comenzado el trabajo de campo». Y añaden: «... las elecciones iniciales de informantes guían a otros informantes similares o diferentes; el observar un tipo de sucesos invita a la comparación y el entendimiento de una relación clave en un contexto revela aspectos a estudiar en otros».

En el comienzo de esta investigación seleccioné un contexto relevante para el problema de investigación (centros de práctica de la pasantía), luego realicé entrevistas en profundidad (Patton, 1990) a un conjunto de actores de las tres unidades de análisis ya definidos y a ciertos informantes claves. Busqué que la selección cumpliera con el criterio de heterogeneidad (diversidad), sin perseguir la variación máxima, y también con el criterio de saturación o redundancia (Bertaux y Bertaux, 1981; Glaser y Strauss, 1967).

En suma, la investigación se apoyó en una perspectiva constructivista-contextualizada. En palabras de Noya Miranda (1995), esta perspectiva implica que «lo social no es un conjunto de elementos ya dados, sino un proceso de construcción y de reinterpretación permanentes».

### Grupo 1 - Docentes

---

Tres informantes claves (Gorden, 1975), identificados como DC1, DC2 y DC3, y siete docentes del Programa Docencia-Servicio (Niños, Adultos, Social), algunos que pertenecen al programa desde hace muchos años y otros que se integraron en los últimos años, identificados como D1, D 2, D3, D4, D5, D6 y D7.

## Grupo 2 - Estudiantes

---

Siete estudiantes que estaban cursando la pasantía curricular Atención en Servicios y Comunidad III en la rotación marzo-agosto 2011. Algunos pertenecen a servicios de Montevideo y otros a centros del interior del país. Identificados como E1, E2, E3, E4, E5, E6 y E7.

## Grupo 3 - Profesionales supervisores

---

Nueve odontólogos prestadores de servicio en centros de salud que cumplían funciones de supervisión a estudiantes en el marco de la pasantía durante el período marzo-agosto 2011. El procedimiento de selección se llevó a cabo maximizando las particularidades de los actores: experiencia profesional, ámbito de práctica (hospital, servicio, policlínico). Identificados como P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8 y P9.

## 2. Recolección de datos

El instrumento utilizado fue la entrevista semiestructurada, también denominada semidirectiva, que permitió al entrevistado abordar el tema con libertad y extenderse en torno a él. La mayoría de las entrevistas se efectuaron en los contextos naturales de trabajo. La guía o estructura básica de preguntas, elaborada previamente, permitió analizar la misma información en todos los casos. Esta modalidad representa lo que Patton (1990) define como entrevista estandarizada abierta.

Si bien inicialmente las preguntas orientadoras o guion, en términos de Weiss (1994), sirvieron para el desarrollo de las entrevistas, estas fueron flexibles y abiertas. El orden y la forma de desarrollo se modificaron, el lenguaje y la forma de abordaje se adecuaron a las características de cada grupo de análisis y se hicieron repreguntas a partir de las respuestas dadas. La guía integró las áreas que se formulan a continuación.

## Grupo Docentes

---

1. ¿De qué manera contribuye el proceso de formación curricular actual al perfil profesional propuesto por el Plan de Estudios 2001?
2. ¿Crees que se está dando cumplimiento a la integración de los nuevos aspectos metodológicos en la práctica clínica? ¿En qué sentido? Por ejemplo: el abordaje interdisciplinario del conocimiento, el equilibrio entre teoría y práctica.
3. ¿Crees que en la práctica clínica se alcanza un aprendizaje basado en la resolución de situaciones reales?
4. ¿Existe una participación activa del estudiante en su formación?
5. ¿Se está cumpliendo con el propósito de «jerarquización del paciente» en la práctica clínica extramural? ¿Y en la intramural? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?
6. ¿Qué grado de prioridad tiene el Programa Docencia-Servicio para la institución y sus distintos integrantes (cuerpo docente, estudiantes, para la profesión)? ¿A qué crees que se deba eso?
7. ¿De qué manera repercute o impacta en la calidad de la formación profesional?
8. ¿Deseas agregar algo más?

## Grupo Estudiantes

---

1. ¿Cuál es tu grado de conocimiento del plan de estudios vigente?
2. ¿Crees que existe una coherencia entre el perfil que se propone en el plan y el que se enseña?
3. ¿Qué tipo de odontólogo crees que se está formando?
4. Ahora, sobre cuestiones metodológicas: ¿crees que existe un equilibrio entre la teoría y la práctica? ¿Ves que haya una integración interdisciplinaria en la práctica?
5. ¿Crees que en la práctica clínica se alcanza un aprendizaje basado en el análisis y resolución de situaciones reales?
6. ¿Se está cumpliendo con el propósito de «jerarquización del paciente» en la práctica clínica extramural y en la intramural? ¿Por qué sí o no?

7. ¿Qué grado de prioridad tiene el Programa Docencia-Servicio para la institución y sus distintos integrantes (docentes, estudiantes, profesionales)?
8. ¿De qué manera repercute o impacta el programa en la calidad de la formación profesional?
9. ¿Cómo describirías tu pasaje por la facultad?
10. ¿Cómo evalúas la formación recibida durante la carrera? Aspectos negativos y positivos.
11. ¿Qué opinión te merece el plan de estudios? ¿Le cambiarías algo?

### Grupo Profesionales supervisores

---

1. ¿Qué tipo de odontólogo crees que se está formando?
2. ¿Cuál es tu grado de conocimiento del Plan de Estudios 2001?
3. ¿Crees que existe una coherencia entre el perfil que se propone en el plan (generalista, integral, énfasis en la promoción y prevención) y el egresado que ves en la pasantía?
4. Ahora, sobre cuestiones metodológicas:
  - ¿Crees que existe un equilibrio entre teoría y práctica?
  - ¿Y que haya una integración interdisciplinaria en la práctica?
5. ¿Crees que en la práctica clínica se alcanza un aprendizaje basado en la resolución de situaciones reales?
6. ¿Se está cumpliendo con el propósito de «jerarquización del paciente» en la práctica clínica extramural? ¿Por qué sí? ¿Por qué no? ¿Conoces qué pasa en la intramural?
7. ¿De qué manera repercuten o impactan las pasantías en la calidad de la formación profesional del estudiante?
8. ¿De qué manera repercuten o impactan las pasantías en la calidad de la formación profesional de los profesionales de los servicios?
9. ¿Deseas agregar algo más?

Para asegurar la *validación* de la recolección de datos y de su análisis, sigo los criterios de confiabilidad en los estudios cualitativos planteados por Valles (1997): credibilidad (veracidad de datos) y transferibilidad (posibilidad de referir los datos a otros grupos).

La recolección de la información y el análisis de los datos se realizaron de manera simultánea, ambos implicaron una actividad reflexiva, interpretativa y teórica. Por esto, la búsqueda de dimensiones, patrones y conceptos empezó con la recolección de datos y fue necesaria una revisión constante a fin de mejorar el análisis. Luego de la transcripción de las entrevistas (segmentación y fichado), el análisis final devino del método comparativo constante. Siguiendo a Valles (1997), el análisis de los datos fue organizado mediante la «codificación», denominada también por Strauss y Corbin (1998) «codificación abierta» (*coding open*). Luego clasifiqué o agrupé la información obtenida en las entrevistas, lo que Weiss (1994) denomina «integración inclusiva», que me permitió organizar las secciones de manera coherente de acuerdo con una línea explicativa.

Considero que la metodología utilizada en la investigación permitió emprender un importante proceso exploratorio, de diagnóstico de situaciones específicas, realizar propuestas y obtener repuestas prácticas. La información emergente de entrevistas cara a cara me permitió recuperar la subjetividad, obtener una mejor explicación de los fenómenos y profundizar en la comprensión de las experiencias y situaciones analizadas. Finalmente, confirma lo expresado por Litwin (1998): «los modelos cualitativos de evaluación adoptan miradas reflexivas, comprensivas e interpretativas respecto de los cambios que se suceden en los aprendizajes y la información que proveen es valiosa para todos los involucrados, especialmente para aquellos a quienes puede ayudar a mejorar sus prácticas».

Por otro lado considero importante profundizar a continuación en algunos aspectos metodológicos orientadores de los procesos de enseñanza, conceptos que tuve en cuenta en esta investigación.

### *Formación integral e integrada*

El concepto de formación integral remite a una idea de procesos educativos que toman en cuenta y perciben a los sujetos en su totalidad, ubicando y considerando sus emociones, intelecto, afecto, razón, valores, aptitudes y actitudes en una visión holística y multidimensional del ser humano. Plantear los procesos educativos en la perspectiva de la formación integral requiere la modificación de la relación

educativa, centrándola en el aprendizaje, para perfilar un estudiante universitario que participe activamente en su proceso de formación profesional y social, que desarrolle su sentido de responsabilidad, creatividad y liderazgo en su interacción con el entorno social y profesional (De Carvalho, 1999).

El plan establece la interrelación entre la *formación teórica básica* complementada con la *formación crítico-social* que fomenta la reflexión y comprensión del egresado acerca de su rol tanto profesional como de sujeto social parte constitutiva del tejido social (De Alba, 1995). En referencia a la dimensión social de la educación, De Alba plantea que ella en sí misma no es conservadora, transformadora ni reproductora y que su función social se encuentra «... estrechamente vinculado con el o los proyectos socioculturales...» (p. 71). Esto genera la necesidad de tener en cuenta la pertinencia local y global en los procesos educativos y a su vez una visión multi- e interdisciplinaria con un enfoque transversal del currículo. Los procesos formativos son múltiples y complejos y en ellos se van entrelazando la comprensión de nuevos conocimientos respecto de espacios y ámbitos de intervención de la realidad, para aprehenderla, entenderla y en lo posible mejorarla.

El Plan de Estudios 2001 de la carrera de Doctor en Odontología propone un modelo curricular integrado, que supone esencialmente la estructuración del currículo en cuatro cursos (Morfofunción, Patología, Tratamiento y Odontología Social) que vertebran el conjunto, concebidos como los grandes trayectos curriculares correspondientes a las principales áreas del conocimiento odontológico. Asimismo, la organización de los cursos en UDA conforma núcleos significativos de conocimientos, habilidades y actitudes fundamentales dentro del campo, pautados por criterios de pertinencia y oportunidad en el desarrollo de los aprendizajes, y racionaliza la formación del odontólogo en el perfil buscado. La programación de las unidades se apoya en una perspectiva multidisciplinaria, garantizada por una fuerte articulación entre cátedras y entre áreas; la estructura académica se inserta en la dinámica curricular con una modalidad y concepción diferente de la del tradicional binomio cátedra-asignatura. Un proceso educativo de tipo transversal y con una visión de totalidad no puede realizarse aisladamente a partir de una sola materia o unidad de aprendizaje. Es necesario un tra-

bajo curricular de tipo colaborativo en el que se visualicen los grandes campos de intervención de la profesión, se ubiquen las problemáticas específicas que se enfrentan y las competencias genéricas requeridas para atender esa problemática, y se reconozca la manera como cada disciplina o conjunto de disciplinas aporta a la solución en lo global. Un diseño curricular de tipo transversal parte de la identificación de problemáticas generales ligadas al campo profesional y posibilita una perspectiva de tipo multidisciplinar en la cual se va rompiendo paulatinamente la visión unidimensional y unidisciplinar con que en muchas ocasiones suele percibirse la realidad, lo cual es limitativo y lleva a acciones reduccionistas.

La apertura a la realidad que exige un diseño de esta naturaleza implica a su vez que los académicos involucrados en el trabajo curricular vayan desarrollando procesos de aprendizaje autónomo en una concepción de complejidad y articulación de las disciplinas que pueda ser aplicada en los acercamientos metodológicos y en la formulación de prácticas profesionales integradoras. Ello obliga a revisar la utilidad del enfoque enciclopédico de la enseñanza que ha generado programas curriculares que privilegian la información antes que la formación del estudiante.

### *Articulación entre teoría y práctica*

Los espacios de práctica, como instancias de formación, tienen efectos importantes en relación con las demandas actuales del perfil profesional: Rodríguez Espinar (1997) señala que el graduado universitario luego de su paso por la universidad deberá tener complejas habilidades cognitivas (reflexión y pensamiento crítico); habilidad para aplicar los conocimientos teóricos a problemas prácticos de su campo disciplinar, pero también del campo personal, familiar y social; comprensión y aprecio por las diferencias humanas; competencias prácticas para la resolución de conflictos; responsabilidad profesional y ciudadana; capacidad de continuo aprendizaje; madurez emocional, tolerancia, empatía, habilidad de liderazgo y capacidad de evaluación crítica.

Lucarelli (2007) plantea que el problema de las prácticas ha sido resignificado en las últimas décadas por investigadores que se dedican a la enseñanza a partir de perspectivas críticas. En sus palabras, «desde la pers-

pectiva de una didáctica fundamentada y comprometida compartimos con Candau (1989) que el modo en que el profesor trabaja la perspectiva crítica está orientado por su propia opción ético-científica [...] caminando en esta dirección la reflexión didáctica debe ser elaborada a partir del análisis de experiencias concretas, procurando trabajar continuamente la relación teoría-práctica». Optar por este camino implica entender de una manera clara y comprometida la actividad de enseñar y, por tanto, la reflexión didáctica que se pueda generar a partir de esa práctica.

Lucarelli (2007) expresa que a partir de la innovación esta articulación entre la teoría y la práctica es interpretada como proceso dialéctico de construcción del conocimiento en la interacción entre ambos elementos que, aunque difieren entre sí, se compenetran con interdependencia, sin implicar un orden secuencial. La superación de ambos momentos antinómicos se resuelve en la praxis con la transformación del objeto de estudio e implica la reconsideración de lo adquirido en la experiencia vivida en función de un sistema de hipótesis, lo que permite explicar analíticamente ese contenido experiencial. En este encuadre relacional dinámico, se reformula la función de la teoría como sostén y soporte conceptual, referente para el aprendizaje de procedimientos. Se formula la praxis inventiva, en oposición a la praxis repetitiva, que supone la producción de algo nuevo en el que aprende mediante la resolución intencional de un problema de índole práctica o teórica.

De acuerdo con lo que expresan Chaiklin y Lave (2001) se considera «el aprendizaje como práctica situada» no circunscrita a una etapa evolutiva o ámbito particular, en la que lo que se aprende y el modo en que se aprende se engarzan con las particularidades del contexto en el que se inscriben. Esta concepción apoya la importancia del aprendizaje desarrollado en prácticas contextualizadas analizando los problemas reales de salud de las personas. La tarea que se realiza en los espacios de práctica ofrece una posibilidad diferente a las asignaturas, porque funciona como mediadora entre los conocimientos teóricos construidos por los estudiantes hasta el momento y las prácticas concretas que se requieren en los espacios específicos de la atención de la salud.

Doyle (1978) se refiere a los procesos del aula como «sistemas ecológicos», caracterizados por la complejidad de relaciones e intercambios, en los que la información surge de múltiples fuentes y fluye en

diversas direcciones. Las expectativas y objetivos en los ámbitos de enseñanza son múltiples y diferentes. En estos ámbitos, además de conocimientos se genera una vida colectiva cargada de compromisos, vínculos y metas paralelas. A diferencia de otras posturas teóricas, esta atribuye al ambiente, a la situación, un papel definitorio en la configuración de la tarea. Estos componentes intrínsecos serían:

- *multidimensionalidad* (variedad de propósitos y hechos presentes, no necesariamente compatibles);
- *simultaneidad* (los docentes deben atender a un mismo tiempo, por ejemplo, la marcha de la interacción de una discusión, la secuencia de respuestas, la calidad de las respuestas individuales, la lógica del contenido presente, etc.);
- *inmediatez* (dado el paso rápido de los hechos en la clase);
- *impredictibilidad* (es difícil predecir las respuestas de los estudiantes al conjunto de materiales o juzgar cuánto tiempo les demandará realizar determinada actividad);
- *publicidad* (las aulas son lugares públicos y los hechos, especialmente aquellos que involucran al maestro, son a menudo presenciados por gran parte de los alumnos);
- *historicidad* (el paso del tiempo a lo largo de las clases hace que se acumulen un conjunto de experiencias comunes, rutinas y normas que inciden en las actividades de conducción).

Según Doyle las tareas académicas se componen de las respuestas que los estudiantes deben producir y los métodos que pueden ser usados para obtener esas respuestas.

### *Participación activa del estudiante en su formación*

El modelo de enseñanza centrado en el alumno implica que el estudiante pasa de una función pasiva a una activa y que durante sus años de estudio debe estar inmerso en un proceso que le permita adquirir habilidades relevantes de por vida: la utilización del método científico, la búsqueda eficiente de buena información, el desarrollo de capacidades analíticas y de evaluación. En su carácter de motivador y facilitador del aprendizaje, el docente desempeña un papel muy importante en este proceso.

McCombs y Whisler (2000) definen la enseñanza centrada en el

aprendiz como una perspectiva filosófica, empíricamente fundamentada, que en primer lugar se centra en conocer y comprender a cada aprendiz. Esta perspectiva empieza por comprender en profundidad cómo entiende su mundo el alumno y cómo afronta el proceso de aprendizaje dentro y fuera del aula. Esto permite que el estudiante se sienta apoyado y respetado por sus profesores y otros alumnos, así como vinculado a ellos. Cada aprendiz es distinto y único, para que participe y se responsabilice de su propio aprendizaje se debe prestar atención a su singularidad. Algunas diferencias que hacen único su proceso de aprendizaje son su estado emocional, su ritmo y estilo de aprendizaje, su fase de desarrollo, sus aptitudes, sus dotes, su sentimiento de eficacia y otros atributos y necesidades académicas y no académicas. Estas diferencias deben ser tomadas en cuenta para que todos los estudiantes tengan la posibilidad de enfrentarse a los retos y oportunidades de aprendizaje y autodesarrollo necesarios.

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

- el aprendizaje es un proceso constructivo que se produce cuando lo que se enseña es útil y significativo para el estudiante y cuando este participa activamente en la adquisición de conocimientos, relacionando lo que está aprendiendo con conocimientos y experiencias anteriores;
- el aprendizaje se produce mejor en un entorno positivo, donde se puedan establecer relaciones interpersonales con condiciones de comodidad y orden y en un contexto en el que el alumno se sienta apreciado, reconocido, respetado y validado;
- el aprendizaje es fundamentalmente un proceso natural. Los estudiantes son curiosos por naturaleza y, en un principio, se muestran interesados en conocer y dominar su mundo.

La corriente constructivista fundamenta el aprendizaje en la actividad proactiva del sujeto-estudiante, en un aprendizaje significativo, en la asimilación y la acomodación de nuevos conceptos, teorías, hipótesis y enunciados formales de los objetos de estudio (Schön, 1992). Para el constructivismo la enseñanza no es una simple transmisión de conocimientos, sino la organización de métodos de apoyo que permitan a los alumnos construir su propio saber. El aprendizaje supone

una construcción que se realiza en un proceso mental y finaliza con la adquisición de un conocimiento. En este marco son muy importantes los conocimientos adquiridos con anterioridad. En el proceso no solo es relevante esta construcción, sino también la posibilidad de adquirir una nueva competencia que permita generalizar y aplicar lo conocido a una situación nueva.

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

Perkins (1995: 30-101) expresa que «escuelas inteligentes son las que introducen todo posible progreso en el campo de la enseñanza y el aprendizaje para que los estudiantes no solo conozcan, sino que piensen a partir de lo que conocen». Enfatiza que «el aprendizaje es una consecuencia del pensamiento orientado a un tipo de aprendizaje activo y reflexivo y que hay una cantidad considerable de conocimientos y prácticas que no forman parte de los contenidos teóricos». Burbules (1999) analiza el diálogo como práctica, que supone un compromiso con el proceso mismo de intercambio comunicativo (relación comunicativa pedagógica-vínculo) y entiende que se debe generar, en acuerdo con Pozo (1996), una atmósfera del aula, un clima de participación exploratorio y abierto. Allidière (2004) plantea que si bien «la relación docente-alumno es asimétrica, el poder emanado del rol docente será ejercido según la particularidad del estilo psicológico del profesor y de las interrelaciones que el mismo establezca y también por su lado de

los perfiles perceptivo-cognitivo-emocionales diferentes de los estudiantes». Valoriza intensamente la instrumentación del «sentido del humor» en la enseñanza.

### *Rol docente*

La enseñanza centrada en el estudiante y el proceso de aprendizaje reflexivo se acompañan de algunos dispositivos didácticos particulares que incluyen actividades de ejercitación y ejemplificación, así como otras de contenido más complejo: resolución de problemas y producción, aprovechando el error como instancia facilitadora de la reelaboración. Estos dispositivos conforman una verdadera «configuración didáctica», definida por Litwin (1997: 109-139) como «el particular entretejido desarrollado por los docentes para abordar la enseñanza de su campo disciplinario con el objeto de favorecer procesos comprensivos», en una combinación equilibrada de dispositivos grupales y autoaprendizaje.

La enseñanza por problemas favorece que el estudiante aprenda a aprender. En este aspecto, el docente juega un papel fundamental como facilitador y como apoyo en la actividad de los estudiantes. Integra un modelo de trabajo, lleva a los alumnos al aprendizaje de los contenidos de información de manera similar a la que utilizarán en situaciones futuras y fomenta que lo aprendido se comprenda y no solo se memorice. Las habilidades que se desarrollan son perdurables. Al estimular habilidades de estudio autodirigido, los alumnos mejorarán su capacidad para estudiar e investigar, para afrontar cualquier obstáculo tanto de orden teórico como práctico a lo largo de su vida. El estudiante desarrolla las siguientes competencias: adquiere la habilidad para solucionar problemas y competencias en el aprendizaje autodirigido, en grupos pequeños; desarrolla pensamiento crítico; integra diferentes aspectos del currículo; identifica y explora áreas del conocimiento que se encuentran fuera del currículo.

El estudio de caso ofrece ventajas en los ámbitos intelectual y afectivo, ya que no se trata simplemente de una forma de capacitación operativa, sino de un método de formación en profundidad. Este método promueve el análisis sistemático, genera actitudes favorables y prepara al estudiante para la toma de decisiones debidamente sustentada.

Las actividades grupales cumplen una función pedagógica esencial en la perspectiva de las estrategias centradas en el aprendizaje. Representan una forma de articular la teoría y la práctica, ya que el espacio de debate y profundización de puntos de vista que generan constituye un mecanismo para motivar la aplicación práctica de los problemas teóricos. Asimismo, las tareas en equipo pueden ser comparables con las que se realizarán en contextos de práctica profesional, por lo que representan una modalidad de simulación de lo que el egresado encontrará una vez concluidos sus estudios. Las actividades en grupo buscan la participación activa de todos los presentes, el contacto cara a cara para la discusión efectiva y permiten la cooperación y colaboración. Por medio de estas se aprende acerca de las relaciones humanas, se pueden desarrollar destrezas en relaciones interpersonales, se aprende a escuchar, a recibir críticas y, a su vez, a dar críticas constructivas. Los recursos obtenidos por los miembros del grupo son más efectivos que los individuales, ya que los estudiantes pueden llegar a autoevaluarse informalmente al comparar sus progresos educacionales con los de sus compañeros.

### *El nuevo modelo de atención y su impacto en la práctica odontológica*

En los años 60, cuando la investigación epidemiológica comenzó a ser aceptada en los poderosos espacios científicos internacionales de la odontología, se llegó a la conclusión de que la atención basada exclusivamente en procedimientos restauradores (asistiendo la enfermedad) no se mostraba capaz de controlar las enfermedades bucales. Tampoco podía evitar que las personas, incluso las que recibían tratamiento odontológico, terminaran perdiendo todos los dientes a edades tempranas. El modelo quirúrgico-restaurador condenaba al dentista a ser apenas un espectador y a actuar como, en palabras de De Carvalho (1997), «fiscal de demolición». Este hecho representaba una mayor frustración para los profesionales que para los pacientes. Aun en los grupos de altos ingresos, que accedían a sofisticados tratamientos y equipamientos, fue imposible documentar un buen nivel de salud bucal mantenida en el tiempo. Ese sistema privilegiaba la necesidad de aumentar cada vez más la cantidad de profesionales dentistas y el número de facultades, así como de multiplicar el equipamiento, para atender una demanda de restauraciones, extracciones dentarias y pro-

tésicas que, paradójicamente, no paraba de crecer, a pesar del formidable ejército de recursos humanos, del inmenso aparato tecnológico y de los inconmensurables costos financieros.

Una evaluación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a fines de los 70 mostró que Nueva Zelanda presentaba la mejor cobertura de las necesidades restauradoras en pacientes a los 13 años de edad y que, al mismo tiempo, el mayor porcentaje de adultos edéntulos se encontraba en los países industrializados estudiados.

Esa fragilidad conceptual y científica del modelo de atención basado en la restauración de la enfermedad llevó a que los países industrializados concentraran un importante volumen de recursos en la investigación científica del proceso salud-enfermedad. Con el cambio de la filosofía de atención hacia un modelo de promoción y prevención, los países desarrollados consiguieron en menos de tres décadas cambiar el perfil epidemiológico de sus poblaciones y elevaron sustancialmente el nivel de salud bucal, como demuestran los resultados de los estudios realizados por la OMS y detallados en su Global Oral Health Data Bank.

Con los hallazgos científicos de Keyes (1962 y 1969) y Fitzgerald y Keyes (1963), a partir de los 80 en los países en desarrollo los dentistas comenzaron a desistir de centrar su práctica en el tratamiento de lesiones establecidas, ya que reconocieron que este procedimiento no permitía controlar la infección del ecosistema bucal de las personas y las comunidades. La idea dogmática de que una vez iniciada la enfermedad inexorablemente continuaría hasta cavitarse el diente, e incluso llegar a necesitar su extracción, demostró ser absolutamente equivocada a la luz de los conocimientos científicos sobre el desarrollo de los procesos y la influencia de diferentes y múltiples factores. Entre estos, se encuentran tanto los factores del ecosistema bucal como los de los propios individuos, del estilo de vida, de las creencias y costumbres en y para la salud de ellos mismos y de las comunidades en las que están insertos.

Comenzaron a valorarse no solamente los seres humanos, sino un plano más profundo y amplio que contemplaba las condiciones socioeconómico-culturales y las políticas de salud de los gobiernos establecidos. Se iniciaron entonces la actividad de núcleos de discusión y análisis permanente y la divulgación dentro de la profesión, a nivel mundial, de la necesidad de una filosofía preventiva. La odontopediatría y la odontología social se posicionaron a la vanguardia. En la dé-

cada de los 90 se llegó a la aceptación generalizada de la odontología preventiva y el énfasis se dirigió hacia los cuidados de la salud, su promoción y mantenimiento (OMS, 30.ª Asamblea Mundial de Salud, 1977).

En la Facultad de Odontología de la Udelar tanto el Plan de Estudios 1993 como el 2001 para la carrera de Doctor en Odontología plantearon un perfil del egreso de acuerdo con esa concepción preventiva. Estos planes previeron la implementación de una estrategia de atención de la salud bucal que integraba a la práctica clínica curricular un sistema organizado de pasantías realizadas en espacios multiculturales, a fin de impactar también en el perfil sanitario de la población.

El Plan de Estudios 2001 (Anexo A) expresa (p. 5) que la transformación curricular desarrollada en forma ininterrumpida por la Facultad de Odontología desde 1993 supone esencialmente la ruptura con la tradicional enseñanza por disciplinas, que se adecua en el plano académico no solo a las tendencias epistemológicas más modernas, sino también a las necesidades sociales que se plantean en el momento histórico actual. Se trata así de un verdadero proceso de transformación académica y social desde el seno de una institución educativa, proceso abierto en el que se delibera y se confrontan de forma permanente concepciones filosóficas, científicas, pedagógicas y políticas, y mediante el cual se construyen acuerdos y se profundizan compromisos.

En otras palabras, la reforma curricular promovió una transformación del modelo de atención de la salud que implicó:

- puesta en práctica de un modelo de atención integral que jerarquiza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad;
- inmersión del estudiante en el ámbito real, en el que el proceso sujeto-estudiante se gesta y se resuelve;
- involucramiento de las personas que participan en los programas de salud.

### *Organización de la práctica clínica en Facultad de Odontología*

La noción de práctica propuesta por Schön (1992) se basa en situaciones pensadas y dispuestas para la tarea de aprender a hacer algo por medio de la acción. Aprender a hacer implica ejercitar una tarea, además de participar (tomar parte), pensar y hacer. Al mismo tiempo,

el aprendizaje como práctica situada (Chaiklin y Lave, 2001) no se circunscribe a un ámbito particular, lo que se aprende y el modo en que se aprende se engarzan con las particularidades del contexto en que se inscriben. Tomando en cuenta estas concepciones, los espacios de formación clínica en la carrera de odontología se organizan sobre la base de dos grandes estrategias: la Clínica Integrada y el Programa Docencia-Servicio en centros educativos y de salud.

La *Clínica Integrada*, definida como una estrategia para la formación de odontólogos mediante un abordaje multi- e interdisciplinar de la atención, propone la organización racional de conocimientos y habilidades a fin de adoptar decisiones clínicas que favorezcan la salud bucal. Las clínicas integradas se organizan por niveles de complejidad que corresponden a los conocimientos, habilidades y destrezas requeridos para abordar la resolución de los problemas de salud bucal en cada etapa curricular. De esta forma, las etapas se definen desde un punto de vista académico en relación con los estadios de aprendizaje y los niveles de autonomía profesional progresivamente alcanzados por el estudiante. Podríamos hacer una interpretación de lo expresado por Bordoli (2007) apoyando la organización clínica por niveles, cuando expresa que el estudiante «se supone un sujeto cognoscente en desarrollo». El sujeto de aprendizaje es considerado un sujeto evolutivo, que pasa por diferentes etapas y niveles de desarrollo; por esto se justifica un currículo estructurado en función de las capacidades evolutivas de los educandos. Con esta concepción la elaboración curricular de los planes de estudios 1993 y 2001 se centró en los educandos y, por lo tanto, se organizó el conocimiento en forma creciente en las clínicas integradas I, II, III y IV.

Por su parte, el *Programa Docencia-Servicio*, llevado a cabo en centros educativos y de salud, supone para el estudiante actuar en ámbitos organizados a nivel institucional y/o comunitario vinculados a la atención de la salud bucal de la población, incorporarse a un equipo de salud o educativo establecido y recibir orientación y respaldo de un plantel docente específico. Según Schön (1992), las pasantías responden a zonas indeterminadas de la práctica, por ejemplo, conflictos de valores que escapan a la racionalidad técnica. Esto coloca al pasante en una situación de inseguridad y vulnerabilidad, necesita competen-

cias que no ha desarrollado totalmente en el medio académico y tomar decisiones en condiciones de incertidumbre. Este autor se pregunta cómo podemos aprender de aquellos profesionales competentes que son capaces de manejar las zonas de incertidumbre más allá de su racionalidad técnica, cuáles son las formas en que esos profesionales competentes adquieren el «arte profesional» y cómo pueden ser enseñadas. Aprender-haciendo en un contexto real, con el apoyo de docentes, tutores o supervisores, enseñarle al estudiante a ver por sí mismo, lo que este autor llama «prácticum reflexivo», parece ser un camino positivo de prácticas.

La implementación de este tipo de programas requiere la confluencia de las instituciones responsables de la salud de la población, de la institución educativa y de las organizaciones representativas de los intereses de la comunidad. Con este fin, la Facultad de Odontología estableció acuerdos y convenios docente-asistenciales, vigentes actualmente, con servicios de salud y programas de salud comunitarios, Ministerio de Salud Pública, intendencias, Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU), policlínicos comunitarios, etc. Las pasantías se pueden cursar en todo el país, en las localidades donde exista un centro de salud con servicio o policlínico odontológico. El eje conductor es el convenio marco firmado entre la Facultad de Odontología y el Ministerio de Salud Pública-Administración de los Servicios de Salud del Estado (MSP-ASSE). En Montevideo también existen convenios de la Facultad de Odontología con el INAU y la Intendencia de Montevideo. Asimismo, los estudiantes pueden realizar su pasantía en dependencias de la Udelar, como el Hospital de Clínicas, la Clínica del Convenio de la Asociación de Funcionarios no Docentes de la Universidad de la República y la Unión de Trabajadores del Hospital de Clínicas (AFFUR-UTHC) y en los Servicios de Urgencia y Registro y Admisión de Pacientes de la propia facultad.

Todo estudio en el campo de la enseñanza que analice las prácticas requiere considerar las particularidades en las que se enmarcan (lugar, modo, condiciones). El análisis del componente social en la formación del odontólogo construye puentes entre la universidad y los individuos, en la búsqueda de un equilibrio entre enseñar a pensar, habilidades técnicas y conocimientos con los compromisos relativos a cuestiones de equidad, coherencia y servicio a la comunidad.

### 3. Dimensiones de análisis

#### 3.1. Perfil profesional

---

Indagué en cuanto al perfil (generalista, integral, énfasis en promoción y prevención) y su coherencia con la formación actual. La mayoría de los entrevistados de los tres grupos identifican claramente las características del perfil profesional y lo relacionan con las competencias logradas y otras en las cuales se debe profundizar. En las entrevistas se evidencian expresiones con relación a las competencias logradas, referidas al «desempeño asistencial», «educativo», «preventivo» y «comunitario» que da lugar a subcategorías.

##### *Enfoque clínico asistencial integral y preventivo que contempla lo histórico-social*

Lo que apunta la carrera es a un odontólogo generalista (D) (E) (P).

Pienso que es coherente con el perfil. Se preocupan por la prevención, promoción, están mucho más preparados de lo que sabíamos nosotros del tema (P).

Creo que hay coherencia, creo que es eso lo que recibimos a lo largo de toda la formación y tratamos de aplicarlo de esa manera (E).

Creo que sí colabora, pero que todavía quedarían metas por alcanzar. Hemos mejorado mucho en la formación del perfil del nuevo odontólogo, en los últimos años (D).

##### *Enfoque colectivo y comunitario histórico y social*

Cambiar la cabeza del odontólogo, un odontólogo más integral, o sea un odontólogo que se integre más a las problemáticas de la comunidad (E).

Una de las cosas del perfil fue que agregaron actividades extramurales trabajando más con la comunidad, de esa manera brindarle un aporte a la comunidad (E).

Nos posicionamos en un modelo más preventivo, interrelacionado con el medio, en un modelo participante, con prácticas basadas en los procesos mismos que generan, este nuevo concepto de salud-enfermedad en las comunidades, en la realidad. Creo que se cumple con el fin social que tiene la profesión (D).

Interpreto que las expresiones son coherentes con las observaciones de Mazza (1996), quien en su investigación confronta las demandas de aprendizaje basadas en un saber eminentemente técnico con las del saber que se pone en juego en la situación real, en que la interacción es parte del proceso mismo de la generación del conocimiento mejorando el compromiso de docentes y estudiantes para abordar los complejos procesos vinculados a la salud de la población.

Este alto nivel de conocimiento del perfil y la coherencia que se encuentra mejoran el compromiso de docentes y estudiantes para abordar los complejos procesos vinculados a la salud de la población.

### 3.2. Integralidad

---

La exploración abarcó ciertas concepciones en relación con las prácticas: sobre el modelo pedagógico desarrollado y los principios innovadores (integralidad en la formación: interdisciplinariedad, relación teoría-práctica) y sobre el modelo de atención en la asistencia odontológica (integralidad del ser humano: dientes vs. personas).

El concepto de formación integral remite a los procesos educativos que toman en cuenta y perciben a los sujetos en su totalidad (pacientes, estudiantes, egresados), en los que se consideran sus emociones, intelecto, afecto, razón, valores, aptitudes y actitudes, en una visión holística y multidimensional del ser humano. Plantear los procesos educativos en la perspectiva de la formación integral requiere modificar la relación educativa, centrarla en el aprendizaje, para perfilar un estudiante universitario que participe activamente en su proceso de formación profesional y social, que desarrolle su sentido de responsabilidad, creatividad y liderazgo mediante su interacción con el entorno social y profesional (Kriger, 1997). Esto genera la necesidad de tener en cuenta la pertinencia local y global de los procesos educativos y, a su vez, una visión multi- e interdisciplinaria con un enfoque transver-

sal del currículo. Los procesos formativos son múltiples y complejos y en ellos se van entrelazando la comprensión de nuevos conocimientos respecto de espacios y ámbitos de intervención de la realidad, para aprehenderla, entenderla y en lo posible mejorarla.

### *Modelo de atención centrado en el hombre como unidad*

Me parece fundamental el tema de la formación en el todo, más como individuo y no solo la boca como área. Creo que en los elementos del interrogatorio, por ejemplo en el diagnóstico, sobre todo en los servicios, se busca como un diagnóstico de lo lógico, qué es lo que está pasando y cómo está viviendo el paciente. Entonces, en vez de indagar desde la boca hacia afuera, se indaga de entrada sobre la forma de vida (D).

Me gusta el perfil que te dan, está bueno, mirar al paciente entero, a mí por lo menos me quedó de ver la salud de la persona, de ver cómo impacta todo en la persona y no ir directo al diente. Está bueno porque ves más las cosas, no se escapan tanto las cosas (E).

Atender al paciente, tuve buenos profesores que me recalcaron que yo estaba frente a un paciente, que tenía una persona a cargo. Eso fue la marca, creo que dije «no puedo venir a la clínica sin saber lo que voy a hacer» (E).

Nosotros veíamos más los casos y nos perdíamos en el contexto de lo que era el paciente en general; ahora yo creo que se forma más al estudiante integrándolo a las posibilidades del paciente, a su vez ven al enfermo como un ser más integral (P).

La gran mayoría de los entrevistados tiene una visión del paciente como un todo y reconoce que ese conocimiento es básico para la atención odontológica, para elaborar planes de tratamiento integrales, pertinentes y realizables. Al comparar con períodos anteriores, en general consideran superada la concepción curativa de la práctica odontológica, determinista y mecanicista. Entienden que esta ha sido una limitante en la construcción del conocimiento, que ha relacionado al odontólogo solo con una parte (boca, dientes) de la totalidad del ser humano y lo ha conducido a una abstracción de las múltiples interconexiones que conlleva el proceso salud-enfermedad en las personas.

### *Interdisciplina en espacios clínicos curriculares que se desarrollan en la facultad*

La información recogida en las entrevistas en cuanto a la integración en la práctica, el abordaje interdisciplinario del conocimiento y del paciente en especial evidencia que en las clínicas en facultad se continúa con prácticas más parciales. Esta concepción resulta muy fuerte y repetida en el grupo estudiantil.

La clínica está integrada pero más o menos (E).

El abordaje interdisciplinario es un tema que queda bastante en el debe (D).

Esa la veo difícil, todavía no tan desarrollado, como que esto es un aspecto que le falta un poco. Está como compartimentado el conocimiento. No veo que haya todavía mucha integración, ha habido cambios pero queda mucho camino para recorrer (D).

### *Relación teoría-práctica en espacios clínicos curriculares que se desarrollan en la facultad*

Reconocen una evolución en cuanto a la lógica tradicional de dicotomizar la realidad en espacios dedicados a la teoría y otros de análisis en la práctica. Asimismo, entienden que la programación de las UDA se apoya en una perspectiva multidisciplinar y en una modalidad y concepción diferentes de la tradicional lógica asignaturista.

Antes la teoría era con materias separadas y después como que se fusionaron e hicieron las UDA. Lo de las UDA me gustó, porque hacer por temas me parece que retenés más o asociás más que por materia, por materia es como muy abstracto, así ves el todo (E).

Sí, tienen sí, conocimientos teóricos tienen. Las unidades de aprendizaje del nuevo plan están buenas en cuanto a tener una interrelación, porque ya no ven solo un diente, ven un paciente como unidad, como ser humano (P).

Creo que existe un equilibrio entre teoría y práctica. Tratamos de que exista una formación teórica y cotejarla con lo que estamos haciendo, que sea una ida y vuelta. Reflexionar sobre la teoría con la que contamos, con la que partimos, ¿no? Una ida y vuelta que debe existir entre teoría y práctica, reflexionar sobre qué cosas desde la práctica harían a una teoría diferente (D).

Se plantean algunas observaciones, deficiencias y dificultades de implementación:

Y también, en los primeros años integrar un poco más toda esa masa teórica con la parte práctica, como para que no se haga tan pesado hasta tercero no ver nada; bueno, en realidad hay una Clínica Integrada en segundo que se podría aprovechar un poco más, porque cuando yo la hice era muy básica (E).

El plan de estudios lo plasma en lo que dice pero después en los hechos me parece que todavía no hay equilibrio entre teoría-práctica al día de hoy, o sea que sigue siendo más lo retórico que los hechos, del punto de vista real (D).

Creo que la teoría es poca y la práctica es poca... existe un equilibrio. Sobre todo en la parte social creo que lo que se está enseñando se está aplicando bien (P).

### *Interdisciplina y relación teoría-práctica en espacios clínicos curriculares en servicios y centros hospitalarios*

La integralidad está bien presente en los centros de asistencia externos, adonde permanentemente son convocados a interactuar. Todos los grupos concuerdan en que «el hospital» es el lugar de práctica interdisciplinaria por excelencia y en que en este trabajan en un contexto operacional (equipo técnico funcional con normas y actividades establecidas) aprendiendo el principio y finalidad de cada uno de los resortes que mueven los componentes del hospital. Foucault (1978) es coherente con lo que expresa Lucarelli (2000, 2005): esta articulación entre teoría y práctica permite la producción de algo nuevo en el que aprende, mediante la resolución intencional de un problema de índole práctica o teórica.

En hospitales hay interdisciplina, el hecho de compartir la historia clínica con la parte médica es fantástico, te dicen, yo recibo la historia y puedo leer qué tiene el paciente... qué no tiene y tienen al médico ahí para consultarlo. Trabajan compartiendo... venimos acostumbrados a ver al médico como superior, y ellos están mano a mano (D).

El hospital es interdisciplinario, con los médicos, por ejemplo. Te llega la historia completa del paciente que está internado,

del ambulatorio también tenés la historia integral, digamos, de toda la atención integral del paciente (E).

En el hospital sí, en cierto modo se da la interdisciplina, porque en el hospital había muchos pacientes que eran derivados del médico para interconsulta o porque se iban a operar, pero en los demás sitios la interdisciplina o la multidisciplina yo no la vi, solo la vi en la parte de hospital y con medicina (E).

Surgen dificultades en la implementación relacionadas con normativas de los servicios de salud.

Creo que ellos la teoría de cómo llega el paciente y dónde termina la tienen, no lo pudimos poner en práctica por el sistema de atención del servicio. Además intercambian mucho con el equipo y son muy seguros para intercambiar con los médicos y sin miedo (P).

### 3.3. Práctica contextualizada

---

Acuerdan que la diversificación de los espacios didácticos permite el equilibrio entre conocimiento académico y la práctica cotidiana y que por lo variado de la experiencia y de los aprendizajes genera beneficios para los estudiantes: adecuarse a las normas de un servicio y a sus recursos, integrarse a un equipo de salud y provecho para el ejercicio profesional (manejo y velocidad).

Los impulsa a tener que enfrentar al paciente por sí solos, les enseña a planificar en un todo al paciente, es una experiencia que tiene una repercusión muy positiva (P).

Recién ahí pude ver la realidad, vi una realidad distinta, me venía formando de una manera y ahí entra en juego todo lo social. Dependiendo de dónde te toque, qué hacés y cómo lo hacés, viendo la realidad, hay veces que tenés que arreglarte con lo que tenés, con lo que podés (E).

A partir del análisis de la información se evidencia que identifican distintos tipos de conocimientos que se aprenden en el contexto de la facultad y en la comunidad y diferentes procesos de aprender.

Vos allá te insertás en su barrio, en su vida; atendés a la mujer, al marido, sabés de los hijos, tenés otra relación, conocés a toda

la familia. Es así, después viene el cuñado, como que te vas interiorizando con el resto de los vecinos (D).

Me parece que cuatro meses de práctica, que es lo que dura el semestre 11, no es suficiente. La práctica no tiene que ser tanto en facultad sino más bien en policlínicos, creo que es mucho más eficiente, te devuelve más (P).

El reconocimiento a los aprendizajes realizados en estos espacios es acorde con lo expresado por Finkelstein y Lucarelli (2003): «los estudiantes reconocen que los espacios dedicados a la práctica como instancias de formación provocan en ellos un efecto importante y los valoran como nucleares en su trayecto curricular».

En la práctica clínica se alcanza el nivel praxológico de acuerdo a Ferry (1997), es decir, se trata de contestar a las preguntas «¿qué hacer?» y «¿para qué hacer?», se toman decisiones referentes al plan de tratamiento pertinente al contexto.

Para Schön (1992), representa el prácticum-reflexivo, en que el estudiante-profesional desarrolla la capacidad de pensar, de reflexionar sobre su acción: ¿cómo aprender de profesionales competentes? ¿Cómo adquieren el *arte profesional*?

De acuerdo con Doyle (1978, 1984, 1986), que refiere a los procesos del aula como «sistemas ecológicos», relacionando el conjunto de actividades necesarias que lleva a cabo el estudiante para establecer diagnósticos y tratamientos con los recursos disponibles durante la generación del producto.

Asimismo, se hace evidente el estrés que experimentan algunos estudiantes del área de la salud, ya que surgen situaciones ansiógenas relacionadas con la autorrealización y su papel para asumir su rol en el contexto en que se desenvuelven.

Creo que la formación que tenemos es muy teórica, aplicarla entonces después a la realidad de nuestra sociedad es otra cosa. Pero como que recién ahí pude ver la realidad, vi una realidad distinta, como que me venía formando de una manera y ahí entra en juego todo lo social, me parece. Dependiendo de dónde te toque, qué hacés y cómo lo hacés, viendo la realidad, hay veces que tenés que arreglarte con lo que tenés, con lo que podés (E).

Creo que todas las prácticas que tenemos al final se deberían

hacer durante la carrera, porque es abismal la diferencia de cuando empezás las pasantías; es como que aprendés un montón de cosas [...] y decís «¿por qué no lo vimos antes?» (E).

No tenía muy buena suerte con los pacientes. En un momento pensé que capaz era problema mío. Fui al psicólogo, a ver si yo era que le daba miedo al paciente o que le infundía y me dio un poco más de confianza. Yo qué sé, ese tipo de cosas como que me daba impotencia, era un estrés diferente, desconocido (E).

A mí me pasó de tener que hacerme cargo de pagos del paciente, porque no lo podía pagar y si yo no pagaba perdía el curso, entonces me hice cargo yo. Entonces, esas cosas te estresan mucho, te lleva una carga extra (E).

Tengo compañeros que la pasaban mal. Estrés en facultad tuve por las corridas de los laboratorios y eso, pero no por atender pacientes, la verdad que tuve muy buenos pacientes (E).

Podría decirse que mucho de lo expresado en relación con esta dimensión de análisis coincide con Finkelstein y Lucarelli (2003) en cuanto a que se apunta a formar un práctico competente que pueda resolver problemas instrumentales sin dar lugar a ambigüedades (racionalidad técnica). Desde este punto de vista la competencia profesional es la aplicación de teorías y técnicas, que derivan de la investigación científica, para la solución de problemas instrumentales de la práctica. Esto resulta sencillo en situaciones familiares, pero no sirve en aquellas en que el problema no resulta inicialmente claro y no hay relación directa entre este y las teorías disponibles. En estas aparece el «arte profesional», los profesionales siguen reglas que aún no se han explicitado. En esta perspectiva el «arte profesional» se entiende en términos de reflexión en la acción y es central en la competencia profesional exitosa. De este modo, el profesional reestructura algunas de sus estrategias de acción, teorías o modos de configurar el problema. Subyace una concepción constructivista de la realidad, en el sentido de que ese profesional construye las situaciones de su práctica.

### 3.4. Jerarquización del paciente en la asistencia

---

Esta dimensión da cuenta de una perspectiva clínica integral, de prevención y de promoción de salud y de énfasis en el rol activo del paciente como agente de salud. Se acuerda con Beltrán, Flores e Ikeda (2006) que la atención odontológica genera un vínculo humano propicio para que el profesional estimule el rol activo del paciente como promotor de salud, fomente el autocuidado y logre la prevención de enfermedades mediante una intervención temprana y prácticas de comportamiento preventivo.

En el análisis surgen distintos niveles de respuestas con relación al grupo de pertenencia.

Creo que es fundamental la participación que tienen hoy los usuarios en todos los equipos, darle cabida a la comunidad, que el usuario no sea solo un mero receptor (D).

Hoy por hoy el usuario es el eje fundamental en la atención de los servicios y en la calidad de los mismos (D).

Hay un enfoque más integral del paciente centrado en resolver con lo que hay y tratar de que la persona salga con soluciones (P).

El paciente hay que analizarlo todo, su medio social, las urgencias de su trabajo, lo que precisa, las posibilidades económicas que tiene. Hay una visión de ver lo que el paciente necesita y lo que es más indicado como tratamiento (D).

Se recogen algunas expresiones de insatisfacción en el cumplimiento de esta dimensión. Por ejemplo, hay profesionales que plantean dificultades generadas por las realidades del servicio: recursos y tipos de prestaciones, rotación de estudiantes, etc.

En los policlínicos se prioriza al paciente, A veces la realidad te condiciona, por ejemplo yo trabajo con discapacitados y reclusos y es complicado; pero en general se trata de darle lo que precisa el paciente (P).

Sé que es recomplicado [...] que es redifícil, creo que no se está resolviendo, nadie le pone cabeza para tratar de resolverlo. En las pasantías sí, puede ser (E).

Por el lado nuestro, nos cuesta eso, ¿no?, decir «tengo que hacer una prótesis fija», pero además necesita otras cosas como para darle una atención integral (E).

Los estudiantes que han venido más cantidad de horas sí lo hacen, pero los que vienen una vez por semana de repente al paciente que habían atendido nosotros ya lo resolvimos en esa semana, entonces como que no tienen un seguimiento como el paciente de facultad. Eso es lo que se pierde cuando vienen pocas horas (P).

Los estudiantes expresan que existen carencias en el cumplimiento de este pilar (aunque depende del año de clínica, especifican problemas en cuarto año) que se manifiestan en la selección y derivación de pacientes, la exigencia de un cuadro de trabajo, el incumplimiento del paciente y las limitantes en las prestaciones que ofrecen los servicios.

Tiene que ver con el momento de la carrera, en segundo y tercer año te inculcaban mucho eso, «el paciente, el paciente es lo primero», y después como que se va restándole importancia, como que se va perdiendo un poquito (E).

Creo que sí, lo vi más en la pasantía ahora en el semestre 11 cuando estuve en Registro que se está apuntando a individualizar el paciente y ver qué tipo de prestación hay que realizarle (E).

Sé que es recomplicado [...] que es redifícil, creo que no se está resolviendo, nadie le pone cabeza para tratar de resolverlo. En las pasantías sí, puede ser (E).

Generalmente sí, aunque a veces en cuarto año hay mucha presión de los docentes, porque el estudiante de odontología depende de todos, depende del docente, del paciente, de los funcionarios. En realidad, creo que en todas las clínicas, muchas veces se buscan algunos trabajos que hay que hacer, te presionan con esos temas (E).

Se intenta darle todos los tratamientos posibles y darle la mejor solución a su problema... atenderlo hasta donde lo permitía tu clínica, y si necesitaba algo más, derivarlo a otra clínica (E).

### 3.5. Resolución de problemas reales

---

Beltrán y otros (2006) consideran que una manera efectiva para aprender-haciendo es situar al estudiante frente a problemas reales y contextualizados, según el enfoque del aprendizaje basado en problemas. De esta manera se facilita la recuperación de conocimientos previos y el procesamiento de nueva información, y como resultado se mejora la organización del saber y se garantiza su permanencia. El saber práctico es aquel que permite encontrar la respuesta apropiada para distinguir situaciones y dar respuesta oportuna a los problemas que encara, basado en el saber teórico y mediante la operación del saber operativo o procedimental.

Mazza (1996) explica que la idea de conocimiento como producción y análisis de la realidad significa adquirir ciertas competencias en el manejo de la situación en que la presencia de un «otro» es fundamental. En el modelo actual de atención pública en salud bucal los profesionales están obligados tanto a integrar equipos para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades como a realizar acciones específicas para rehabilitar y controlar la salud restablecida.

El análisis de la información recogida en relación con esta dimensión tuvo los aportes más significativos, reflexivos y críticos en los tres grupos encuestados, pudiendo identificarse diferentes representaciones por grupo de pertenencia.

Algunos docentes y estudiantes opinan que se están resolviendo los problemas reales tanto en la clínica de facultad como en los servicios de salud. Hay quienes introducen palabras como «proceso» o «evolución», porque sienten que se está en el camino de lograr un complemento e incluso un potenciamiento enseñanza-aprendizaje-servicio. También creen que debe ser profundizado o que hay que seguir avanzando.

Creo que hay un esfuerzo grande de todos los actores de facultad de tratar de salir de ese esquema y creo que de alguna manera se está llevando adelante (D).

... eso para mí es un proceso. Yo creo que en eso se avanzó muchísimo (D).

Se avanzó muchísimo, lo que se trata hoy en la clínica son problemas reales, acá en intramuros todavía seleccionamos más de

lo que debiéramos, son problemas reales, son problemas de la gente (D).

Tanto adentro como afuera, o sea, lo que yo he aprendido es lo que tomo como modelo para la asistencia [...] Creo que sí, que son situaciones reales (E).

Otros docentes y algún profesional expresan lo que consideran que se vive a diario en algunas clínicas de facultad donde el modelo tradicional de asistencia centrado en la enseñanza de la odontología no ha sido superado, y lo contraponen con lo que sucede en los servicios y centros de salud en la comunidad.

En facultad pasa esto, «y en este caso, ¿qué harías?», te sacan el manual. Cuando están en servicios te dicen, “el manual dice esto pero el paciente tal cosa” (D).

... pero cuando la prestación es paga y el modelo económico se mete en la estructura, ahí es como cuando más se preguntan cosas. Así que me parece que sí, la situación real la viven sobre todo en los policlínicos a nivel barrio (D).

No es lo mismo cuando entran que cuando salen (servicio). Por más que para unos no es más que un pasaje o como realizar un trámite, creo que a la mayoría le deja una experiencia de la realidad (P).

Plantean la situación en términos de «abismo», «muy alejado», «cambiar instrumentos». Piensan que en la práctica clínica en facultad sigue existiendo un modelo tradicional de enseñanza, es decir, se ven casos específicos sin conectarlos con las realidades que viven los pacientes.

Veo un abismo entre lo que facultad desde la práctica clínica aporta a los estudiantes, muy pocas veces se da una resolución de las situaciones reales (D).

Como docente observo y creo que en eso se necesita muchísimo más avance, creo que hay que seguir trabajando muchísimo en esto (D).

Lo veo alejado todavía, a pesar de que han existido modificaciones (D).

La práctica de facultad tiene poco que ver con el mundo exter-

no. Cuando salen inmediatamente se adaptan a las soluciones del lugar (P).

Eso es lo que tal vez tenemos que profundizar; dejar de ver las cosas como idealistas y ver lo que el paciente realmente necesita (P).

Las salidas al interior me parecen importantes porque ellos ven otra realidad (P).

El grupo estudiantil opina que la Clínica Integrada, especialmente la que se desarrolla en cuarto año de la carrera en la facultad, implementa todavía modelos de asistencia basados en las necesidades de enseñanza y en la evaluación de los resultados y que estos surgen de la realización de determinadas prestaciones imprescindibles para aprobar el curso.

En cuarto, creo que es un año muy intensivo y ahí sí se prioriza más al estudiante que al paciente, me parece que en los tratamientos, en la integrada te dicen, precisás un cuadro de trabajo, una incrustación, una resina, y se aleja un poco de lo que necesita el paciente, capaz que el paciente precisaba otra cosa pero yo tallo el diente único sin ver lo otro, de manera de obtener mi incrustación y ya está, el curso salvado (E).

Todos los profesores el primer día de clase, ya estabas podrido de que te dijeran «no hay cuadro de trabajo, es hacer lo que precisa el paciente», y después andabas como loco buscando la jacket, que la precisabas, era como «ta, no me mientas más». En la clínica eso de «tengo que hacer la vital, tengo que hacer tal cosa» es horrible para uno y horrible para el paciente, porque te vas fijando y «ah, no tenés una vital, no te atiendo». En niños no tanto, en niños no (E).

Acá en la facultad creo que no, porque el tema de la Clínica Integrada tiene muy poco de integrada y uno busca siempre los trabajos porque en realidad es lo que a uno le exigen, y ta, todos queremos salvar los cursos (E).

Estudios realizados por May (1983) han descrito comportamientos pedagógicos que deben presentar los docentes clínicos como una herramienta importante en la práctica en aras de garantizar la calidad de la educación clínica. Entre estos comportamientos, este autor incluyó

habilidades pedagógicas tales como adaptar la enseñanza a necesidades individuales, enseñar mediante la demostración, dar y recibir retroalimentación y evaluar los resultados.

### 3.6. Valoración del Programa Docencia-Servicio

---

Si bien se reconocen fortalezas en el impacto de las pasantías en la calidad de la formación y en el perfil profesional, es de interés analizar algunas subcategorías.

#### *Fortalezas en el proceso de aprendizaje*

Valoración muy positiva por la población universitaria, donde los estudiantes desarrollan sus pasantías «constituye un pilar fundamental de la formación preprofesional».

Como estudiante lo valoré y lo disfruté, pero ahora con el tiempo lo valoro más (D).

Personalmente me ayudó a ganar experiencia, enfrentarme a trabajar independiente, en ese sentido Docencia-Servicio cumple con los fines que fueron planteados (E).

El programa me hace ver otra realidad, mejorar mi prestación de servicio, mejorar el trato con los pacientes, manejar el tiempo, todo eso creo que me ha ayudado (E).

tranquilidad, sin presiones (E).

De acuerdo con Mazza (1996), los estudiantes describen las pasantías en servicios de salud como situaciones en las que se dan «relaciones socioafectivas favorables», alto grado de cohesión, predominio de un clima afectivo de continencia y escucha, mayor autonomía, mayor confianza y mayor conciencia de la calidad de la atención, compromiso y placer. Además consideran que les permiten poner en orden sus propias ideas y pensamientos, carentes en un primer momento de una configuración clara.

En las respuestas de los estudiantes aparecen significados que hacen referencia al «entorno de la situación», «tranquilidad», «sin presiones». Rescatan el aspecto comunicacional y el aumento de la responsabilidad y la autoestima.

Como estudiante lo valoré y lo disfruté, pero ahora con el tiempo lo valoro más (D).

Personalmente me ayudó a ganar experiencia, con la poca experiencia que salimos de acá, me parece que sí, enfrentarme a trabajar independiente, en ese sentido Docencia-Servicio cumple con los fines que fueron planteados (E).

El programa me hace ver otra realidad, mejorar mi prestación de servicio, mejorar el trato con los pacientes, manejar el tiempo, todo eso creo que me ha ayudado (E).

Finkelstein y Lucarelli (2003) expresan que la práctica en servicios permite a los estudiantes conocer el rol del odontólogo y las actividades que realiza in situ; la apertura al trabajo con otras disciplinas; la reflexión sobre la práctica y repensar la teoría ya aprendida orientada hacia el trabajo profesional; reflexionar acerca de los preconceptos con que se llega al terreno, y tomar conciencia de ellos y construir conocimiento en un rol activo.

En esta dimensión se ve una valoración muy positiva por la población universitaria y las instituciones donde los estudiantes desarrollan sus pasantías. Están de acuerdo en que la práctica odontológica desarrollada en servicios y comunidad constituye un pilar fundamental de la formación preprofesional.

Creo que es muy prioritario porque lo medís, en todo, en la cantidad de recursos que hay, económicos, en el plan de estudios, la cantidad de horas que tienen los estudiantes. Me parece que sí, se le da prioridad al programa, creo que se valoriza (D).

Lo veo muy bien, es útil, fundamental. Hay muchos odontólogos que trabajan en servicios colectivizados, puedo comparar todos los lados y todos son distintos, la experiencia no es la misma en todos los lados y las prestaciones que uno realiza tampoco [...] sirve agarrar velocidad en la práctica. Yo ahora como que me siento con más capacidad de atender a un paciente más rápido, concreto, me mentalizo lo que tengo que hacer, me programo y voy como al grano más rápido (E).

Para mí puntualmente fue la parte de la carrera que me gustó más. Aprendí un montón de cosas, me relacioné bárbaro con los docentes, trabajé con responsabilidad. Para mí fue funda-

mental, agarré mucha experiencia. Aparte, hasta tuve un reconocimiento de la gente. Pienso que impacta positivamente, nos sirve para conocer la realidad de afuera. Estaría bueno que se siga haciendo y mejorando (E).

Es muy importante y te da bases para después seguir, porque es la primera vez que se enfrentan a un paciente solo y tenemos que atenderlo de manera integral. Enfrenta a situaciones clínicas que no estamos acostumbrados (P).

### *Desafíos en la articulación universidad-servicios*

Se plantea la necesidad de cambios, de apertura, de interrelación, de articulación con otros programas de extensión de la Universidad y del país.

El programa ha mantenido la estructura y ha llevado adelante los temas curriculares, pero no ha logrado una participación mayor como en la negociación con los actores de las diferentes áreas en cuanto a si las actividades del estudiante en facultad y en la comunidad tienen la misma validez, los mismos créditos y que la supervisión la realicen otros docentes (D).

Creo que estamos en un momento político sustancial para poder generar cambios, seguir con un Programa Docencia-Servicio como estaba instalado hace 10 años me parece que no tiene sentido. El programa se tiene que abrir a nuevas experiencias. La facultad tiene que seducir, y tienen que seducir los programas en los cuales estamos participando, para que el recurso humano calificado siga en este proyecto (D).

Se aprecia que el contacto con el contexto real de formación genera una actitud positiva, que lleva a la búsqueda de información y de razonamiento. Esta interacción tiene beneficios para ambas partes y motiva al personal estable a actualizarse y perfeccionarse de forma continua.

Para el servicio es estar en contacto con la facultad todo el tiempo. Yo cuando tengo dudas de algo les pregunto a los chiquilines, cosas con las que uno no está siempre en contacto o algún dato nuevo (P).

Sí, repercute, en los servicios que son fuera de facultad, donde

hay colegas que hace años que no tienen contacto con la facultad es positivo porque siempre hay aportes. Hay un intercambio de las dos partes (P).

Para nosotros ha sido bárbaro recibir a los estudiantes y creo que para ellos más. En los servicios nosotros los recibimos con mucha alegría y aprendemos de ellos, así como ellos aprenden de nosotros, intercambiamos ideas con ellos, nuevas técnicas, nuevos materiales. Nos ha refrescado mucho tener juventud acá con nosotros (P).

¡De gran ayuda! Porque así como ellos se nutren de lo nuestro, nosotros también nos nutrimos de lo de ellos. Siempre hay intercambio de conocimiento y aporte, después de la jornada de trabajo siempre hay una sentada en la mesa y un intercambio de lo que viste y de cómo se resolvió y cómo lo hubiera resuelto cada uno. Esos intercambios, para la gente que estamos en el interior y no tenemos contacto con la facultad, nos vienen bárbaro, porque es como estar en una pequeña clase (P).

Con las pasantías la Intendencia, desde lo económico, no tiene que nombrar odontólogos y con eso no estoy de acuerdo. A las policlínicas nos sirve muchísimo, si no tuviéramos los estudiantes, prácticamente tendríamos que cerrar la policlínica (P).

Creo que el servicio se renueva, porque después se hace una devolución de lo que nos pareció, de las cosas positivas y negativas, y ello puede servir para que el servicio se vaya continuamente renovando, dentro de lo posible (P).

Los docentes del Programa Docencia-Servicio plantean que existe falta de reconocimiento por el resto del cuerpo docente de la facultad. Esto se debe a la perspectiva situacional generada por una escisión de la escuela profesional en dos mundos, habitados respectivamente por docentes orientados a la enseñanza disciplinar y docentes más comprometidos con el rol social de la institución educativa. Esta situación refiere a la subjetividad de los afectados, pero también se le reconoce una perspectiva política importante. Si bien esta insatisfacción llega a definirse como un problema, hay algunas propuestas para mejorar la situación basadas en la investigación, comunicación y motivación.

Hay pocos docentes, no hay motivación o la gente no sabe. No

sé qué es lo que está fallando, si es falta de información, si es que la gente no quiere trabajar en Docencia-Servicio, si no lo conocen o no les parece valioso, como que es de otro nivel. Cuál es la falla, no sé, pero me parece que no se le da la importancia que tiene; se generan inequidades en la contratación de recursos humanos. Entonces, ¿qué prioridad le está dando la institución? ¿Le parece importante?, ¿no le parece importante? (D).

El Programa Docencia-Servicio siempre fue algo como desprestigiado. Creo que es porque no lo conocen, las personas que no lo conocen piensan que es de baja calidad, solamente le dan valor aquellos docentes que están realizando sus tareas dentro de Docencia-Servicio. Hay un gran desconocimiento, tienen una idea que es diferente a lo que estamos realizando (D).

Creo que no se visualiza la prioridad, es mala. Hace cinco años el programa ha sufrido, no sé si «serruchadas», pero es como que está ahí y que funciona porque es un requisito, pero sin incentivar, sin proyectar. Entonces, es como que hay esfuerzos personales, de los directores o a veces iniciativas docentes de mantenerlo. Es como que está devaluado Docencia-Servicio [...] y creo que le falta sistematización de datos, le falta como una cuestión bien metodológica para demostrar qué es lo que se hace [...] investigar en el medio es más importante que investigar acá adentro en el laboratorio. Creo que alguna gente lo ve como prioridad y otros como de segunda mano. Se instaló algo que es horrible, no sé si vino de los docentes o de los estudiantes, «la odontología para pobres», y la asocian a Docencia-Servicio, después está «la odontología para ricos» [...] a veces discutimos las cosas desde los prejuicios y no desde lo académico (D).

Docencia-servicio se considera divorciada de la academia. Creo que mejoró pero [...] costó mucho para que entrara en la cabeza de la gente, era casi un castigo, un destierro. El programa hoy recoge docentes que antes pensábamos que no, y con muy buena respuesta, los docentes que eran críticos, cuando van, tienen una camiseta más fuerte que hasta con la propia cátedra. Para los docentes que trabajan en Docencia-Servicio tiene una prioridad bárbara, el resto de los docentes lo siguen viendo, básicamente, como un programa paralelo a la facultad. Los de las básicas no saben ni que existe el programa. También reconozco

que el programa tiene muchas falencias, la masa de docentes no lo considera importante y cuando hay que tomar resoluciones es necesario tener apoyo en el resto de los docentes, los estudiantes y los profesionales, y ahí se complica. Yo pienso que impactar, impacta [...] sería interesante hacer una evaluación que nunca se ha hecho, es muy complicado (D).

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

Es necesario entonces ofrecer espacios de formación para docentes, profundizar las actividades interdisciplinarias e interinstitucionales, y para los profesionales que actúan como supervisores en los servicios, dado el rol formativo que cumplen en el desarrollo de competencias de los estudiantes para la práctica profesional.



# Evaluación

Este trabajo de tesis es una de las primeras experiencias en el área de la educación odontológica que incorpora la metodología cualitativa y explora en especial las innovaciones curriculares que orientaron la transformación curricular y su impacto en la calidad de la formación profesional y en el perfil profesional.

Considero que es un estudio concreto que contribuirá al avance de la enseñanza de la odontología y al desarrollo integral de la profesión de acuerdo con las necesidades en salud de la sociedad. Realiza un análisis de los procesos de cambio en la enseñanza de la odontología así como de los factores que intervienen en ellos (concientización), y se identifican algunos rechazos, dificultades o situaciones problemáticas en el presente que necesitarán modelos, metodologías o estructuras alternativas. Los problemas que se han hecho visibles en la investigación han surgido considerando el contexto en que se encuentran insertos, lo que ha permitido identificar situaciones problemáticas estructurales, metodológicas y culturales que necesitarán estudios específicos y variadas estrategias de acción para solucionarlos. A saber:

## 1. Algunas clínicas de facultad aún no han logrado la integración necesaria

La concepción de integralidad convoca a interactuar, por la misma complejidad del ser humano, entre profesores de las diferentes áreas del conocimiento, como con los pacientes, en la intención de ir más allá de los signos y síntomas para buscar relaciones entre los elementos en que actúan las personas con intención de romper con los protocolos homogeneizantes y rescatar las subjetividades. La apertura a la realidad que exige un diseño curricular de corte transversal que estimule la formación integral implica a su vez que los académicos involucrados en el trabajo curricular vayan desarrollando procesos de

aprendizaje autónomo en una concepción de complejidad y articulación de las disciplinas, la cual pueda ser aplicada en los acercamientos metodológicos y en la formulación de prácticas profesionales integradoras. Este proceso de articulación entre disciplinas no es una suma de partes, sino la interrelación de categorías conceptuales que permitan ir construyendo un tejido teórico metodológico en el que cada disciplina se reconozca en sus enlaces con otras disciplinas y sea la concurrencia de esta diversidad la que permita visualizar una totalidad en movimiento en el reconocimiento de los elementos de realidad que se hayan constituido en objeto de trabajo del currículo. Los planes de estudios innovadores responden a la necesidad de esa integración reconociendo que los dispositivos y espacios didácticos deben equilibrarse en la formación profesional aplicando en los currículos tanto el conocimiento basado en la academia y en la investigación como los problemas derivados de la propia práctica cotidiana.

## **2. Persistencia de un modelo de enseñanza y evaluación centrado en las necesidades de aprendizaje**

Se hace evidente que por un lado se aprecia el modelo pedagógico que plantea una institución en determinado momento histórico y se plasma en su plan de estudios pero... ¿qué tipo de estrategias didácticas y técnicas metodológicas utiliza el docente para formar el sujeto que se pretende? ¿Mediante qué contenidos y experiencias? Los conocimientos académicos que el estudiante alcanza en el proceso de formación están relacionados en la práctica con las características de las actividades que se desarrollan en el aula, y en esto tienen un peso fundamental la actitud del docente ante el modelo de enseñanza y la concepción de aprendizaje y lo que él considere en referencia al tipo de saberes que se requieren para acreditar su curso. Estos aspectos han estado establecidos por mucho tiempo en la Facultad de Odontología como «cuadro de trabajo». Este englobaba una serie de prestaciones mínimas que el estudiante debía realizar en la práctica clínica determinando una modalidad de evaluación basada en el producto. La traducción de las estructuras profundas del docente a un currículo

con objetivos conductuales, a un modelo de enseñanza basado en el aprendizaje y un sistema de evaluación continua y sumativa necesita un proceso sistemático de motivación hacia el cambio y la innovación que no siempre se acepta y se logra.

### **3. Dificultades en la selección y asignación de los escenarios de práctica extramural de acuerdo con los objetivos curriculares**

Este punto se relaciona con lo planteado en la Segunda Reforma Universitaria, que da cuenta de que para enfrentar el desafío es necesario combinar dos niveles de acción: 1) ampliar y diversificar la institucionalidad educativa nacional, y 2) complementar lo que se hace en las aulas habituales con lo que se puede hacer en las aulas potenciales (hospitales, centros educativos, fábricas, granjas, centros turísticos, estudios profesionales, hoteles, laboratorios, comercios, medios de comunicación, servicios, etc.), donde una labor socialmente valiosa se realiza de manera eficiente: «Una antigua idea —combinar formación avanzada y trabajo creativo— debe orientar la Educación Nueva; esta no saldrá de las ensoñaciones si no sabemos convertir múltiples aulas potenciales en aulas reales» (Arocena, 2006). En esta línea, la resolución del Consejo Directivo Central del 29.10.09 en el numeral 4 establece: «Promover las prácticas integrales a nivel de los Espacios de Formación Integral, bajo modalidades adecuadas a las circunstancias específicas de las Áreas y Servicios de la Universidad de la República».

### **4. Necesidad de ofertas de ámbitos de formación pedagógica para docentes y profesionales-supervisores a fin de reforzar los espacios de práctica como instancias de formación**

Las orientaciones pedagógicas innovadoras hacen de la clínica odontológica un privilegiado espacio de práctica que ofrece la oportunidad del aprendizaje en colaboración centrado en el diálogo y apoyando la «reflexión en la acción», utilizando los conocimientos y destrezas para la selección de las opciones más adecuadas cuando se enfrentan

a problemas y situaciones contextualizadas. La Universidad necesita adaptarse a los adelantos académicos, tecnológicos y metodológicos haciendo posible que crezcan nuevos sujetos pedagógicos variados y flexibles, es decir, la democratización del vínculo pedagógico. Es decisiva la evolución del cuerpo docente; se resaltan dos condiciones: formación integral y metodologías de enseñanza activas.

## **5. Necesidad de transformar el Programa Docencia-Servicio, de profundizar la investigación y de integrar las actividades de extensión de la facultad con otras que se llevan a cabo en la Universidad y en el país**

Si bien desde 1993 la Facultad de Odontología apostó a una propuesta de formación que integraba la curricularización de la extensión, esa fuerte experiencia debe actualizarse sobre la base de la Segunda Reforma Universitaria y entenderse como una actividad natural del conjunto de la Universidad y promover espacios y programas interdisciplinarios. La interdisciplinariedad se vincula con una reformulación del modo de acceder al conocimiento y del modo de expresarlo, de manera que la realidad aparece como un conjunto de hechos que no se entienden solo desde un punto de vista, sino desde diversas miradas, cuya integración faculta a tener una perspectiva más completa y unitaria de ella misma. Es necesaria una acción pedagógica que, en sí misma, conlleve síntesis comprensivas de la realidad tanto a nivel de contenidos como a nivel de capacidades y destrezas. En este sentido resulta central el apoyo de metodologías que permiten una relación dialéctica entre teoría y práctica, así como la construcción de espacios sociales de encuentro, participación y negociación, siempre en situaciones de auténtica problematización de la realidad. El carácter interdisciplinario de la salud apoyado en el trabajo en equipo ha ampliado de manera considerable la responsabilidad docente de los técnicos al deber ocuparse de la formación de los otros integrantes del grupo para así llevar adelante la atención integral. Mediante esta integración se pretende lograr un trabajador de la salud más consciente, crítico y participativo.

La Facultad de Odontología inicia en el año 2012 la implementación

de un nuevo ajuste curricular. En él se procura reasignar contenidos y carga horaria, fortalecer la integración interdisciplinar y avanzar en el proceso de flexibilización de la carrera con la oferta de nuevos cursos optativos.

Considero que el conocimiento generado por el presente trabajo, con las valoraciones de los distintos actores que son los que realmente llevan adelante las reformas, representa un insumo significativo para complementar la nueva propuesta.

La concepción del currículo como proceso de construcción se edifica entre el currículo prescrito y el currículo en acción. Dewey (1967) considera relevante «incluir la experiencia vivida en la puesta en práctica de lo que fue diseñado *a priori*».

Finalmente, estimo importante resaltar dos constataciones relevantes:

- La población universitaria que intervino en este trabajo tiene un alto grado de conformidad con la formación recibida en la carrera de grado.
- Los profesionales de los servicios de salud a nivel nacional que tienen a cargo la supervisión de estudiantes cumplen un importante rol formativo, que posee un alto grado de responsabilidad, y se muestran especialmente motivados en la labor que llevan a cabo.



# Referencias bibliográficas

- ALLIDIÈRE, N. (2004). *El vínculo profesor-alumno. Una lectura psicológica*. Buenos Aires: Bibles.
- Arocena, R. (2006). *Segunda reforma universitaria*. Documento dirigido a la Comisión ejecutiva provisoria de ADUR (14.04.2006). Disponible en: <<http://www.adur.org.uy/index.php/archivos/111-convenciones/x-convencion/616-documento-elaborado-rodrigo-arocena>>
- ANDREOZZI, M. (1998). «Sobre residencias, pasantías y prácticas de ensayo: una aproximación a la idiosincrasia clínica de su encuadre de formación». *Revista IICE*. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Año 7, 13: 33-43.
- BELTRÁN, R. J., M. FLORES y M. C. IKEDA (2006). «El saber práctico y el aprendizaje de las técnicas en odontología». *Revista Estomatológica Herediana*. 16 (2): 139-141.
- BERTAUX, D. e I. BERTAUX-WIAME (1981). «Life Stories in the Baker'sTrade». En D. BERTAUX (ed.) *Biography and Society: the Life History Approach in the Social Sciences*. Beverly Hills, CA: Sage, pp. 169-190.
- BORDOLI, E. (2007). «La tríada del saber en lo curricular. Apuntes para una teoría de la enseñanza». En E. BORDOLI y C. BLEZIO (comps.) *El borde de lo (in)enseñable. Anotaciones sobre una teoría de la enseñanza*. Montevideo: Universidad de la República, pp. 27-52.
- BOURDIEU, P. (1994). *Pierre Bourdieu: Las prácticas sociales*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- BURBULES, N. C. (1999). *El diálogo en la enseñanza. Teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- CAMILLONI, A., S. CELMAN, E. LITWIN y otros (1998). *La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo*. Buenos Aires: Paidós Educador.
- CANDA, V. M. (1989). *Rumo uma nova didática*. Petrópolis: Vozes. (Traducción al español: C. Faranda.)
- CHAIKLIN, S. y J. LAVE (comps.) (2001). *Estudiar las prácticas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- DA CUNHA, M. I. (1998). *O professor universitário na transição de paradigmas*. Araraquara: JM Editora.
- DE ALBA, A. (1995). *Currículo. Crisis, mito y perspectivas*. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación. Facultad de Filosofía y Letras. UBA. Miño y Dávila Editores.
- DE CARVALHO, S. (1997). «A construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações». En L. KRIGER (coord.) *Aboprev: Promoção de Saúde Bucal*. 1.<sup>a</sup> ed. San Pablo: Artes Médicas, pp. 14-22.
- DE MELLO RODE, S., K. CERVANTES y C. MIRANDA (2009). *Handbook of Scientific Methodology*.

- A guide for dental researcher*. San Pablo: Latin American Region of the International Association for Dental Research (IADR).
- DEWEY, J. (1967). *Democracia y Educación. Una introducción a la filosofía de la educación*. Buenos Aires, Editorial Losada.
- DOYLE, W. (1978). «Paradigms for research on teacher effectiveness». En L. S. SHULMAN (ed.) *Review of research in education*. 5. Itasea IL: F. E. Peacock.
- (1984). *Academic tasks in Classrooms. Curriculum Inquiry*. 14 (2): 129-149.
- (1986). «Content representation in teacher's definition of academic work». *Journal Curriculum Studies*. 18 (4): 365-379.
- FENSTERMACHER, G. y J. SOLTIS (1999). *Enfoques de la enseñanza*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- FERRY, G. (1997). *Pedagogía de la formación*. Serie Los Documentos 6. Carrera de especialización de Posgrado, Formación de Formadores, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Buenos Aires: As. Novedades educativas.
- FINKELSTEIN, C. y E. LUCARELLI (2003). *La articulación teoría-práctica en un espacio curricular de formación en la profesión*. ICE, Programa Estudios sobre el aula universitaria UBA. Buenos Aires: Dpto. Ciencias de la Educación. Cátedra Didáctica de Nivel Superior. Facultad de Filosofía y Letras.
- FITZGERALD, R. J. y P. H. KEYES (1963). «Ecologic Factors in Dental Caries. The fate of antibiotic-resistant cariogenic streptococci in hamsters». *American Journal Pathology* 42 (6): 759-772.
- GLASER, B. G. y A. L. STRAUSS (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Nueva York: Aldine Transaction Publishing Company.
- (1970). «Discovery of Substantive Theory: A Basic Strategy Underlying Qualitative Research». En W. J. FILSTEAD (ed.) *Qualitative Methodology: Firsthand Involvement with the Social World*. Chicago: Markham Publishing Company, pp. 288-304.
- FOUCAULT, M. (1978). «La incorporación del hospital en la tecnología moderna». *Educación Médica y Salud*. 12 (1): 20-35.
- FREIRE, P. (1970). *La pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI.
- FREIRE, P., A. PAMPLIEGA y OTROS (1986). *El proceso educativo según Paulo Freire y Enrique Pichon-Rivière*. San Pablo: Ediciones Cinco.
- GORDEN, R. (1975). *Interviewing: Strategy, Techniques and Tactics*. Illinois: Dorsey Press.
- GRAJALDO, M. (1999). *Reformas educativas en América Latina: Balance de una década*. Santiago de Chile: Programa de Promoción de Reforma Educativa en América Latina y el Caribe (PREAL), n.º 15.
- HERNÁNDEZ, R., C. FERNÁNDEZ y P. BAPTISTA (2006). *Metodología de la investigación*. México D. F.: Mc Grau Hill Editores.
- HUBERMAN, M. y M. B. MILES (1994). «Data management and analysis methods». En N. K. DENZIN e Y. S. LINCON (eds.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, pp. 428-444.
- JACKSON, P. W. (2002). *Práctica de la enseñanza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- KEYES, P. H. (1962). «Recent advances in dental caries research. Bacteriology. Bacteriological findings and biological implications». *Int Dent J*. 12: 443-464.
- KEYES, P. H. (1969). «Present and future measures for dental caries control». *JADA*. 79 (6): 1395-1404.

- LITWIN, E. (1997). *Las configuraciones didácticas. Una nueva agenda para la enseñanza superior*. Buenos Aires: Paidós Educador.
- LORENZO, S. (2008). Proyecto presentado al Llamado a aspirantes a cargo efectivo Coordinador del Programa Docencia-Servicio-Investigación. Facultad de Odontología, Universidad de la República. Disponible en Biblioteca de Facultad de Odontología.
- LUCARELLI, E. (1994). «Teoría y práctica como innovación en docencia, investigación y actualización pedagógica». *Cuadernos del IICE*. n.º 10. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras.
- (comp.) (2000). *El asesor pedagógico en la universidad. De la teoría pedagógica a la práctica en la formación*. Buenos Aires: Paidós.
- (2005). *Innovación en el aula: el eje de la articulación teoría-práctica en la universidad*. Ficha de cátedra. Buenos Aires: OPFYL.
- (2007). «La vinculación de la teoría con la práctica en el aula universitaria». Ponencia. V *Encuentro Nacional y II Latinoamericano*. Universidad de Buenos Aires.
- MAY, B. J. (1983). «Teaching: A skill in clinical practice». *Physical Therapy Journal*. 63 (10): 1627-1633. Disponible en: <http://ptjournal.apta.org/content/63/10/1627>
- MAZZA, D. (1996). «Saber y trabajo grupal». En M. SOUTO: *Formación docente*. Facultad de Filosofía y Letras. UBA. Buenos Aires: Miño y Dávila, pp. 22-33.
- MCCOMBS, B. y J. S. WHISLER (2000). *La clase y la escuela centradas en el aprendiz*. Barcelona: Paidós.
- NOT, L. (1987). *Las pedagogías del conocimiento*. México: Fondo de Cultura Económica.
- NOYA MIRANDA, F. J. (1995). «Metodología, contexto y reflexividad. Una perspectiva constructivista y contextualista sobre la relación cualitativo-cuantitativo en la investigación social». En J. M. DELGADO y J. GUTIÉRREZ (coords.) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis, pp. 121-140.
- PATTON, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, California: Sage Publications.
- PERKINS, D. (1995). *La escuela inteligente*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- PICHON-RIVIÈRE, E. (2006). *Teoría del vínculo*. (Selección y revisión: F. TARAGANO.) Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- POZO, J. I. (1996). *Aprendices y maestros*. Madrid: Alianza Editorial sa.
- PUIGGRÓS, A. (1990). *Sujetos, disciplina y currículum en los orígenes del sistema educativo argentino*. Buenos Aires: Ed. Galerna.
- RODRÍGUEZ ESPINAR, S. (1997). «Orientación universitaria y evaluación de la calidad». En P. APODACA y C. LOBATO (eds.) *Calidad en la universidad: orientación y evaluación*. Barcelona: Leartes Editorial, pp. 23-45.
- RUIZ OLABUENAGA, J. y M. A. ISPIZÚA (1989). «La entrevista en profundidad». En *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto, pp. 125-152.
- SCHÖN, D. A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Temas de Educación. Ministerio de Educación y Ciencia. México: Paidós.
- SOUSA SANTOS, B. (1998). *De la mano de Alicia: lo social y lo político en la posmodernidad*. Bogotá: Ediciones Uniandes.

- SOUSA SANTOS, B. (2000). *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. San Pablo: Cortez.
- STRAUSS, A. y J. CORBIN (1998). *Basis of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. 2.ª ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- TORP, L. y S. SAGE (1998). *El aprendizaje basado en problemas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- UNESCO (1998). *Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI: Visión y acción*. [Consulta: 28.93.2011]. Disponible en <[http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration\\_spa.htm](http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm)>.
- VALLES, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- WEISS, R. (1994). *Learning from strangers. The art and method of qualitative interview studies*. Nueva York: The free press.
- WITTRICK, M. C. (1989). *La investigación de la enseñanza*. Vols. I y II. Barcelona: Paidós-Educador.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Oral Health Data Bank [online] [Consulta: 27.03.2011]. Disponible en ([www.who.int/oralhealth/databases/en/index.html](http://www.who.int/oralhealth/databases/en/index.html)).

## Bibliografía

- BORDONI, N. (2010). «Vinculación de la carrera de odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires con la sociedad: documento de posición». *Revista de la Facultad de Odontología*. UBA. 25 (58): 1-3.
- BOURDIEU, P. (1995). «Pensar en términos relacionales». En P. BOURDIEU y L. WACQUANT: *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- CABRERA, J. C. (2006). «El método clínico. Un enfoque desde la teoría del vínculo». *Rev Hum Med* [online]. 6 (3). [Consulta: 10.02.2011]. Disponible en <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=1727-812020060003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1727-812020060003&lng=es&nrm=iso)>.
- COLLAZO, M. y M. C. LÓPEZ JORDI (2007). «Resultados de la primer encuesta de egresados de la carrera de Doctor en Odontología - Plan de Estudios 93». *Revista Odontostomatología*. 9 (9): 3-11.
- DE ALBA, A. (1995). *Currículo: crisis, mito y perspectivas*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- DÍAZ BARRIGA, A. (1997). «La profesión y la elaboración de los planes de estudio. Puntos de articulación y problemas de diseño». En T. PACHECO MÉNDEZ y A. DÍAZ BARRIGA (coords.) *La profesión. Su condición social e institucional*. México: UNAM, CESU-M. A. Porrúa.
- DUNSIRE, A. (1978). *The execution process. Control in a Bureaucracy*. Vol. II. Oxford: Marín Robertson.
- FRIGERIO, G. (comp.) (1991). *Curriculum presente. Ciencia ausente. Normas, teorías y críticas*. Tomo I. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- GIMENO SACRISTÁN, J. y A. I. PÉREZ GÓMEZ (1995). *Comprender y transformar la enseñanza*. Madrid: Morata.

- HARRIS, M. (1994). *Introducción a la antropología general*. Madrid: Alianza.
- HERNÁNDEZ, R. (2002). «Del método científico al clínico. Consideraciones teóricas». *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 18 (2), pp. 161-164.
- PACHECO T. y A. DÍAZ BARRIGA (2005). *La profesión universitaria en el contexto de la modernización*. Barcelona: Ediciones Pomares.
- PÉREZ SERRANO, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Tomo II. *Técnicas y Análisis de Datos*. Madrid: La Muralla SA.
- PINEDA, E. y E. DE ALVARADO (2008). *Metodología de la Investigación*. 3.<sup>a</sup> ed. OPS-OMS.
- SANTOS GUERRA, M. A. (1990). *Hacer visible lo cotidiano. Teoría y práctica de la evaluación cualitativa de centros escolares*. Madrid: Akal.
- SATURNO, J. (1996). *Barberos y sucesores*. Caracas: Monte Ávila Editores Latinoamericana.
- SAUTU, R. (2005). *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires: Ediciones Lumière SA.
- SAUTU, R., P. BONIOLO, P. DALLE y R. ELBERT (2005). *Manual de metodología*. Clacso, Colección Campus Virtual. [Consulta: 18.04.2011] Disponible en <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/metodo/RSBibliografia.pdf>>.
- TRONCOSO, C. y E. DANIELE (2000). *Las entrevistas semiestructuradas como instrumentos de recolección de datos: una aplicación en el campo de las ciencias naturales*. Programa de investigación AEF. Argentina: Dpto. de Física. Facultad de Ingeniería. Universidad Nacional del Comahue.
- TÜNNERMANN, C. (2003). *Cambio y transformación universitaria*. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla-Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca.
- UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA. Extensión. De formación in-diScipLinAdas. 2008. <<http://www.pim.edu.uy/>>.



# Anexo A

## PLAN DE ESTUDIOS 2001

Carrera Doctor en Odontología. Facultad de Odontología. Udelar

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PLAN DE ESTUDIOS  
CARRERA DE DOCTOR EN ODONTOLOGÍA  
APROBADO POR EL CLAUSTRO DE FACULTAD  
SESIÓN 27 DE MARZO DE 2001

APROBADO POR EL CONSEJO DE FACULTAD  
SESIÓN 6 DE SETIEMBRE DE 2001

### **AUTORIDADES DE FACULTAD**

#### **DECANO**

Dr. Pablo Julio Pebé

### **CONSEJO DE FACULTAD**

#### Orden Docente

Melchor Bocage  
Alfredo Machado  
Mario Scarrone  
Hugo Calabria  
Tabaré Ravecca

#### Orden Estudiantil

Manuel Vico  
Valeria Leites  
Gustavo Zulamián

#### Orden Egresados

José L. Costa  
Jorge De Giobbi  
Leonardo Salvador

### **CLAUSTRO DE FACULTAD**

#### **PRESIDENTE**

Dr. Alfredo Machado



Orden Docente

Hugo Calabria  
 Tabaré Ravecca  
 Horacio Fioretti  
 Óscar Yáñez  
 Jorge Gutiérrez  
 Renée Romero  
 Alfredo Machado  
 Raúl Riva  
 Juan García  
 Verónica Keochgerián  
 Carlos Salle  
 Liliana Queijo  
 Raquel Wirgman  
 Virginia Papone

Orden Estudiantil

Gustavo Fernández  
 Carolina Baltrons  
 Natalia Auyanet  
 Ernesto Andrade  
 Gonzalo Baldjian  
 Javier Mirabal  
 María I. Martínez  
 Dante Novielli  
 Carolina Ferreira

Orden Egresados

Juan C. Echevoyen  
 Leticia Fernández  
 Daniel Barbeito  
 Julia Cócaro  
 José L. Costa  
 Marta Espino  
 Alma Corujo  
 M.<sup>a</sup> Yannet Bittar  
 Florencia Gil

## ÍNDICE

## PRESENTACIÓN

PLAN DE ESTUDIOS

<i>Capítulo I</i>	Antecedentes
<i>Capítulo II</i>	Fundamentos
<i>Capítulo III</i>	Objetivos y Perfil del graduado
<i>Capítulo IV</i>	Estructura curricular y Estrategias de desarrollo
<i>Capítulo V</i>	Características generales de los Cursos
	5.1 Morfofunción
	5.2 Patología
	5.3 Tratamiento
	5.4 Odontología Social
	5.5 Cursos Optativos
<i>Capítulo VI</i>	Diagramas curriculares y Distribución horaria
<i>Capítulo VII</i>	Descripción básica de las Unidades de Aprendizaje y Cursos optativos

## Presentación

Atendiendo a los fines generales de la Universidad de la República, las Facultades, Institutos y Escuelas que integran el Área Salud, promueven una formación adecuada a los requerimientos actuales de la sociedad, ajustando

y transformando sus currículos a los acelerados avances científicos, técnicos y pedagógicos del nuevo siglo y a los consensos alcanzados por el colectivo universitario para el presente período.

Durante los últimos quince años, y retomando algunas definiciones ya adoptadas en el Plan de Estudios 1966, la Facultad de Odontología impulsó un rico y complejo proceso de transformación curricular que logró movilizar ampliamente la vida institucional.

El mismo supuso esencialmente la readecuación del perfil de egreso de la carrera, mejorando sus niveles de pertinencia, la adopción de un modelo docente-asistencial acorde a los requerimientos de atención de la Salud del país y a los enfoques teóricos vigentes, así como la incorporación de numerosas innovaciones pedagógicas que apuntan al logro de una formación moderna y de calidad.

La primera reforma curricular del nuevo período se plasmó en el Plan de Estudios 1993 el cual —a través de una estructura dinámica y participativa de gestión curricular— requirió progresivos ajustes, inspirados fundamentalmente en criterios de adecuación a las condiciones de enseñanza y al logro de mayores grados de coherencia interna con vistas al cumplimiento de los objetivos trazados.

Posteriormente, y en consonancia con los procesos de flexibilización curricular acordados por la Universidad de la República, se incorporan cambios estructurales que consolidan un nuevo proyecto de formación de grado odontológica.

En suma, el presente Plan de Estudios recoge las modificaciones efectuadas durante el proceso de evaluación y supervisión curricular de los años noventa, aprobadas oportunamente por el Consejo de Facultad, y nuevas propuestas de ajuste que, en su conjunto, se expresan sumariamente en:

- Una reestructuración de contenidos, denominaciones y ubicación de las Unidades de Aprendizaje que se concibieron inicialmente.
- Un rediseño de las oportunidades de práctica pre-profesional e inserción social a través de la concreción y reglamentación de pasantías en servicios y comunidad con supervisión profesional.
- Una ampliación de la formación interdisciplinaria, interinstitucional y de profundización en campos especializados de las Ciencias de la Salud.
- La incorporación de tres tipos de cursos optativos que amplían y enriquecen la formación básica.
- Una adecuación plena de la carga horaria de la carrera a los parámetros internacionales del campo disciplinar.

La transformación curricular desarrollada de forma ininterrumpida por la Facultad de Odontología desde 1993 supone esencialmente, de este modo, la ruptura con la tradicional enseñanza por disciplinas, adecuándose en el plano académico no solo a las tendencias epistemológicas más modernas, sino también a las necesidades sociales que se plantean en el momento histórico actual. Se trata así de un verdadero proceso de transformación académica y social desde el seno de una institución educativa; proceso abierto en el que se deliberan y confrontan de forma permanente concepciones filosóficas, científicas, pedagógicas y políticas, y a través del cual se construyen acuerdos y se profundizan compromisos.

## PLAN DE ESTUDIOS - CARRERA DE DOCTOR EN ODONTOLOGÍA

---

### *1. Antecedentes*

Se destacan como antecedentes fundamentales del presente Plan de Estudios: la exposición de motivos del Plan de Estudios de Odontología 1966 y el proceso de revisión y acuerdos desarrollados institucionalmente por la Facultad a partir de la reapertura democrática, plasmados en el Plan de Estudios 1993.

Una fuente esencial de aporte de criterios innovadores, en cuanto al fortalecimiento de una perspectiva social y científica de la Odontología, la constituyó el **Plan de Estudios 1966**. Dicho plan, expresó para la Odontología el rico proceso de transformaciones que venía gestándose durante la década de los años sesenta para el conjunto de la Universidad.

Si bien presentó un diseño tradicional por asignaturas y fue menos radical en sus innovaciones, se definió como una propuesta de transición, que avizoraba de futuro una práctica odontológica interdisciplinaria, interprofesional, integral y preventiva. Asimismo, consideró aspectos relativos a una reorganización de las estructuras académicas, esbozó una propuesta de renovación metodológica y de evaluación del aprendizaje. Dichos parámetros se rescatan en su espíritu en la reformulación curricular de los años noventa.

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

En segundo término, la reinstitucionalización universitaria supuso una apertura a visiones del mundo en transformación, a la actualización en el desarrollo del campo odontológico, al estudio de las necesidades sociales en

salud, en un contexto de demandas masivas en materia de educación superior, de una población estudiantil y docente de nuevas características socio-culturales, así como del actual perfil emergente del mercado profesional. Estas variables en su conjunto, ofrecieron el marco de coyuntura que pautó la renovación de propuestas curriculares de varios servicios universitarios en el decenio de 1990, entre ellos, la Facultad de Odontología.

Concebir el currículum universitario como un instrumento articulador de los problemas sociales con la formación superior, en tanto factor de transformación de la realidad, requirió como punto de partida la identificación de dichos problemas en la coyuntura.

Una segunda fuente, entonces, la constituyó el arduo debate institucional realizado en el período 86-93 que culminara en la formulación del **Plan de Estudios 1993**. Este recoge el estado de situación respecto de la enseñanza odontológica y de la salud bucal de la población, cuyos principales núcleos de problematicidad resultarán orientadores de los cambios institucionales y curriculares propuestos.

En tal sentido, existió consenso en las siguientes consideraciones.

1. El sistema de atención de salud odontológica del país presenta carencias tales como:
  - ausencia de una estructura de coordinación del sistema, que posibilite el desarrollo de programas nacionales masivos de promoción y educación sanitaria, basados en un diagnóstico de salud bucal de la población nacional, a partir de estudios socio-epidemiológicos rigurosos y multivariados;
  - inadecuada administración de los recursos humanos y materiales existentes, ante una reconocida alta prevalencia de patologías bucales identificadas en la población, que generan una demanda insatisfecha.
2. Resulta necesario revertir el enfoque curativo hacia un enfoque preventivo asistencial, destacándose:
  - la vigencia de un paradigma ya superado de atención médica y odontológica, en el proceso de formación y en la práctica privada, fundamentalmente centrado en la enfermedad, de carácter individual, biologicista, mecanicista, de alta densidad tecnológica y tendiente a una pseudoespecialización;
  - la ausencia de contenidos de educación para la salud en el conjunto del sistema educativo que permitan una mayor socialización de principios preventivos.
3. Predominan condiciones inadecuadas para abordar la formación de grado del odontólogo:

- crítica relación estudiante-docente-infraestructura tecnológica y edilicia, que condiciona a una enseñanza masificada, básicamente magistral y predominantemente técnica;
  - escasa motivación docente para el desempeño de la función, relacionada entre otros aspectos a los bajos niveles salariales;
  - insuficiente actualización docente en relación a los acelerados avances científicos y tecnológicos del área odontológica;
  - ausencia de políticas consolidadas de promoción y de formación pedagógica y científica que estimulen un mayor desarrollo docente en el ejercicio de las funciones universitarias esenciales;
  - débil formación previa de un heterogéneo estudiantado de ingreso, que incorpora al nivel universitario la crisis institucional de la enseñanza media, dificultando soluciones a la situación de masividad;
  - insuficiente formación en administración de servicios odontológicos, y en gestión académica, que obstaculiza un mejor resultado en los procesos educativos.
4. Los sistemas educativos, en sus diferentes niveles constituyen un importante factor de reproducción social que tienden a perpetuar en sus características a las sociedades en que se desarrollan, advirtiéndose que:
- los altos costos de la carrera de Odontología acentúan la selección social del alumnado;
  - existe una notoria inequidad geográfica ante las posibilidades de ingreso a los estudios universitarios;
  - dicha situación requiere una adecuada política de becas destinada a estudiantes de bajos ingresos.

A partir de este diagnóstico, el Plan de Estudios 1993 definió como ejes fundamentales de transformación de la formación odontológica de grado: una readecuación del perfil de egreso, la reconceptualización de la práctica sanitaria, la adopción de un modelo curricular integrado, la renovación de los procesos de enseñanza y aprendizaje y la conformación de estructuras de gestión curricular acordes.

Con una concepción de supervisión y evaluación permanente del currículo, desde su implementación en 1994 a la fecha, el Plan de Estudios 1993 tuvo numerosas modificaciones y ajustes aprobados oportunamente por el Consejo de Facultad.

Asimismo, y acorde a las orientaciones definidas por la Universidad a fines de los noventa, sintetizadas en el **Plan de Desarrollo Estratégico de la Universidad de la República**, se avanza en el proceso de flexibilización y adecuación del mismo a los estándares curriculares internacionales.

De este modo, manteniendo las bases conceptuales, de política de enseñanza

y la estructura curricular básica que fundamentan el Plan de Estudios 1993, se han operado transformaciones que implican cambios en aspectos sustanciales.

## *II. Fundamentos*

Las bases fundamentales del currículo de la Facultad de Odontología se constituyen en un corpus conceptual, que, elaborado a partir del conjunto de debates que realizara el colectivo de la Facultad en los últimos quince años, se manifiesta en los siguientes términos:

- El Plan de Estudios orientará y regulará el desarrollo de la función de enseñanza en la Facultad de Odontología teniendo como fuente principal las orientaciones emanadas de la Ley Orgánica para la Universidad de la República y las que surjan de los acuerdos universitarios.
- Se concibe como el instrumento articulador de una política de innovaciones en la formación científica superior y los problemas actuales de la sociedad que atañen a esta área particular del conocimiento.
- Se sustenta en una visión del ser humano como totalidad. Ello implica un abordaje integral de la atención de la salud bucal en sus múltiples dimensiones: biológica, psicológica y social.
- Reconoce la salud como un derecho humano fundamental, por constituir un inestimable bien social.
- Define conceptualmente la salud como una categoría biológica y social en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación entre los individuos y su medio, que condiciona los niveles de bienestar físico, mental y social.
- Define la atención desde un enfoque preventivo, esto es, con una filosofía de la práctica que supone la síntesis de esfuerzos destinados a fomentar, conservar y/o restaurar la salud del individuo por medio de la promoción, mantenimiento y/o restitución de su salud bucal.
- Concibe la atención con un criterio de unicidad clínica, epidemiológica y social, esto es, enfocando la atención individual desde una perspectiva colectiva. De este modo, la atención incorpora el criterio de riesgo surgido del análisis del perfil epidemiológico de la población en estudio y orienta modelos de gestión acordes.
- Incorpora a la enseñanza de grado los criterios de interdisciplinariedad, procurando fortalecer un abordaje integrado e integral de los problemas de salud bucal de la población. En tal sentido, se define curricularmente la integración de las cátedras para la enseñanza de los problemas teóricos y prácticos de la odontología, identificados como unidades significativas de aprendizaje.

- Responde a una perspectiva transformadora, en cuanto es percibido como resultante sustantiva de procesos de deliberación y transacciones entre actores diversos, con visiones no necesariamente coincidentes de la sociedad, la profesión y las disciplinas, por tanto, sujeto a las debidas revisiones y la actualización que vaya pautando su confrontación con la realidad.
- Será ajustado progresivamente con criterios de flexibilidad, que contemplen tanto los aspectos surgidos de la evaluación continua, los intereses diversos del estudiante en el campo odontológico, como la posibilidad de grados de horizontalización curricular en el Área Salud.
- Impulsa una formación odontológica basada en los principios pedagógicos de la enseñanza activa. Esto es, privilegia el concepto de experiencia como vivencias significativas que, confrontadas a la evidencia científica, permitan la apropiación de conocimientos sustantivos del campo odontológico en el desarrollo de un pensamiento crítico riguroso.
- Rescata y replantea el perfil del rol docente universitario en tanto generador de experiencias educativas problematizadoras en este nuevo enfoque conceptual de la salud y de la orientación pedagógica, cuya consolidación conllevará procesos de formación e integración colectivos.
- Considera la evaluación de los aprendizajes como un espacio curricular cuya dinámica debe conjugar la orientación de los procesos y la acreditación de los productos esperados, entre los que se incluye el propio proceso de aprender.
- Entiende que los docentes y el alumnado forman parte de una realidad histórica común, desde culturas generacionales y educativas diferenciadas, cuyos rasgos principales deberán conocerse a fin de una conducción adecuada del currículo y de la enseñanza.
- Finalmente, el plan de estudios se visualiza como un instrumento dinamizador de la función de enseñanza, cuyo desarrollo, activa una red de interacciones sustentadoras del conjunto de los sectores y actores que conforman esta Facultad.

### *III. Objetivos y perfil del graduado*

De acuerdo a los fundamentos referidos y en consonancia con el perfil de egreso acordado, el Plan de Estudios de la carrera de Doctor en Odontología persigue los siguientes objetivos:

- Formar odontólogos capaces de contribuir activamente al bienestar humano, al logro de la salud de la población, en particular, de la salud bucal.
- Brindar y promover una formación científica, técnica y ética que posibilite un desarrollo del campo odontológico y un ejercicio profesional

fundamentado, riguroso y de calidad, fortaleciendo el prestigio y valor social de este campo disciplinar.

- Contribuir a la consolidación de un enfoque clínico-epidemiológico y social de los procesos de enseñanza y de atención odontológica.
- Formar en una concepción integral de la asistencia, jerarquizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con una perspectiva bio-psico-social del individuo.
- Desarrollar el binomio docencia y atención en un marco multi e interdisciplinar, interprofesional e integrado a la comunidad.
- Reconceptualizar el papel del paciente en oportunidad de la enseñanza, la investigación y la extensión.
- Promover en la enseñanza un enfoque de investigación multidisciplinar y crítico, orientado a la solución de los problemas odontológicos de la población de nuestro país, desde una perspectiva regional.
- Impulsar una docencia fundamentada en los enfoques de enseñanza activa que se oriente al logro de aprendizajes significativos, integre, contextualice y problematice el conocimiento y procure una articulación estrecha teoría-práctica.
- Promover la participación activa del estudiante de Odontología en la vida universitaria, ofreciendo un conocimiento pleno de la Institución, sus fines, sus órganos de cogobierno y los principios básicos que la rigen.
- Desarrollar la capacidad crítica y creativa a fin de permitir al egresado identificar y proponer soluciones a los problemas profesionales y científicos a que se enfrenten.
- Desarrollar la inquietud por educarse y actualizarse permanentemente, perfeccionándose en las áreas específicamente relacionadas con los intereses científicos y profesionales.

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

El profesional formado en este Plan estará habilitado para el desempeño de las siguientes funciones:

- Operar en sistemas de atención que brinden una cobertura de salud universal, accesible, de calidad, participativa, con orientación preventiva y humanista, a fin de mejorar el nivel y la calidad de vida de todos los habitantes de la República.
- Actuar en un marco de absoluto respeto al ser humano y de defensa

permanente de sus derechos, asumiendo toda la responsabilidad que el ejercicio de la profesión le imponga dentro de las normas éticas y legales establecidas.

- Prevenir, diagnosticar, pronosticar, tratar y evaluar los problemas de salud bucal que afectan al individuo y la comunidad.
- Ejercer una odontología integral, en la que se destaca como pilar fundamental la orientación preventiva.
- Integrar equipos interdisciplinarios e interprofesionales, particularmente de salud bucal.
- Ejercer profesionalmente en organizaciones estatales o privadas en forma independiente o en relación de dependencia.
- Asumir un compromiso profesional que busque dar respuesta a la dinámica política, social y epidemiológica de la realidad en la que ejerza.

#### IV. Estructura curricular y estrategias de desarrollo

La Facultad de Odontología orienta el proceso de desarrollo institucional hacia los objetivos acordados, en base a cuatro ejes fundamentales de transformación curricular para la formación de grado:

1. Adopción de un *modelo curricular integrado*, que supone esencialmente:
  - a. la supresión del listado de asignaturas y la estructuración del currículo en cuatro Cursos que vertebran el conjunto del Plan de Estudios, concebidos como los grandes trayectos curriculares correspondientes a las principales áreas del conocimiento odontológico:
 

*MORFOFUNCIÓN*: comprende los conocimientos anatómicos, histológicos, bioquímicos y fisiológicos del sistema estomatognático;

*PATOLOGÍA*: aborda en profundidad el conocimiento de la historia natural de las enfermedades que afectan al sistema estomatognático;

*TRATAMIENTO*: involucra el conjunto de los procedimientos terapéuticos y preventivos en la resolución de los problemas de salud bucal;

*ODONTOLOGÍA SOCIAL*: comprende el análisis del conjunto de componentes de la asistencia odontológica desde la perspectiva de las Ciencias Sociales.
  - b. la organización de los cursos en *Unidades Integradas de Aprendizaje* que conforman núcleos significativos de conocimientos, habilidades y actitudes fundamentales dentro del campo, pautados por criterios de pertinencia y oportunidad en el desarrollo de los aprendizajes, racionalizando la formación del odontólogo en el perfil buscado;

- c. la programación de las Unidades desde una perspectiva multidisciplinaria, garantizada por una fuerte articulación entre cátedras y entre áreas, insertándose la estructura académica en la dinámica curricular con una modalidad y concepción diferente al tradicional binomio cátedra-asignatura;
  - d. la incorporación de tres tipos de cursos optativos, que contemplen por una parte, aspectos complementarios de la formación odontológica, así como programas que articulen la etapa de grado con la educación permanente y la especialización.
2. Una definición en *aspectos metodológicos orientadores de los procesos de enseñanza y de aprendizaje* inscriptos en los enfoques más legitimados del pensamiento pedagógico contemporáneo con origen en diversas tradiciones y tendencias del presente siglo. Sumariamente se expresa en:
    - un abordaje interdisciplinario del conocimiento,
    - un adecuado equilibrio entre teoría y práctica,
    - la enseñanza por problemas en instancias pertinentes,
    - el aprendizaje en base al análisis y la resolución de situaciones reales,
    - la participación activa del estudiante en su formación,
    - la combinación equilibrada de dispositivos grupales y el autoaprendizaje,
    - la incorporación al Reglamento del Plan de Estudios de un sistema de evaluación que conjuga las modalidades continua y sumativa en la instancia de acreditación de las uda, valorando los procesos y los productos del aprendizaje.
  3. Una *resignificación de la práctica sanitaria* que revierte la clásica atención recortada de los cuadros patológicos incorporando:
    - la atención jerarquizada del paciente desde una perspectiva clínica integral, de prevención y de promoción de salud, enfatizando el rol activo del paciente como agente de salud;
    - la formación clínica desde las primeras etapas de la carrera;
    - una estrategia de docencia-servicio, tanto hospitalaria como en servicios y comunidad, que integre la práctica sanitaria al proceso pedagógico;
    - la modalidad de pasantías —con y sin apoyo docente— que permiten al estudiante avanzado abordar niveles de autonomía crecientes, así como el conocimiento integral de las instituciones vinculadas a la salud en su estructura, en sus dinámicas y en los comportamientos que generan.
  4. Conformación de diversas *estructuras académico-administrativas* que

permitan desarrollar una dinámica de transformación curricular a través de procesos colectivos, abordando específicamente:

- *La gestión académica curricular.* Se crea e instala una Unidad de Supervisión y Transformación Curricular —unstrac—, con las funciones delegadas de conducción y evaluación curricular, y de asesoramiento y propuesta al Consejo de Facultad en lo relativo a las políticas de enseñanza.
- *La formación docente y el apoyo estudiantil.* Se crea e instala una Unidad de Apoyo Pedagógico que impulse y profundice la formación pedagógica y didáctica de los docentes, en las líneas metodológicas planteadas en el Plan de Estudios. Se prevé la instalación de una Unidad de Apoyo Estudiantil que realice el asesoramiento e implemente acciones de apoyatura curricular a los estudiantes.
- *La gestión administrativa.* Se amplía el soporte administrativo, creando Secretarías de Curso adjuntas al Departamento de Enseñanza, con el objetivo de generar condiciones de viabilidad de gestión a los complejos procesos puestos en marcha.

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

## V. Características generales de los cursos

### 5.1. Curso de morfofunción

Tiene por finalidad formar al estudiante para:

- Integrar los conocimientos anatómicos, histológicos, bioquímicos y fisiológicos del sistema estomatognático en estado de salud, posibilitando su aplicación en la prevención y tratamiento de patologías estomatológicas.
- Reconocer, mediante la observación y exploración clínica, los componentes del sistema estomatognático en estado de salud.
- Conocer el organismo humano como unidad biológica y sus diferentes niveles de organización.
- Analizar, en profundidad, la relación del sistema estomatognático con los demás componentes del organismo.
- Integrar los conocimientos biológicos adquiridos en el curso, en la concepción bio-psico-social de la salud.

El Curso de Morfofunción comprende las Unidades de Aprendizaje:

*UDA 1. Componente osteoartromuscular*

*UDA 2. Componente neurovascular*

*UDA 3. Cavidad bucal*

*UDA 4. Biología Celular y Tisular*

*UDA 5. Medio Interno*

*UDA 6. Sistema Estomatognático*

El ordenamiento curricular de las mismas se realiza de acuerdo a los criterios siguientes.

- a. Los niveles de organización de los sistemas biológicos, jerarquizando su estudio en relación a la mejor comprensión de las estructuras y funciones del sistema estomatognático.
- b. La motivación específica del estudiante de Odontología, para comprender el porqué del estudio anatómico, histológico, bioquímico y fisiológico de las estructuras normales del sistema estomatognático y su vinculación con el resto del organismo.
- c. La naturaleza diferencial de las distintas Unidades de Aprendizaje. Las mismas tendrán contenidos fundamentalmente analíticos o sintéticos en relación a la jerarquización de la temática odontológica y la unificación de contenidos. El análisis parcializado de acuerdo a las necesidades de aprendizaje en las diferentes unidades, de los temas referidos a células y tejido, hace necesaria la sistematización y profundización de los mismos en una unidad de Biología celular y tisular. También se considera de importancia primordial la unificación y análisis funcional de los contenidos de interés odontológico en una Unidad de Sistema Estomatognático.
- d. Los niveles de integración. A nivel de las disciplinas del curso: determinará el abordaje macroscópico, microscópico, molecular y funcional simultáneo y coordinado en el transcurso de cada Unidad de Aprendizaje de los mismos núcleos temáticos con el fin de facilitar el aprendizaje integrado multidisciplinario.

La integración con otros cursos estará condicionada a las propuestas y necesidades de los mismos. De acuerdo a la conveniencia involucrará la planificación conjunta, estudio conjunto y participación directa de docentes de Morfofunción en momentos pertinentes.

## 5.2. Curso de patología

A través de este Curso el estudiante será capaz de:

- Integrar a su formación específica la historia de la Patología y sus diferentes componentes, como base para comprender los conceptos de diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

- Conocer los conceptos básicos de Patología para comprender las enfermedades bucales específicas.
- Controlar las enfermedades bucales de mayor prevalencia e incidencia en nuestra población, conociendo en profundidad su epidemiología, su prevención, sus síntomas y signos.
- Identificar los cuadros patológicos de menor prevalencia del sistema estomatognático para su derivación pertinente.
- Reconocer las patologías generales con repercusión en el sistema estomatognático a fin de orientar el tratamiento odontológico hacia un equipo multidisciplinario de salud.
- Lograr una formación en Patología y un manejo clínico adecuados al perfil generalista, capacitándolo para integrar equipos de salud.
- Incorporarse a las tareas de investigación básica y clínica específica en relación al área y su conexión con otros cursos.

El Curso de Patología comprende los siguientes componentes curriculares y contenidos:

A) Unidades de Aprendizaje

UDA 3/1\* - *Transmisión de Infecciones*

UDA 4/2\* - *Diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento*

UDA 5/3\* - *Tratamiento de las enfermedades más prevalentes I*

UDA 4 - *Semiología*

UDA 5 - *Patología inflamatoria, infecciosa y tumoral*

UDA 6/6\* - *Cirugía buco-máxilo-facial I*

UDA 9/7\* - *Cirugía buco-máxilo-facial II*

UDA 18/8\* - *Cirugía buco-máxilo-facial III*

B) Clínicas correspondientes a las Unidades de Aprendizaje

UDA 4/2\* - *Clínica Integrada Adultos I*

UDA 5/3\* - *Clínica Integrada Adultos I*

UDA 5 - *Clínica de Patología y Semiología*

UDA 6/6\* - *Clínica Integrada Quirúrgica I*

UDA 9/7\* - *Clínica Integrada Quirúrgica II*

UDA 18/8\* - *Clínica Integrada Quirúrgica III*

\* Unidades integradas con el Curso de Tratamiento.

El ordenamiento curricular de las diferentes Unidades de Aprendizaje correspondientes a este curso se realiza de acuerdo a los siguientes criterios.

- a. El abordaje de conocimientos patológicos se realiza de lo general a lo particular; de lo básico a lo específico especializado.
- b. Se introduce al estudiante en diferentes niveles de complejidad dándole las herramientas necesarias que le permitan llegar a un diagnóstico adecuado de las enfermedades bucales.

- c. Las diferentes disciplinas del curso se integran abarcando todos los capítulos que incluye la Patología, es decir, el estudio de los factores etiológicos (haciendo especial énfasis en los agentes biológicos), el estudio de la Patogenia, el estudio de la Semiología, de los medios semiotécnicos y de los medios de diagnóstico clínicos y paraclínicos.
- d. En los niveles de integración se destaca la disciplina Farmacología que aporta al estudiante los elementos fundamentales para el tratamiento médico de las enfermedades bucales apuntando a la interdisciplinariedad dentro del área y con el curso de Tratamiento.
- e. El curso de Patología tiene una fuerte conexión interdisciplinar intracurso e intercurso con Morfofunción en los primeros años de la carrera y con Tratamiento en 4.º y 5.º año.

Se prevé la existencia de espacios para actividades curriculares asociadas a unidades temáticas que permitan introducir o profundizar conceptos a modo informativo. Estos temas podrían darse en forma individual por cada Cátedra o bien en forma integrada quedando a elección de los mismos, su forma de ejecución y el momento oportuno de integrarlas, para lo cual se deberá contemplar tiempo y espacio para su desarrollo en el esquema general horario del Plan.

Las modalidades de práctica comprenden: *ateneos prácticos* de Anatomía Patológica en torno a casos tratados en la Clínica de Patología; *ateneos de casos clínicos* integrados con las Cátedras (o Clínicas) Quirúrgicas; *jornadas* sobre temas farmacológicos de interés.

### 5.3. Curso de tratamiento

Tiene por finalidad formar al estudiante para:

- Conocer en profundidad las normas y aplicar rigurosamente los procedimientos de bioseguridad en la práctica odontológica.
- Desarrollar una odontología integral multi e interdisciplinar que le permita formar parte de equipos de salud, en el ejercicio liberal de su profesión o en servicios sanitarios y programas comunitarios, así como el abordaje científico de los problemas odontológicos.
- Participar del modelo de atención educativo-preventivo-asistencial y de su adecuación a cada ámbito de asistencia y a su contexto social.
- Dominar el concepto de salud bucal en los individuos de todos los grupos etarios y la evaluación del riesgo de contraer enfermedad.
- Integrar y aplicar los diversos aprendizajes curriculares en la concepción de opciones de tratamiento para los diferentes niveles de atención.
- Formular el diagnóstico y la planificación terapéutica en los individuos afectados por las enfermedades más prevalentes del sistema, me-

dian­te un modelo científico que considere al paciente en sus aspectos biológico, social, económico y cultural.

- Conocer y seleccionar los biomateriales y las técnicas a aplicar en la resolución de las patologías, mediante procedimientos terapéuticos preventivo-rehabilitadores en todos sus aspectos (endodoncia, perio­doncia, rehabilitación, cirugía, etc.).
- Diagnosticar y conocer la terapéutica específica de la patología menos prevalente del sistema, así como los ámbitos de derivación pertinentes.
- Protagonizar la toma de decisiones basada en la evidencia científica, reflejando su compromiso ético con los individuos y la sociedad.

El Curso de Tratamiento comprende los siguientes componentes curricu­lares y contenidos:

#### A) Unidades de Aprendizaje

UDA 1 - *Introducción a la atención odontológica y materiales dentales*

UDA 2 - *Introducción a la prostodoncia y oclusión*

UDA 3/1\* - *Transmisión de infecciones*

UDA 4/2\* - *Diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento*

UDA 5/3\* - *Tratamiento de las enfermedades más prevalentes I*

UDA 6/6\* - *Cirugía buco-máxilo-facial I*

UDA 7 - *Tratamiento de las enfermedades más prevalentes II*

UDA 8 - *Tratamiento de la edentación I*

UDA 9/7\* - *Cirugía buco-máxilo-facial II*

UDA 10 - *Pediatría I*

UDA 11 - *Odontología restauradora*

UDA 12 - *Terapéutica periodontal*

UDA 13 - *Terapéutica endodóntica*

UDA 14 - *Tratamiento de la edentación II*

UDA 15 - *Pediatría II*

UDA 16 - *Ortodoncia*

UDA 17 - *Tratamiento de la edentación III*

UDA 18/8\* - *Cirugía buco-máxilo-facial III*

\* Unidades integradas con el Curso de Patología.

#### B) Clínicas correspondientes a las Unidades de Aprendizaje

UDAS 2, 4/2 y 5/3 - *Clínica Integrada Adultos I*

UDA 7 - *Clínica Integrada Adultos II*

UDA 8 - *Clínica de Prostodoncia Removible*

UDAS 11, 12, 13 y 14 - *Clínica Integrada Adultos III*

UDA 17 - *Clínica Integrada Adultos IV*

UDA 6/6 - *Clínica Quirúrgica I*

UDA 9/7 - *Clínica Quirúrgica II*

UDA 18/8 - Clínica Quirúrgica III

UDA 10 - Clínica Integrada Pediátrica I

UDA 15 - Clínica Integrada Pediátrica II

UDA 16 - Clínica de Ortodoncia

### C) Pasantías

Atención odontológica en servicios y comunidad I

Atención odontológica en servicios y comunidad II

Atención odontológica en servicios y comunidad III

### Organización de la atención de salud bucal

De acuerdo al perfil de egreso descripto, se define como espacio privilegiado de acción del odontólogo generalista el primer y segundo nivel de atención de la salud bucal, asignándole al postgrado la formación especializada.

#### - **Los niveles de atención**

El presente plan de estudios concibe los niveles de atención como estrategias de organización flexible de los recursos para enfrentar las necesidades de atención de la población. Ello supone un abordaje escalonado de los problemas de salud bucal de acuerdo a un criterio de cobertura plena y predeterminación de niveles de complejidad creciente.

Las acciones del *primer nivel de atención* estarán centradas en:

- urgencias
- promoción de salud
- prevención
- inactivación de caries
- detartraje
- ortodoncia interceptiva

Las acciones del *segundo nivel de atención* estarán centradas en:

- tratamiento restaurador mediante operatoria dental
- tratamiento restaurador mediante prostodoncia
- tratamiento periodontal sin incluir cirugía
- tratamiento quirúrgico alvéolo dentario
- tratamiento ortopédico y ortodóncico

Las acciones del *tercer nivel de atención* estarán centradas en:

- tratamientos periodontales en base a cirugía
- tratamientos restauradores complejos
- cirugía máxilo-facial
- tratamientos protéticos complejos
- ortodoncia compleja

En este marco, el Curso de Tratamiento se estructura en torno a dos ámbitos de práctica preprofesional cuyo propósito fundamental es la atención in-

tegral del paciente: la clínica odontológica que se desarrolla en el servicio central y la clínica odontológica que se desarrolla en los servicios y la comunidad.

Estos espacios de formación clínica se organizan a su vez en base a dos grandes estrategias:

- **La Clínica Integrada**

Se define la Clínica Integrada como una estrategia para la formación de odontólogos que, a través de un abordaje multi e interdisciplinar de la atención, propone la organización racional de conocimientos y habilidades a fin de adoptar las decisiones clínicas que favorezcan la salud bucal como componente de la calidad de vida de las personas.

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

Los niveles de complejidad creciente corresponden a los conocimientos, habilidades y destrezas requeridos para abordar en cada etapa curricular la resolución de los problemas de salud bucal, por lo tanto, se definen desde un punto de vista académico en relación a los estadios de aprendizaje y a los niveles de autonomía profesional progresivamente alcanzados por el estudiante.

De acuerdo a la calidad de los problemas de salud existentes y la realidad institucional, el diseño curricular clínico de *atención del adulto* se estructura en cuatro niveles de complejidad creciente:

*Primer nivel:* comprende pacientes mayores de quince años, sanos, con lesiones dentarias o paradenciales incipientes. Los objetivos de la atención son la promoción de la salud, la aplicación de procedimientos preventivos, el control de la infección y las acciones de control y mantenimiento. Nivel de resolución: alta básica, alta básica modificada, alta integral en casos de baja complejidad.

*Segundo nivel:* comprende pacientes con doce años cumplidos (segundos molares erupcionados), lesiones paradenciales incipientes, lesiones cariosas incipientes y de mediana complejidad del sector anterior y posterior, sin evidencia de afectación pulpar y edentación nula. Los objetivos de la atención son los enunciados en el primer nivel, el tratamiento de la gingivitis, el tratamiento invasivo de la caries mediante restauraciones plásticas, la avulsión simple y la aplicación de técnicas de ortodoncia interceptiva. Nivel de resolución: alta básica modificada, alta integral parcial y alta integral total.

*Tercer nivel:* comprende pacientes mayores de quince años, con edentación nula o parcial, lesiones cariosas de mediana y alta complejidad, lesiones cariosas en dientes anteriores y posteriores que involucren cámara pulpar, lesiones paradenciales de mediana y alta complejidad que involucren cirugía periodontal, sin síntomas y signos de desórdenes cráneo-mandibulares. Los objetivos de la atención son los anteriormente enunciados, el tratamiento de las periodontitis, el tratamiento del órgano dentino-pulpar y su restauración mediante sustancias de inserción rígida, el tratamiento de la edentación parcial a través de prótesis removible. Nivel de resolución: alta integral parcial y total.

*Cuarto nivel:* comprende pacientes mayores de quince años, con edentación parcial mínima, sin/con síntomas y signos de desórdenes cráneo-mandibulares incipientes. Los ob-

jetivos de la atención son los anteriormente enunciados, el tratamiento de la edentación parcial a través de la prótesis fija. Nivel de resolución: alta integral.

El diseño curricular clínico de *atención del niño* se estructura en dos niveles de complejidad creciente:

*Primer nivel:* comprende pacientes pediátricos en control, con dentición temporaria y mixta temprana. Los objetivos de la atención son la promoción de la salud, la aplicación de procedimientos preventivos e intercepectivos de las enfermedades producidas por placa y de las disgnacias, las acciones de control y mantenimiento. Nivel de resolución: alta integral, alta básica.

*Segundo nivel:* comprende pacientes pediátricos en control y asistencia, con dentición temporaria y permanente joven, que presenta patología diversa referente a: disgnacias, caries, enfermedades gingivo-periodontales, patología bucal, urgencias, traumatismos y cirugía menor. Los objetivos de la atención son los anteriormente enunciados, la terapéutica restauradora, endodóntica, periodontal, quirúrgica y de ortodoncia básica. Nivel de resolución: alta básica, alta básica modificada, alta integral.

De este modo, en la enseñanza de grado el estudiante iniciará su aprendizaje tomando contacto con pacientes sanos o con problemas básicos, aplicará terapias preventivas, conservadoras y de mantenimiento de la salud, avanzando posteriormente y de forma escalonada a niveles superiores de complejidad.

A fin de lograr una eficiente programación de la asistencia, acorde a este modelo, se conformará un *Centro de Admisión y Diagnóstico* capaz de recepcionar, diagnosticar y derivar los pacientes ingresados para su atención clínica según el grado de complejidad de su problemática. Este Centro cumplirá asimismo objetivos de enseñanza, de investigación y de consulta legal y/o forense.

- **Una estrategia de docencia-servicio-investigación en centros de salud y a nivel comunitario**

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

Ligada a las funciones esenciales universitarias de docencia, extensión-asistencia e investigación, el presente plan prevé la implementación de una estrategia de atención de la salud bucal a través de *pasantías curriculares* realizadas fuera del servicio central.

Dicha actividad supone desde el punto de vista del estudiante actuar en ámbitos organizados a nivel institucional y/o comunitario vinculados a la atención de la salud bucal de la población, incorporándose a un equipo de salud o educativo establecido, recibiendo orientación y respaldo de un plantel docente específico.

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

- Una enseñanza orientada hacia la comunidad que supone el conocimiento de la salud bucal de los grupos humanos a través del reconocimiento del contexto social y de su realidad epidemiológica.
- Un aprendizaje en el ámbito real donde el proceso salud-enfermedad

se gesta, transcurre y se resuelve, posibilitando la comprensión integral del mismo.

- La práctica de un modelo de atención integral que, acorde a los lineamientos generales del Plan de Estudios, jerarquiza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con una perspectiva bio-psico-social del individuo.
- El involucramiento de las personas que directa o indirectamente participan en el programa de salud bucal, constituyendo la participación organizada de la comunidad una herramienta fundamental para el logro de una adecuada atención.
- La integración de los programas de docencia-servicio en propuestas más amplias que apunten a la mejora de la calidad de vida de los grupos sociales a quienes se dirigen.

Reafirmando la vocación universitaria de desarrollar modelos de docencia adecuados a las necesidades de cambio del país, esto es, articulados a políticas de salud y educación que respondan a las necesidades sociales, la implementación de este tipo de programas universitarios requiere la confluencia de las instituciones responsables de la salud de la población, de la institución educativa y de las organizaciones representativas de los intereses de la comunidad.

Con este fin, la Facultad de Odontología establece acuerdos y convenios docente-asistenciales con:

Servicios de salud

Ministerio de Salud Pública  
Intendencias municipales  
Instituto Nacional del Menor  
Policlínicos comunitarios

Programas de salud comunitarios

Escolares  
Barriales  
Guarderías  
Hogares del INAME

De acuerdo al criterio de logro de niveles progresivos de autonomía profesional, las mismas se desarrollarán de forma creciente a partir de tercer año de acuerdo a las siguientes actividades de atención:

A) *Nivel educativo-preventivo*

Promoción de salud  
Aplicación de medidas preventivas  
Co-participación en la atención de pacientes

B) *Nivel asistencial* (con y sin supervisión docente directa)

Participación en programas escolares, barriales, comunitarios  
Atención de pacientes en policlínicos odontológicos / Área del niño y del adulto

Pasantías en el actual Servicio de Registro y Admisión de Pacientes de la Facultad de Odontología

Pasantías en el Servicio de Urgencia de la Facultad de Odontología

Las pasantías en servicios de salud y en programas comunitarios se realizarán en dos modalidades:

1. Con supervisión de docentes de la Facultad de Odontología que se integran en los programas de atención de la salud bucal, orientando la formación, los planes de tratamiento y la evaluación de los pasantes.
2. Con supervisión y evaluación de los profesionales que se desempeñan en las diversas instituciones de asistencia que acuerden y convenien con la Facultad para participar en este período de la formación de grado.

#### 5.4. Curso de odontología social

Tiene por finalidad:

- Estudiar el proceso salud-enfermedad en la sociedad, visto desde múltiples abordajes.
- Aportar herramientas a la formación del profesional odontólogo, que le permitan constituirse en dinamizador de los cambios en la atención a la salud, propendiendo a la implementación de un modelo universal, integral, equitativo y ético.
- Integrar curricularmente el conocimiento específico de la Odontología Social con las otras áreas académicas.
- Presentar los componentes y fundamentos esenciales de la Universidad de la República y de las profesiones de la salud, integrando dichos conocimientos al contexto social, como introducción orientadora a los estudiantes que ingresan a la carrera.
- Propender a la aplicación del método científico en las disciplinas de la salud: estudiar el proceso salud-enfermedad en el hombre como ser bio-psico-social y reconocer las diferentes prácticas en salud.
- Integrar el conocimiento de las Ciencias Sociales en el estudio del proceso salud-enfermedad, a través del conocimiento de los contenidos y método de la Epidemiología y su aplicación al estudio del sistema estomatognático, así como de la Estadística, su método y su aplicación como disciplina de la Salud Pública.
- Reconocer los aspectos que hacen a la gestión de los servicios de salud en general y odontológicos en particular, y su aplicación práctica.

El curso de Odontología Social comprende los siguientes componentes curriculares y contenidos:

*Curso. Introducción a la Odontología*

*UDA 1 - Salud y Prevención*

*UDA 2 - Salud Colectiva I*

*UDA 3 - Salud Colectiva II*

*Acciones de integración con el Programa Docencia-Servicio y con el Curso de*

### Tratamiento

El ordenamiento curricular se realiza de acuerdo a los siguientes criterios:

- a. Se parte del estudio de la Universidad y de las profesiones de la salud ubicando al estudiante desde lo institucional, en su responsabilidad social y ética como futuro profesional.
- b. Con respecto a la naturaleza diferencial de las unidades de aprendizaje, se definen en base a tres grandes áreas del conocimiento:
  - las Ciencias Sociales y su aporte a la comprensión del proceso salud-enfermedad;
  - la Epidemiología en su dimensión general y la Epidemiología bucal;
- c. los modelos asistenciales de salud y la gestión en servicios de salud.
- d. Con respecto a los niveles de integración, se busca lograr la continuidad y la integración entre los contenidos específicos enunciados, desarrollando asimismo, actividades de integración horizontal —de carácter permanente (uda 1 Tratamiento) o circunstancial— con otras áreas de Facultad.
- e. La integración teoría-práctica, basada en los contenidos del curso, se desarrollará, en los siguientes ámbitos:
  - Cátedra de Odontología Social (actividades específicas relacionadas a la temática abordada en cada Unidad);
  - Programa Docencia-Servicio (actividades desarrolladas en instituciones escolares, comunitarias y de asistencia en salud e integradas a otras áreas del conocimiento);
  - Clínicas del curso de Tratamiento o, de futuro, del Hospital Odontológico.

### 5.5. Cursos optativos

El Plan de Estudios 2001 se flexibiliza a través de tres tipos de cursos optativos que amplían la formación de grado, fortaleciéndola en aspectos básicos o instrumentales que hacen al ejercicio y desarrollo de la Odontología. Los contenidos específicos que se enuncian responden a necesidades identificadas y experiencias previas, pudiendo ser ajustados a nuevas realidades curriculares o al surgimiento de temáticas relevantes.

#### Cursos de desarrollo académico

Tienen por objetivos aportar metodologías de investigación científica e instrumentos técnicos que posibiliten profundizar la formación científica del odontólogo a la vez que conformar una base de producción crítica en la Facultad.

- *Iniciación a la investigación científica*
- *Comprensión lectora del idioma inglés*
- *Curso básico de informática para estudiantes*

### Técnicas de apoyo a la atención odontológica

Ofrece espacios de formación orientados a obtener un dominio básico de técnicas de comunicación social y prácticas de salud para su aplicación específica, o de soporte, en el acto odontológico.

- *Atención de pacientes odontológicos en situación de emergencia general*
- *Incidencia de factores psicológicos en la práctica odontológica*

### Introducción a los niveles especializados de la Odontología

Esta línea de cursos tiene por objetivos impulsar la formación permanente y/o especializada del odontólogo a través de la presentación de los problemas odontológicos de mayor complejidad, que se resuelven en campos especializados, así como las bases fundamentales de dichas especializaciones.

- *Bases fundamentales de la atención a pacientes especiales (alérgicos, discapacitados, pacientes oncológicos)*
- *Principales problemas que aborda la prótesis buco-máximo-facial*
- *Atención odontológica del adulto mayor*
- *Odontología legal y forense*

## VII. Descripción básica de las unidades de aprendizaje

Este capítulo ofrece una breve síntesis de contenidos de cada una de las unidades de aprendizaje y cursos optativos que componen el Plan de Estudios.

### 1.º AÑO

#### *Introducción a la Odontología - Odontología Social*

El estudiante tomará contacto con la institución universitaria a la que pertenece a través del conocimiento de su historia, formas de gobierno actual y características que la definen: autonomía y cogobierno.

Introducción al conocimiento de las profesiones de la salud, en particular los problemas relativos a la profesión odontológica.

Estos temas se abordarán de forma integrada con las otras áreas del plan de estudios.

#### *Componente óseo artro muscular - UDA 1 de Morfofunción*

Desarrolla el análisis de las bases biológicas de este componente desde los puntos de vista estructural y funcional en los niveles macroscópico, microscópico y molecular.

Comprende el estudio de los conceptos anatómicos, bioquímicos, biofísicos, histológicos y fisiológicos, generales y especiales, integrados o coordinados, de los componentes óseos, musculares y articulares del sistema estomatognático, así como de las relaciones fundamentales de estos componentes entre sí y con el resto del organismo. Comprende, además, una introducción al manejo de los instrumentos de análisis y al conocimiento de los métodos de estudio del material biológico.

<p><i>Componente neurovascular</i> - UDA 2 de Morfofunción</p> <p>Tiene por objetivos proporcionar el conocimiento biológico de los sistemas nervioso y circulatorio en general y específicamente en el sistema estomatognático, desde los puntos de vista estructural y funcional en los niveles macroscópico, microscópico y molecular.</p> <p>Comprende:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>El estudio de la organización, estructura y función del sistema nervioso (central y periférico), del sistema circulatorio (sanguíneo y linfático) así como su interrelación.</li> <li>Las relaciones entre los sistemas nervioso y vascular, y sus vínculos con los otros componentes del sistema estomatognático.</li> </ol>
<p><i>Cavidad Bucal</i> - UDA 3 de Morfofunción</p> <p>Al finalizar esta UDA el estudiante será capaz de describir y analizar el conocimiento biológico integrado de la cavidad bucal y de su contenido a partir de los puntos de vista de las distintas disciplinas básicas.</p> <p>Comprende:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>el estudio panorámico de la embriología general, y específico y detallado de la embriología del sistema estomatognático y del contenido de la cavidad bucal;</li> <li>el estudio biológico multidisciplinario de las paredes de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y del complejo alvéolo dentario de ambas denticiones, así como las relaciones interdentarias y las regiones peri y para bucales.</li> </ol>
<p><i>Introducción a la Atención Odontológica y Materiales Dentales</i></p> <p>UDA 1 de Tratamiento</p> <p>Tiene por cometidos la introducción del estudiante en el conocimiento de las estrategias asistenciales de los modelos de atención odontológica y de las propiedades, características y manipulaciones de los biomateriales que tengan directa relación con la actividad clínica.</p>
<p><i>Introducción a la Prostodoncia y Oclusión</i></p> <p>UDA 2. Módulo 1.º de Tratamiento</p> <p>Los contenidos del primer módulo de la Introducción a la Prostodoncia y Oclusión se encuentran integrados a la descripción global de esta Unidad en el cuadro correspondiente a Segundo Año.</p>
<p><i>Salud y Prevención</i> - UDA 1 de Odontología Social</p> <p>Tiene por cometido introducir al estudiante en el conocimiento del proceso salud-enfermedad y su determinación social. Analizará desde un enfoque antropológico e histórico, las diferentes teorías de la salud y de sus prácticas consecuentes.</p>
<p><i>Curso básico de informática para estudiantes (60 hs.)</i> - Optativo</p> <p>Tiene por objetivo que el estudiante incorpore la tecnología informática a su instrumental de estudio.</p> <p>Se abordan como contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- problemas que pueden resolverse con una computadora;</li> <li>- conceptos básicos de la informática y funcionamiento de un ordenador;</li> <li>- manejo de programas informáticos;</li> <li>- procesamiento de textos;</li> <li>- base de datos y procesamiento estadístico;</li> </ul>

**Comprensión lectora del idioma inglés (60 hs.) - Optativo**

Tiene por objetivo capacitar al estudiante de Odontología en la lectura comprensiva de textos específicos en idioma inglés.

Realiza el abordaje global de textos de interés general y de interés específico para el área de la Odontología, a través de la lectura y de ejercicios de complejidad creciente, de forma sistematizada, reconociendo:

- la organización general del texto;
- el léxico específico básico;
- las estructuras gramaticales más utilizadas;
- el reconocimiento de tiempos verbales, de la sinonimia, antonimia y paráfrasis que permitan la ampliación del léxico estudiado;
- nexos y marcadores textuales.

**2.º AÑO****Biología Celular y Tisular - UDA 4 de Morfofunción**

Proporciona el conocimiento relativo a la biología celular y tisular normal y patológica, que se logrará profundizando, luego de sistematizar, los conocimientos correspondientes adquiridos en las unidades de aprendizaje anteriores.

Comprende:

- a) El análisis en profundidad de células eucariotas e introductorio de células procariotas desde el punto de vista morfológico, bioquímico, funcional y patológico.
- b) El origen, sistematización y patología de los tejidos.

**Medio Interno - UDA 5 de Morfofunción**

Tiene por objetivo facilitar la adquisición del conocimiento a nivel de organismo. Su regulación intrínseca e intercambio, así como su adaptación e interrelación con el medio externo.

Comprende:

- a) El estudio de los sistemas de control nervioso y endócrino desde el punto de vista estructural y funcional.
- b) Los sistemas cardiorrespiratorio y renal; su organización, estructura y función.
- c) Sistemas vinculados a las funciones de nutrición y de defensa de la integridad del organismo (sistema inmune).

**Sistema Estomatognático - UDA 6 de Morfofunción**

En esta unidad el estudiante podrá analizar el sistema estomatognático en profundidad y sistematizar globalmente los conocimientos adquiridos en las unidades anteriores.

Comprende:

Crecimiento y desarrollo de los maxilares y apófisis alveolares. Valoración y sistematización de los diferentes componentes del sistema estomatognático; sus funciones e interrelación entre sí y con el resto del organismo.

**Transmisión de infecciones - UDA 3/1 de Tratamiento y Patología**

Analiza los procesos involucrados en la transmisión de infecciones, su control, técnicas de asepsia, antiasepsia, desinfección, esterilización y su relación con la práctica odontológica, integrando los conceptos de bioseguridad, control ambiental y los conceptos y conductas que rigen su aplicación.

*Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento* - UDA 4/2 de Tratamiento y Patología  
Introduce al estudiante en el conocimiento del protocolo de Historia Clínica y sus componentes: anamnesis, exámenes clínicos y paraclínicos.  
Aborda en particular los exámenes histopatológicos, de física radiológica e imagenología de las patologías dentarias, relacionándolas con el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

*Introducción a la Prostodoncia y Oclusión* - UDA 2. Módulo 2.º de Tratamiento  
Analiza en profundidad los conocimientos de Oclusión y Sistema Estomatognático necesarios para aplicar en la prevención y el diagnóstico de la edentación y de sus secuelas patológicas, la formación del estudiante en lo referente a los procedimientos paraclínicos relacionados con el tratamiento de la edentación parcial y total, así como la información sobre los procedimientos y el tratamiento mediante prótesis convencionales y simplificadas.

*Tratamiento de las enfermedades de más prevalentes I* - UDA 5/3 de Tratamiento y Patología  
Tiene por cometidos el aprendizaje de los conocimientos básicos de etiopatogenia de las enfermedades causadas por placa bacteriana, del enfoque de riesgo y del modelo de atención. Promueve la iniciación del estudiante en su formación en Operatoria Dental en el marco de una concepción preventivo restauradora, su adiestramiento pre clínico en preparaciones dentarias, técnicas de restauración y manipulación de materiales dentales de uso corriente, y su preparación para el ejercicio de una Odontología Integral en la que se destaca como pilar fundamental la orientación preventiva.

*Iniciación a la investigación científica (60 hs.)* - Optativo

Como objetivos, se propone posibilitar la conformación en la Facultad de un cuerpo de jóvenes investigadores que aborden la problemática de la salud bucal, contribuyendo a su mejoramiento y al desarrollo de la actividad académica en el Área Salud desde el campo odontológico.

Se desarrollan los siguientes contenidos:

- Papel de la investigación como pilar básico del desarrollo nacional y de la enseñanza universitaria.
- Diseños de investigación clínica y particularidades a considerar.
- Elaboración de un protocolo de investigación; introducción al diseño de experimentos.
- Elementos de Bioestadística: estadística descriptiva, probabilidad, inferencia.
- Posibilidades de acceso y selección de la información en investigación científica.

### 3.º AÑO

*Semiología* - UDA 4 de Patología

Profundiza los contenidos de Semiología desarrollados en la UDA 4/2. Analiza las bases patológicas y farmacológicas que permita realizar un correcto interrogatorio y evaluar los riesgos que puede significar el tratamiento odontológico de ese paciente.

*Patología inflamatoria, infecciosa y tumoral* - UDA 5 de Patología

Comprende el estudio de los fundamentos patológicos y farmacológicos necesarios para que pueda manejarse adecuadamente frente al paciente en el ámbito de la clínica. El estudiante deberá diagnosticar las enfermedades inflamatorias y tumorales de la mucosa bucal y establecer un pronóstico y plan de tratamiento adecuados. Además deberá manejar las enfermedades cuyo tratamiento es farmacológico.

*Cirugía buco-máxilo-facial I - UDA 6/6 de Tratamiento y Patología*

Tiene por cometidos la formación del estudiante en el diagnóstico general y regional del paciente, los procedimientos de asepsia, antisepsia y hemostasia, en relación con la avulsión simple, los procedimientos y técnicas anestesiológicas y su iniciación en las técnicas de exodoncia.

*Tratamiento de las enfermedades más prevalentes II - UDA 7 de Tratamiento*

Tiene por cometidos la formación del estudiante en:

- el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento del paciente con patologías de los tejidos duros dentarios de baja y mediana complejidad así como su resolución por técnicas restauradoras que involucren biomateriales de inserción plástica;
- el conocimiento de la semiología, etiología, patogenia, diagnóstico, plan de tratamiento, tratamiento y mantenimiento del paciente con enfermedad paradencial incipiente (gingivitis);
- el conocimiento de los fundamentos y tratamientos preventivos y conservadores del órgano dentino pulpar, e informarlo acerca de los procedimientos restauradores con biomateriales de inserción rígida para la resolución de patologías de los tejidos duros en piezas pulpadas.

*Tratamiento de la Edentación I - UDA 8 de Tratamiento*

Tiene por cometidos la formación del estudiante en:

- los procedimientos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes desdentados, totales y casi totales, mediante prótesis removibles convencionales y simplificadas;
- en el conocimiento y diagnóstico de los cambios bucales provocados por el envejecimiento;
- los procedimientos terapéuticos mediante técnicas especiales, en un nivel informativo.

*Salud Colectiva I - Odontología Social*

Comprende:

- El concepto de salud-enfermedad desde el aporte de las Ciencias Sociales.
- El estudio de la Epidemiología, su objeto, campo de estudio, aportes a la clínica desde un enfoque bio-psico-social.
- La Epidemiología del sistema estomatognático y la investigación en este campo.
- Una aproximación epistemológica al concepto de ciencia y método científico
- Seminario de Bioética.

*Atención Odontológica en Servicios y Comunidad I*

Tiene por cometidos formar al estudiante en un marco de experiencias de aprendizaje desarrolladas en la asistencia comunitaria. Su participación comprenderá la planificación, ejecución y evaluación de programas educativos, preventivo- asistenciales. Se desarrollará una estrecha vinculación entre teoría y práctica cuando se utilicen los criterios epidemiológicos. Se buscará profundizar todos los aspectos referidos al trabajo interdisciplinario y particularmente aquel por el cual se integran actividades en el equipo de salud bucal.

*La emergencia general en la asistencia odontológica (40 hs.) - Optativo*

Como objetivo general, se plantea la capacitación del estudiante para el manejo clínico de pacientes con descompensaciones de enfermedades frecuentes durante la atención odontológica.

**Contenidos:**

- Manejo de los pacientes odontológicos con riesgo general.
- Identificación de los eventos más frecuentes que se presentan en la consulta odontológica que requieren atención de urgencia y/o emergencia.
- Conocimiento práctico de técnicas básicas que contribuyen a mitigar los riesgos, actuando en forma oportuna, segura y humana en la prevención y la atención de las situaciones de emergencia que presenten los usuarios durante la atención odontológica.
- Importancia de la conformación de un equipo sanitario y de un programa previsto para tales eventos, así como del intercambio de experiencias desde sus respectivos campos.
- Elaboración de protocolos de atención, que permitan prever y/o tratar con eficacia y eficiencia tales situaciones.

*Incidencia de los factores psicológicos en la práctica odontológica (40 hs.) - Optativo*

Su objetivo general es integrar los factores psicosociales a la práctica odontológica.

Desarrolla el siguiente temario:

- Motivaciones de la demanda odontológica. El lugar del odontólogo en el imaginario social.
- El acto odontológico inserto en la relación odontólogo-paciente; análisis de los aspectos vinculares, institucionales y macrosociales.
- El significado psicológico de la boca en las distintas fases del desarrollo humano. La boca como zona erógena, su significado estético y social.
- Incidencia de los factores analizados en el éxito o fracaso técnico. Atención de niños y adolescentes. El significado de la «reparación en la tercera edad».
- Incidencia de los factores psicosociales en las estrategias de prevención y en el autocuidado de la salud bucal. Algunos elementos de «manejo práctico» en la consulta odontológica.

**4.º AÑO***Cirugía buco-máxilo-facial II - UDA 9/7 de Tratamiento y Patología*

Tiene por cometidos la formación del estudiante para realizar las técnicas de diagnóstico general y regional y su adiestramiento para el tratamiento quirúrgico radical de los focos sépticos derivados de las patologías dentarias en piezas erupcionadas; la promoción del conocimiento de las técnicas quirúrgicas en relación con la endodoncia, las infecciones buco-máxilo-faciales y los quistes y pseudoquistes buco-máxilo-faciales.

*Pediatría I - UDA 10 de Tratamiento*

Introducir al estudiante en la atención odontológica del paciente pediátrico, enfatizando una concepción filosófica preventiva, con vocación de servicio, reconociendo al niño como persona, inmerso en su medio social (unidad bio-sico-social), tanto en la asistencia individual como colectiva.

Reconocer las particularidades de la atención del paciente pediátrico y fomentar conocimientos de Promoción de Salud y Prevención de las enfermedades más prevalentes de la caries bucal.

Manejar el diagnóstico de salud bucal y de las enfermedades más prevalentes (caries, enfermedades gingivo-periodontales, maloclusiones) y los procedimientos preventivos e interceptivos para su control.

**Odontología restauradora - UDA 11 de Tratamiento**

Tiene por cometidos la formación del estudiante en el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento del paciente con patologías de los tejidos duros dentarios de mediana y alta complejidad, así como su resolución por técnicas restauradoras coronarias parciales o totales para piezas dentarias pulpadas o despulpadas. Se profundizará en el conocimiento de las disfunciones del Sistema Estomatognático, el diagnóstico de la disfunción oclusal y su tratamiento mediante técnicas de desgaste selectivo.

**Terapéutica periodontal - UDA 12 de Tratamiento**

Tiene por cometidos la formación del estudiante en semiología, etiología, patogenia, diagnóstico, planificación terapéutica, tratamiento y mantenimiento del paciente con patología periodontal de mediana complejidad como periodontitis, incipientes, medias y avanzadas y la capacitación del mismo para su rehabilitación mediante las técnicas de raspado y alisado, gingivectomía y colgajo periodontal y su mantenimiento.

**Terapéutica endodóntica - UDA 13 de Tratamiento**

Tiene por cometidos la formación del estudiante en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías pulpares y periapicales, mediante técnicas preventivas y conservadoras del órgano dentino pulpar y la capacitación del mismo para la resolución de las patologías que requieran tratamiento radical tanto en piezas uni como multirradiculares, vitales y no vitales.

**Tratamiento de la edentación II - UDA 14 de Tratamiento**

Tiene por cometidos:

- formar al estudiante en los procedimientos de asistencia del paciente edentado parcial mediante prótesis removible convencional y simplificada, así como en la interrelación clínica-laboratorio vinculada a la misma.
- informar al estudiante sobre los procedimientos de asistencia de la edentación parcial mediante técnicas de mayor complejidad.

**Atención Odontológica en Servicios y Comunidad II**

Tiene por cometidos capacitar al estudiante en la práctica asistencial contextualizada en la comunidad. Aplicará criterios de riesgo y adecuará los niveles de resolución de acuerdo a las necesidades de los servicios.

El trabajo en los Servicios de Admisión y Registro y de Urgencias de la Facultad de Odontología también estará formando parte del escenario de práctica. Se buscará integrar adecuadamente instancias de planificación, ejecución y evaluación tanto en la asistencia directa como en la referencia hacia otras cátedras o servicios.

**5.º AÑO****Pediatría II - UDA 15 de Tratamiento**

Comprende:

- a) La ejercitación de los contenidos teóricos y la práctica clínica en la atención odontológica del paciente pediátrico, enfatizando una concepción filosófica-preventiva, con vocación de servicio, reconociendo al niño y al adolescente como personas inmersas en su medio social (unidad buco-sico-social) tanto en la asistencia individual como colectiva.
- b) El desarrollo de las capacidades necesarias como profesionales para sobrellevar las particularidades en la asistencia odontológica del paciente pediátrico, con un modelo de atención preventivo rehabilitadora.

- c) El manejo fluido de procedimientos de diagnóstico y terapéuticos invasivos y no invasivos en referencia a la terapéutica preventiva y restauradora, endodóntica, periodóntica, urgencia y de cirugía del paciente niño o adolescente.

*Ortodoncia* - UDA 16 de Tratamiento

Tiene por cometido formar al estudiante en la prevención, diagnóstico y plan de tratamiento de las displacias dento-máxilo-faciales en atención a la alta prevalencia de las mismas.

*Tratamiento de la Edentación III* - UDA 17 de Tratamiento

Tiene por cometidos formar al estudiante en el tratamiento de la edentación parcial mediante prótesis fijas convencionales y simplificadas, los procedimientos clínicos y la interrelación clínica-laboratorio en relación con las mismas; los procedimientos de prevención, diagnóstico y planificación del tratamiento de los desórdenes témporo mandibulares musculares y de la articulación témporo mandibular, e informarlo acerca de los procedimientos terapéuticos de la edentación mediante técnicas que requieren mayor complejidad en su resolución.

*Cirugía buco-máxilo-facial III* - UDA 18/8 de Tratamiento y Patología

Tiene por cometidos formar al estudiante en las técnicas quirúrgicas de avulsión simple y a colgajo de piezas dentarias erupcionadas, y consolidar sus conocimientos acerca de las patologías tumorales y pseudotumorales, traumatismos dento-máxilo-faciales, los defectos funcionales más frecuentes del área buco-máxilo-facial, las afecciones de las glándulas salivales, de la articulación témporo mandibular y trigeminales y no trigeminales. Asimismo, desarrollar a nivel informativo las técnicas quirúrgicas relacionadas con la prótesis, la ortodoncia y la ortopedia.

*Salud Colectiva II* - UDA 3 de Odontología Social

Comprende:

- El estudio de los sistemas de salud en términos generales y el caso particular de nuestro país en el contexto regional.
- El análisis de situación de la profesión odontológica en términos de mercado y de la problemática del sector salud en el Uruguay.
- Conocimientos básicos de gestión en salud y en particular de los servicios odontológicos.
- El estudio de los aspectos ético-legales de las prácticas en salud.

## SEMESTRE 11

*Asistencia Odontológica en Servicios y Comunidad III*

Tiene por cometidos capacitar al estudiante en la práctica pre-profesional buscando profundizar los niveles de autoformación y poniendo en práctica una evaluación descentralizada. Tendrá carácter curricular bajo la forma de pasantías adecuadamente planificadas para contemplar las distintas necesidades docente-asistenciales.

*Odontología legal y forense (40 hs.)* - Optativo

El curso está orientado a la introducción del estudiante en el conocimiento de los aspectos básicos de la Odontología forense como especialidad y a la profundización de los aspectos legales correspondientes.

Comprende el tratamiento de los siguientes temas:

- profundización en los principios generales de Bioética: derecho de los pacientes, ley del consumidor, consentimiento, confidencialidad;

- tipos de responsabilidad profesional: ética, jurídica, civil, penal;
- pericias en los juicios por responsabilidad profesional, institucional, penal y civil;
- elementos fundamentales para la identificación de evidencias forenses de maltrato, de niños y jóvenes indocumentados y de restos humanos;
- formatos documentales que aportan a la pericia forense.

*Bases fundamentales de la atención a pacientes especiales (60 hs.) - Optativo*

Curso de carácter teórico, con prácticas de observación.

Se plantea brindar una introducción a los problemas y propuestas de atención odontológica a los pacientes especiales.

Aborda como contenidos:

- Conceptualización del paciente especial como el que presenta desvíos crónicos o sistémicos de la normalidad de diverso origen (mental, físico, sensorial, del comportamiento y/o crecimiento), acentuados de tal modo que no les permiten cuidar de sí mismos ni ser atendidos de acuerdo a los programas rutinarios de asistencia.
- Modelo de atención desde una perspectiva integral, preventiva, conservadora y rehabilitante de la salud bucal en las condiciones del paciente con discapacidad.
- Requisitos del equipo de salud, del entorno familiar y de la planta física.

*Principales problemas que aborda la prótesis buco-máxilo-facial (60 hs.) - Optativo*

Este curso, de carácter teórico, tiene por objetivo profundizar en el conocimiento de los principales problemas que presentan los pacientes con mutilación buco-máxilo-facial, y de los actuales procedimientos de diagnóstico y tratamiento protético.

Desarrolla los siguientes temas:

- Historia de la prótesis buco-máxilo-facial.
- El equipo multidisciplinario en la rehabilitación bio-psico-social del paciente mutilado facial.
- Análisis de las prótesis obturatriz, ocular, cosmética facial, nasal, auricular, óculo-palpebral y facial extensa.
- Las endoprótesis y las somatoprótesis.
- La prótesis buco-máxilo-facial como aporte en el tratamiento de las malformaciones.
- Prótesis buco-máxilo-facial implanto-asistida.

*Atención odontológica del adulto mayor (60 hs.) - Optativo*

Curso de carácter teórico práctico que comprende actividades clínicas de observación y/o ateneos con pacientes.

Tiene por objetivos presentar al estudiante los fundamentos y prácticas pilares de la atención odontológica del adulto mayor como actividad profesional especializada, desarrollando los siguientes contenidos:

- Situación del adulto mayor en el ámbito nacional e internacional.
- Características biológicas y psicosociales del adulto mayor.
- Promoción de salud y enfoque preventivo integral de la atención odontológica para este sector etario.
- Problemática prevalente y su resolución por abordaje multidisciplinar.

**COMISIÓN REDACTORA**

**UNIDAD DE SUPERVISIÓN Y TRANSFORMACIÓN CURRICULAR**

Dr. Hugo Calabria  
Dra. M.<sup>a</sup> del Carmen López  
Lic. Selva Artigas  
Lic. Mercedes Collazo  
Dra. Graciela Duarte  
Dra. Verónica Keochgerián  
Dr. Sergio Verdera

**APORTES ESPECÍFICOS**

Dra. Liliana Queijo  
Dr. Ruben Ringel

**APOYO ADMINISTRATIVO**

M.<sup>a</sup> Carmen Mello

**DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

Plan de Estudios 1966  
Plan de Estudios 1993  
Modificaciones y ajustes del Plan de Estudios 1993 (Resoluciones Consejo de Facultad período 1994-2000)  
Documentación Programa Docencia-Servicio-Investigación  
Programas generales de Unidades de Aprendizaje  
Programas de Cursos de formación académica  
Programas de Cursos de Postgrados  
Informes de seguimiento y evaluación del Plan de Estudios 1993 al Claustro de Facultad

# Anexo B

## LISTADO DE SEGMENTOS RECUPERADOS - GRUPO DOCENTES

### 1. Dimensión de análisis: Perfil profesional

---

*Documento: D1*

*Código: Perfil profesional*

En el salirse de la artesanía, me parece que en eso ha contribuido muchísimo, como una formación más general sobre el individuo y las necesidades de salud del individuo, que no pasan por el agujero... En mi generación eso no se marcaba, era la prestación. Acá hay como una involucración, «qué está pasando con el individuo», y desde ahí lo abarcan. Algunos con más entrenamiento, otros con menos. Pero creo que eso es lo más importante, que el currículo aporta.

*Documento: D2*

*Código: Perfil profesional*

En parte contribuye, sí, desde mi punto de vista desde el área social y últimamente trabajando con Docencia-Servicio y desde extensión, creemos que sí, que contribuye pero con un espacio muy pequeño, muy reducido. Un número de horas no es lo suficiente de trabajar en cuanto a la formación del perfil que queremos darle, con un perfil más desde el punto de vista de la comunidad, de los aspectos sociales. Sigue siendo mayor el peso que tienen las horas curriculares en intramuros y las horas clínicas, donde el perfil sigue siendo mayoritariamente técnico. O sea, que no tiene tanto un perfil desde el punto de vista práctico, mayoritariamente sigue siendo un perfil de adiestramiento técnico.

*Documento: D3*

*Código: Perfil profesional*

Sí contribuye, les da una formación integral, insertarse en un policlínico que está en funcionamiento, lo mismo la clínica privada. Les da herramientas

a la hora de insertarse en su experiencia laboral y todo lo que tiene que ver con la atención integral del paciente. Buscamos solucionar la salud bucal a todos...

*Documento: D4*

*Código: Perfil profesional*

De manera directa, totalmente, se refleja en cómo va a ser la práctica. Nos posicionamos en un modelo más preventivo, interrelacionado con el medio, en un modelo participante, en un modelo en el que exista y que se fortalezca lo que es la multidisciplina, la interdisciplina, vamos a obtener prácticas basadas en los procesos mismos que generan, este nuevo concepto de salud-enfermedad en las comunidades, en la realidad. Creo que se cumple con el fin social que tiene la profesión. Sí, indudablemente impacto. Ahora, el grado de impacto tiene que ver con cómo lo llevamos adelante. Si estamos comprometidos en la tarea, brindamos cosas que son herramientas válidas. Creo que cada vez más, el estudiante está comprometido, estamos en un momento histórico que podemos generar cambios importantes, trascendentes. Una cosa es lo interdisciplinario y por el otro gran eje es lo interinstitucional. O sea, si la facultad se queda encerrada acá y no genera espacios interdisciplinarios con los cuales vincularse, no crece. La facultad tiene que apuntar a un mayor contacto interinstitucional, no quedarnos por fuera de las políticas de salud y participar de lo que son las políticas de salud bucal.

*Documento: D5*

*Código: Perfil profesional*

Creo que cumple el objetivo de formar un profesional con otro perfil. Me parece que ese es el gran cambio que se ha dado. Ves que hay algunas personas que empiezan a hacer otras prácticas, más allá de las convencionales, entre cuatro paredes. Creo que de a poco hay odontólogos que hacen otras cosas, que no están en un consultorio, hay odontólogos trabajando en barrios, de otra manera, en equipos de salud.

*Documento: D6*

*Código: Perfil profesional*

Creo que sí colabora, pero que todavía quedarían metas por alcanzar. Hemos mejorado mucho en la formación del perfil del nuevo odontólogo, en los últimos años. Cada vez más se van haciendo todos los tratamientos que necesita el paciente independiente de lo que el estudiante precisa en su formación.

*Documento: D7*

*Código: Perfil profesional*

Al perfil de egreso sí. Lo que pasamos fue toda una evolución a lo largo del tiempo, como que cada generación que egresa a lo largo del tiempo se ve la

evolución. Tal vez tenga que ver con el proceso interno que hace el docente con respecto al plan de estudio y lo que es el proceso curricular, ¿no? Y cómo aplicar la docencia en el proceso curricular, pero sí, el perfil del egresado de hoy dista mucho del egresado de cinco años, aun cuando ya el plan de estudio ya había cambiado. Hay una fuerte concepción preventiva, hay un respeto a lo que es la aplicación de procedimientos con mayor base científica, hay una búsqueda de soluciones en lo que son las situaciones y problemas día a día. Eso uno lo ve, el que sale, sale con un aspecto más crítico de la situación para la aplicación de las medidas. Eso lo hemos visto a lo largo de los años. Si bien el plan de estudio es muy claro en lo que es la construcción del perfil del egresado, en una formación preventiva con una concepción epidemiológica y demás, nos costó mucho a los docentes el captar hacia dónde tenía que ir nuestra orientación a los estudiantes para lograr ese perfil. Y creo, que en este momento hay docentes de muchos años, por lo menos en el área de Docencia-Servicio.

*Documento: DC1*

*Código: Perfil profesional*

Ah, no. Cambió todo. Pero sabés una cosa, que el perfil sigue siendo curativo... les damos para que llenen al final una planilla y dice «prestaciones y prestaciones preventivas», y en las preventivas nos ponen siete u ocho. Entonces les explicás, que en realidad hacen un montón de prevención sin anotarla. Pero para ellos prevención son sellantes y flúor. Y es una lástima. El plan dice, «preparar odontólogos para los servicios». Y prepararás un odontólogo para ejercer su profesión en cualquier ámbito. Entonces yo discrepo con eso. Nosotros lo que les damos es la visión desde los servicios, y creo que aporta un montón. Me parece que el plan de estudios le hace demasiado énfasis en los servicios, esa frase no tendría que estar... porque de repente a ti te toca trabajar en forma privada, entonces al insistir tanto... te olvidás de una parte, entonces lo que yo veo es que están como queriendo trabajar en un servicio, que todos lo pasamos. Pero me parece que se fue un poquito de rosca. Según ellos se cumple el plan de estudios y los objetivos del plan y que se sienten que facultad los forma bien.

*Documento: DC2*

*Código: Perfil profesional*

Es buena la congruencia, y pienso sinceramente que es buena, nos falta un trecho por ser una especialidad definida con un norte histórico en donde era muy difícil que el modelo de atención impactara sobre la mayoría de la población. Para un perfil generalista de odontólogo que impacte en la gente y que a su vez se meta como herramienta en los distintos modelos de atención privada, público, individual y colectivizado, nos falta un trecho. ¿Por qué?

Porque todavía los cuadros formadores de jóvenes y de planes de estudio tenemos la cabeza de la vieja profesión... los docentes jóvenes van a estudiar atención colectivizada, y eso es bueno.

*Documento: DC3*

*Código: Perfil profesional*

Indudablemente colabora sobre el perfil profesional. Yo creo que sí, que hay. La virtud mayor que tiene el plan de estudios es que ha generado un comportamiento dirigido a la prevención en la salud y creo que eso es algo que lo marca bien. El estudiante cuando sale de acá, sale con esa cabeza, de que tengo que encarar el tema preventivo de la salud.

## 2. Dimensión de análisis: Integralidad

---

*Documento: D1*

*Código: Integralidad*

Me parece fundamental el tema de la formación en el todo, más como individuo y no solo la boca como área. Creo que en los elementos del interrogatorio, por ejemplo en el diagnóstico, lo veo sobre todo en los servicios, se busca como un diagnóstico de lo lógico, que es lo que está pasando y cómo está viviendo el paciente. Entonces, en vez de indagar desde la boca hacia afuera, se indaga ya de entrada sobre la forma de vida. El ver la complejidad de la boca como un todo y no del diente como unidad, o sea, te hablo del individuo a la boca y... Hay estudiantes como más entrenados en esto y otros menos, pero siempre van de un plano más general que es la boca al plano concreto de la unidad dental. Creo que el plan busca eso, que al final ellos tengan mucha más práctica, lo que creo que la teoría es buena, me parece que es mejor que la nuestra, porque de nuevo, tienen como esa concepción de la enfermedad, como del individuo relacionado a su medioambiente y después, les falta entrenamiento.

*Documento: D2*

*Código: Integralidad*

El abordaje interdisciplinario es un tema que queda bastante en el debe. En algunos lugares sí, dependiendo del lugar de la experiencia en comunidad, en los servicios, puede tener alguna... En la extramural tienen una interrelación. En otras cátedras no sé hasta dónde llega esa realidad, también un poco por la vorágine esa de los cursos, de aprobar, de seguir. El plan de estudio lo plasma en lo que dice pero después en los hechos me parece que todavía no hay equilibrio entre teoría-práctica al día de hoy, o sea, que sigue siendo más

lo retórico que después los hechos, del punto de vista reales. Pienso que en los hechos la facultad ha hecho un esfuerzo por darle una respuesta al usuario que concurre a facultad, desde el punto de vista de hacer una asistencia integral, de tratar de solucionarle toda la problemática.

*Documento: D3*

*Código: Integralidad*

Por lo menos lo que yo veo, en la Clínica Integrada es así y en Docencia-Servicio también. Siempre basado en que nivel de atención podemos alcanzar, pero dentro de ese nivel de atención se da la interdisciplina, la interconsulta... creo que está bien y eso es el ejercicio de la profesión. Tenés la teoría y tenés que plasmarlo a la práctica. Nada es como dicen los libros, nada es negro o blanco, están los grises y en eso vale la experiencia, lo que tienen que ir a buscar los estudiantes. ¿Qué hago?, tengo la teoría y ahora lo tengo que hacer prácticamente. Para mí sí. Es difícil igual, ellos a veces van muy estructurados y nosotros también, tenemos una formación que cuando te enfrentás a la realidad, no podés. Y en eso estamos, tratar de adaptar la teoría a lo que pasa.

*Documento: D4*

*Código: Integralidad*

Yo sobre todo estoy en lo que son las prácticas en un abordaje con relación al medio. Entonces, ha habido avances, estamos trabajando en un proyecto que es el IUPNA (Instituto Universitario de Primer Nivel de Atención), es sobre territorio, en lo que es el Programa Integral Metropolitano, el PIM. Entonces, eso, la generación de programas incrementales ha sido uno de los aspectos metodológicos en los cuales la Universidad ha puesto todo lo que es extensión como una herramienta más de lo que es la Universidad. Enfrentarte a estudiantes con otro vivir, trabajando sobre la misma problemática pero con otro lenguaje. El lenguaje desde la psicología, nos entendemos bien con medicina pero tenemos un lenguaje totalmente distinto al de nutrición y es, es tan heterogéneo. Es lo rico de lo heterogéneo, son estudiantes que vienen, los nuestros son los más chicos, los de odontología, después ya tenemos estudiantes de nutrición que prácticamente están terminando, son más maduros, están terminando su experiencia, es la pasantía final. Medicina están un poco más avanzados y psicología también, son estudiantes que están a mediados de la carrera pero que tienen esto de manera curricular, con un tiempo específico, no es una pasantía, es un curso. Entonces son expectativas de los estudiantes totalmente diferentes, realidades distintas. Por ejemplo, medicina que tiene una currícula que por su tiempo están sobreexigidos, entonces para la mayoría esta experiencia es una carga importante, pero dentro de todo, se trabaja muy bien y creo que es un adelanto fundamental en lo que es el abordaje in-

terdisciplinario. Sí, creo que existe un equilibrio entre teoría y práctica. En esta experiencia tratamos de que exista una formación teórica y cotejarla con lo que estamos haciendo, que sea una ida y vuelta. Reflexionar sobre la teoría con la que contamos, con la que partimos, ¿no? Una ida y vuelta que debe existir entre teoría y práctica, reflexionar sobre qué cosas desde la práctica harían a una teoría diferente. Creo que en esta experiencia se realiza, en otras experiencias más clásicas que lleva adelante el Programa Docencia-Servicio, en el área social, a veces eso cuesta, le cuesta verlo al estudiante, lo preventivo, lo educativo. Pero creo que todavía nos falta.

*Documento: D5*

*Código: Integralidad*

Esa la veo difícil, más. Todavía no tan desarrollado, como que esto es un aspecto que le falta un poco. Está como compartimentado el conocimiento. No veo que haya todavía mucho, ha habido cambios pero queda mucho camino para recorrer. Al estudiante todavía le cuesta tomar el rol activo. Creo que hoy, un odontólogo no puede seguirse pensando de forma tradicional, de estar trabajando entre cuatro paredes y solucionar el problema de un diente, sino que tiene que ver al individuo de forma más integral, y trabajando más en comunidad. Y bueno, creo que ahí el programa tiene mucha responsabilidad, en esa formación, de repente habría que acompañar eso con algo un poco más conceptual.

*Documento: D6*

*Código: Integralidad*

Sí, eso desde que trabajamos juntos. Si bien la Clínica Integrada no ha alcanzado totalmente como se planificó en un principio, ha sido muy favorable lo interdisciplinario. Tanto para el estudiante como para la formación docente. Digo porque es muy importante el intercambiar la opinión con otros docentes, el conocimiento con los docentes de las otras cátedras. Ese es el proceso del cambio interno en la formación que tuve en la facultad.

*Documento: D7*

*Código: Integralidad*

Intramuralmente muy poco. Algo muy puntual, hemos tenido alguna experiencia en odontopediatría puntualmente. Sí, a nivel extramural, fue uno de los objetivos planteados. Ya vamos tres años de tratar de incorporar a los chicos en grupos interdisciplinarios. Tienen distintas experiencias, ya sea con enfermería, es muy fuerte el intercambio con enfermería. Lo que es el intercambio con, incluso con la gente de administración, como para armar un grupo donde ellos tengan que hacer gestión y demás, está caminando a que

esto cada vez sea más fuerte. Han podido intercambiar y hacer algún proyecto en concreto con psicología, han podido trabajar con pediatría, ni que hablar, sobre todo en jornadas de integración que hemos hecho. Pero, bueno, cuesta un poquito, ¿no? La relación teoría-práctica creo que es buena, les cuesta integrar los conocimientos, eso sí es un obstáculo que uno lo ve en el desarrollo de la clínica. Uno hace una pregunta sobre el plan de tratamiento preventivo y ellos realmente lo saben. Les cuesta llevarlo a la práctica porque han tenido poca clínica. Creo que lo preventivo es lo más fuerte de estas generaciones que están saliendo. Es lo más lindo que uno ve. Si uno les hace propuestas interesantes, dinámicas, se entusiasma rápidamente en lo que es la búsqueda del conocimiento nuevo. Si uno les plantea desafíos, enseguida reaccionan.

*Documento: DC1*

*Código: Integralidad*

Sí, se está cumpliendo, en todos lados. Por ejemplo hospitales, centros de salud, que haya interdisciplina. Solo el hecho de compartir la historia clínica con la parte médica es fantástico. Porque te dicen, yo recibo la historia y puedo leer que tiene el paciente... que no tiene y tienen al médico ahí para consultarlo. Y trabajan compartiendo. En eso están chochos. No en todos los... bueno, en la Intendencia tiene, Salud Pública tiene. Venimos acostumbrados a ver al médico como una cosa superior, y ellos están mano a mano y...

*Documento: DC2*

*Código: Integralidad*

El IUPNA Sí, en la transdisciplina, donde trabajamos con médicos, psicólogos, licenciados, ciencias sociales, etc., se avanzó muchísimo. Lo que fue APEX Cerro y Docencia-Servicio te obliga, ¿no? Creo que fue bueno eso, se crearon estructuras que entraron a obligar al cambio. Nunca es idóneo que una estructura te obligue al cambio, ¿no? Pero, bueno, es lo que tenemos a la mano.

*Documento: DC3*

*Código: Integralidad*

El plan de estudio tiene también un peso muy difícil de evaluar, porque es mucho más en los valores sociales, culturales, el modelo en el que queda inmerso. Lo determina mucho más eso que el hecho del plan de estudios. Cuando va a atender se comporta de acuerdo a un modelo en el que se está metiendo y a determinados valores sociales que no pasan necesariamente por un determinado plan. Nombraron docentes de social que están trabajando en el Plan Integral Metropolitano, dentro del marco del IUPNA, son docentes que están yendo a trabajar con gente de Psicología, Nutrición, Medicina y también de Ciencias Sociales y demás.

Entonces, cuando hacés otro invento de trabajo interdisciplinario, siempre hay alguien que es un obstáculo, que la Facultad de Medicina es hegemónica, que la de Psicología divaga por el mundo. Se avanza en ese sentido, yo creo que sí, pero avanza como aquel cuento del caracol que todos los días subía tres mil metros y bajaba dos, bueno, esto es así. Todavía del pozo no salimos.

En onceavo semestre cuando hacen la práctica en el sistema público si van a un hospital, en general logran una relación con los profesionales, con las parteras, con los oncólogos, con el pediatra. Entran con los cirujanos a los blocks cuando hay algo donde participa un odontólogo, también entran ellos. Tienen toda una experiencia que creo que es más variada en el interior que en Montevideo, porque en el interior cuando van a un lugar hacen de todo un poco, en cambio en Montevideo está todo como más compartimentado. El funcionamiento en el hospital, sobre todo cuando se aborda a los pacientes que tienen complejidades médicas, en general se da una buena relación, y hay una consulta y cierto respeto por cada una de las profesiones.

### 3. Dimensión de análisis: Práctica contextualizada

---

*Documento: D1*

*Código: Práctica contextualizada*

En el policlínico es muy buena, la devolución, porque quieren acción, es como que lo buscan...

Me parece que es importante, que se logra. Ellos a nivel teórico tienen un manejo más global, entonces, cuando les pedís hacer planillas, tabulaciones, cosas que tienen que ver con la cuestión más metodológica, más científica, encarán más, no tienen tanto problema. Eso lo he visto no desde el plan 90 y pico, más desde el plan 2001, es más como metodología, y aplicada. Les impacta en la repetición y en el entrenamiento. Actualmente es donde tiene un impacto mayor. Es donde ellos se sienten que pueden hacer mucho.

Sí, les importa, es un hecho de la realidad, el abordaje del paciente dentro de su cuestión, impacta en eso porque tienen que reflexionar. Y lo hacen solos. Como yo te decía: en el manual dice esto pero acá pasa esto. Pero lo otro es más importante para ellos, creo, lo otro es una reflexión necesaria al actuar. El tener curricularizado todo el tema de la extensión fue una decisión política, dura de tomar en su tiempo.

*Documento: D2*

*Código: Práctica contextualizada*

Hace a la calidad, sin dudas.

*Documento: D3**Código: Práctica contextualizada*

Una simbiosis, que conocían a los pacientes, conocían sus estados de cuenta, conocían qué patología tenían. Algunos se sabían hasta de memoria los teléfonos de los pacientes. Al ser vecinos de la zona, conocen a la familia, porque se atienden la abuela, el abuelo, los nietos, los hijos. Para mí es todo el entorno, el paciente en salud, y cómo mantenerlo y cómo motivarlo. Es como hoy te decía, influye la formación del docente, lo que tú le digas al estudiante y que además el policlínico esté adaptado a eso.

La interdisciplina para mí es fundamental. Y después desde el punto de vista humano, también, porque ven otra realidad. Hay muchos estudiantes que no salen de lo que es el entorno de su casa, la realidad, entonces, ven otras realidades, hablan con el paciente, es fundamental. Es diferente al paciente que viene a facultad, no es lo mismo. Vos allá te insertás en su barrio, en su vida; atendés a la mujer, al marido, sabés de los hijos, tenés otra relación, conocés a toda la familia. Porque es así, después viene el cuñado, como que te vas interiorizando con el resto de los vecinos.

Habría que buscarle la vuelta de contar con más docentes, por ejemplo solucionar problemas de más infraestructura, es peor que en la facultad. Y eso a la facultad, si bien capaz no le compete, no sé, a veces vas y el sillón no funciona, la turbina no tiene agua, no está bien trabajar así. Eso es algo que habría que mejorar, la infraestructura sería fundamental. Que la facultad pudiera invertir en eso, en cambiar los sillones, en mejorarlo. Están todos los sillones viejos allá, hay dos sillones nuevos que los usan el odontólogo y el becario. O sea que no tenemos acceso a esos sillones.

*Documento: D4**Código: Práctica contextualizada*

Empezamos a trabajar en talleres y lo que se estableció es un proyecto de salud integral en el que se aborda lo que son los cambios corporales, tanto físicos como psicológicos, y dentro de los físicos, la importancia del cuidado odontológico y demás. Entonces abordamos aspectos preventivos, educativos, interactuar, mejorar la comunicación. Es una experiencia que es muy enriquecedora, que yo creo que es muy válida, creo que es un gran avance, pero nuestro norte es lograr lo interdisciplinario en distintas zonas, son distintas realidades y los muchachos hacen distintas cosas. A veces hay un abordaje educativo pero también a nivel de policlínico, entonces interactúan esos actos.

Los estudiantes yo creo que se enganchan muchísimo. Al principio son un poco reacios, pero qué pasa, como las prácticas ya se están generando de salida al terreno, hacer las prácticas extramuros desde el primer año, y le vamos

incorporando cada vez más elementos de mayor complejidad, como que lo acercan mucho a la realidad. Los seduce, si la cosa es muy disciplinaria no les interesa mucho, pero las novedades, el cambiar sobre lo que estamos haciendo. Yo tuve evaluaciones muy importantes de los estudiantes de odontología en esta experiencia IUPNA que los vi muy maduros para el momento en el que estaban, trabajaron muy, muy bien. Me decían cuánto habían aprendido los otros estudiantes sobre las temáticas odontológicas, ese diálogo entre saberes fue muy rico.

*Documento: D5*

*Código: Práctica contextualizada*

Me parece que el estudiante lo ve como algo más que tiene que hacer para recibirse. También no es solo la culpa del estudiante, porque a veces, capaz que habría que hacer como una preparación del estudiante que se va a otro lado, o sea a él le dicen que vaya y va, no sabe de hecho por qué, en qué marco, como que lo tiene que cumplir. Me parece que ahí podría faltar un poco de apoyo como más teórico, explicarle un poco más o hacer un trabajo previo con el estudiante que va a trabajar ahí. Capaz que tampoco lograrás el objetivo, pero bueno, como para situarlo al estudiante a dónde se va y por qué lo está haciendo.

Depende mucho del estudiante y de cómo él lo viva y su perfil. Ahí varía mucho porque hay de todo, y hay estudiantes que se van pensando que fue la mejor experiencia que tuvieron en su vida y hay otros que te dicen que no hacían nada, como que no lo aprovecharon o no les sirvió.

Yo creo que es el primer acercamiento que tiene el estudiante a un paciente en el ámbito de donde el paciente vive, o más cerca, y eso como que cambia un poco la percepción. Estás en el terreno del paciente y no en tu terreno, eso cambia bastante.

Me parece que debería estar en primero ya, cuando el estudiante empieza a trabajar cosas, que se hace, también desde la cátedra de Odontología Social se hace. Pero por eso nosotros con la Unidad de Extensión estamos tratando ya desde el 10 hablar del concepto de extensión, de comunidad, y que tengan oportunidad de ir al Cerro. Entonces, eso, me parece que tendría, como Medicina, que el plan ha cambiado mucho y los estudiantes tienen comunidad desde el primer año. Capaz que en la facultad estaría bueno poder desarrollar eso un poquito más, poder trabajar más desde el primer año y no hacia finales de la carrera. Habría que ver cómo se instrumenta porque es difícil.

*Documento: D6*

*Código: Práctica contextualizada*

Se maneja teóricamente, que es lo que sería. Se educa al estudiante en ese

sentido, pero en la práctica no lo realizan totalmente por terminar el curso y aprender a hacer determinadas prestaciones antes, no le impide dejar al paciente como deberíamos atenderlo. Que eso sí se puede hacer en Docencia-Servicio, semestre 10. Porque ahí no tenemos problemas, de tiempo ni de nada, en llevar primero a salud y después empezar las restauraciones, salvo las urgencias que los pacientes plantean. Es lo que tratamos de hacer y muchas veces se hace. También tenemos un pool de pacientes que, de repente deambulan sin la solución adecuada, pero depende del momento en que asisten. Digo la facultad tal vez precisaría una clínica asistencial. Tener para completar, digo, si la facultad quiere dar solución a los pacientes, no solo a través de la formación estudiantil sino también dar algún tipo de solución a la población, debería tener algún tipo de clínica asistencial.

En intramuros la presión del curso, en extramuros tienen otras formas y si se planifican las posibilidades, se hace un plan de tratamiento de la boca del paciente, por lo general como están en ese momento. Se entrega una historia clínica, se planifica. Creo que acá en los cursos, la mayoría no lo hace.

Afuera el económico y si hay algunas prestaciones que no se hacen, eso te determina hacer o no algunas cosas, eso es como política, por se supone que si son restauraciones más complejas, que llevan más tiempo, impide el ingreso de otros pacientes que necesitan salud. Entonces los tratamientos más complejos, o sea en molares cuando está indicado se hace pulpotomía, como alternativo, que ha dado buen resultado.

Hay una visión de ver lo que el paciente necesita. Lo que es más indicado como tratamiento. Porque se ha cambiado.

*Documento: D7*

*Código: Práctica contextualizada*

También los sitios de práctica han cambiado, y los objetivos de aprendizaje en los sitios también han cambiado. Y eso creo que ayuda a dirigir un poco mejor lo que son las prácticas, porque...

Hemos aprendido en Docencia-Servicio a canalizar, justamente, esa necesidad que teníamos para que el perfil se ajuste mucho más a los objetivos iniciales. Creo que al principio era solamente salir a hacer práctica sin tener en cuenta en sí este perfil. Hoy en día se tienen en cuenta el perfil y los objetivos planteados para desarrollar las prácticas. Creo que por ahí podemos evaluar mejor. A lo mejor los resultados antes eran iguales, pero la evaluación en este momento es mucho más clara. Por lo menos tratamos de evaluar eso en las reuniones con docentes, y creo que es mucho más claro, grupos con distintas disciplinas, con distintas cabezas, siempre es difícil el intercambio. Entonces, uno tiene que sentarse y decantar. El mirar, escuchar y razonar la exposición

del otro, a veces no se incorpora inmediatamente. Creo que de cualquier manera deja un sedimento en el chico, que se va a ver en su trabajo en servicio. Que la mayoría va a trabajar en servicios y con esta modalidad. Entonces, creo que de cualquier manera es una semillita que en cualquier momento va a dar sus frutos aunque sea muy corto, muy poco, ellos por lo menos lo viven. Trabajar por ejemplo con las parteras. El discutir, por ejemplo, en la Escuela de Parteras, el amamantamiento. Entonces, ellos tener que intercambiar con los estudiantes de la Escuela de Parteras y tener que explicarle, el uno al otro. Creo que eso enriquece, se nutren ambos.

En un servicio, por ejemplo, imponen su forma de pensar del tratamiento frente al colega que está allí hace años, de repente anquilosado en su forma de trabajar. Uno ve que los chicos van y dicen «nosotros hacemos esto». Los controles periódicos, «ellos establecieron en algunos servicios la necesidad de controlar periódicamente de acuerdo al riesgo al paciente». Eso es muy fuerte, los chicos que tienen la posibilidad de terminar intra para empezar extra. Es más difícil cuando lo hacen simultáneo. El que ya terminó quinto y empezó semestre 10, desarrolla la práctica, recibe muchos más aportes a su conocimiento que el que lo hace simultáneo, que tiene más trabas.

En el semestre 10 no tienen más remedio que ir a buscar la respuesta. No en todos los lugares de práctica, que ese es otro de los inconvenientes (no están equiparados los lugares de práctica). Entonces el lugar más fuerte es el hospital, el Pereira Rossell, ahí se encuentran todos los días con situaciones que no tienen ni idea, que alguna vez vieron en su carrera pero que tienen que ir a buscar la solución en el momento, no pueden esperar una semana. Creo que ahí es donde tienen más necesidad. Pero yo creo que sí. Los chicos están estimulados. La gran mayoría tiene una gran avidez por conocer, por saber.

El tema del ejemplo clásico es Villa Constitución. El estar una semana doble horario trabajando de forma intensiva, planificando antes de ir, trabajando, evaluando cada día las actividades, evaluando posterior. Eso los fascina, realizan una cantidad de práctica clínica, tanto a nivel de comunidad como de consultorio, porque tienen su consultorio armado, y ven altas. El poder evaluar pacientes que han tenido sus amigos o compañeros anteriores y ver qué resultados tuvo el programa.

Pediatría adora la práctica de los estudiantes de odontología en el hospital, valoran, se han enriquecido de los estudiantes, no tanto de los docentes. Valoran el contacto permanente con los estudiantes de aquí. Porque una de las cosas que ven, el docente de Pediatría decía, es como si fuera una tutoría entre pares, el estudiante de odontología y de medicina enriqueciéndose en su formación, y el docente de Pediatría absorbiendo ese conocimiento.

Llevarlos a la realidad, hacer la práctica en situación real, eso es lo que van

a ver cuando salgan. También están acostumbrados a trabajar enmarcados en una situación, entonces cuando van si no se desesperan porque no tienen los mismos materiales, ni las mismas situaciones, ni pueden hacer lo mismo, porque hay que adaptarse a la realidad del medio, del paciente, y yo creo que eso los lleva a usar el razonamiento, todos esos conocimientos que tengo a ver cómo los puedo aplicar en esa situación. Yo creo que sí, que es realmente muy interesante.

Desde el 2008 uno de los objetivos clarísimos de la pasantía de Docencia-Servicio era la experiencia interdisciplinaria. Entonces si bien teníamos la experiencia del hospital, incluso incorporamos por ejemplo en el Cerro. Facultad de Psicología fue a trabajar con los estudiantes de Odontología. Fue una experiencia muy corta, quizás no muy feliz, pero fue una experiencia que a los estudiantes les aportó.

A nosotros el intercambio con los administrativos, a nivel del hospital, fue fabuloso. Porque las clases que nos dieron en cómo llevar adelante nuestra gestión, fue fabuloso. Y sí, creo que es un aprendizaje importante. Hay que ver lo que vas ganando. Me encantaría que estuvieran con un pediatra o con un oncólogo, pero eso tampoco es de todos los días, en cambio la administración de un consultorio sí es de todos los días y la de un servicio también.

*Documento: DC1*

*Código: Práctica contextualizada*

Hay una evolución de los distintos servicios. Por ejemplo, el Maciel es un cuarto con cuatro equipos y tienen una salita al costado donde tienen café, té. Nunca les dijeron «hola, chicos», ni un vaso de agua, hay un informe que dice, «nos sentíamos como perritos». Dicen que cuando van a un servicio por primera vez, el servicio se retrae y después se va abriendo. Y bueno, llevó, yo creo que... se dan cuenta que la pasantía los incluye a ellos y ellos a su vez toman una práctica brutal. Si será importante. Cada servicio tiene sus pautas. El lío más grande es que la prioridad nacional son embarazadas y niños en primer nivel de atención. Y está faltando toda...

El problema de los servicios es que los pacientes no te van, y te faltan mucho, el compromiso, es todo un tema cultural también. Porque la asistencia es absolutamente gratuita, entonces qué pasa, a vos lo que te regalan, no lo apreciás. La cadena de bioseguridad al máximo y en ningún servicio la cadena se cumple y van a quirófano en los hospitales y ven que no es así. Entonces lo tiene como un obstáculo en la formación.

*Documento: DC2*

*Código: Práctica contextualizada*

Entonces, la teoría aceptó que había prácticas que había que cambiar, que

había que dar alternativas que no eran..., al revés, que había que hacer las cosas lo mejor posible para la gente en determinado momento y determinado contexto. Eso apuntó a mejorar la teoría con práctica. Todavía nos queda.

#### 4. Dimensión de análisis: Jerarquización del paciente en la asistencia

---

*Documento: D1*

*Código: Jerarquización del paciente*

Yo creo que sí. Te hablo desde mi perspectiva, siempre te hablo desde niños, desde el área donde yo trabajo. En el niño pasó, yo lo viví desde cuando era estudiante, en la clínica de Odontopediatría fue el sentido clínico centrado en el niño, en los aspectos del niño, en la cuestión familiar como determinante de la salud, se vivió en el viejo y en el nuevo desde extramural, porque yo fui de la generación que hizo extramuros con el plan viejo, y era tal cual, era el modelo de acá exteriorizado. Cuando cambiamos de plan, trabajamos en el centrado de pacientes, y en extramuros es mucho más importante centrar al paciente como un todo, que le pongo la amalgama que vale tanto, la incrustación que vale tanto, era así cuando yo estudiaba.

*Documento: D2*

*Código: Jerarquización del paciente*

Creo que ahí es fundamental la participación que tienen hoy los usuarios en todos los equipos, darles una cabida a la comunidad, al usuario, de que no sea solo un mero receptor, sino que también participe activamente en la elaboración y gestión de los servicios.

*Documento: D3*

*Código: Jerarquización del paciente*

Yo creo que sí, en eso para mí se avanzó muchísimo. La gente no controla la placa, no se sigue avanzando. Le enseñaste a cepillarse y no se cepilla, no se sigue avanzando porque todo lo que se haga va a ser en vano. En eso creo que para el paciente fue un plus, digo, ganó muchísimo. Es parte de la formación que se le da al estudiante, el estudiante sabe que el paciente nunca está de alta, siempre necesita los controles, le das el alta en mayo y en mayo están llamando al paciente para que vuelva a control. Un paciente sano se lo controlaba tres, cuatro veces por año.

*Documento: D4*

*Código: Jerarquización del paciente*

Hablemos de lo extramural. Yo creo que se ha priorizado al paciente, al usuario, a mí me gusta llamarlo más usuario, en los servicios. Yo creo que sí,

que hay una jerarquización, que ha habido un cambio en el perfil del estudiante, de aquel plan 66 que yo cursé al plan actual ha habido un cambio.

Es verdad eso. Ha habido una evolución. Yo justo terminaba ayer una clase que hablaba de calidad, la atención de calidad. Hoy por hoy, se apunta a eso, el usuario es el eje fundamental en la atención de los servicios y en la calidad de los mismos. Esto por una serie de cosas, si nosotros pensamos lo que es el Sistema Integrado de Salud hoy el usuario tiene un rol protagónico en ese sistema, un rol fundamental, tiene derechos, tiene deberes, está escrito en la ley. Entonces, si la facultad en sus planes de estudio que cambió el perfil del egresado, no hubiese tenido en consideración eso, hubiera sido una gran falla. Yo creo que sí, ha habido avances, que uno en su práctica diaria trata de jerarquizar al usuario, y que sea visto como un todo, desde el respeto del momento en que ingresa a facultad, y cómo debe ser atendido y demás. En lo extramural yo creo que pasa esa jerarquización de los usuarios, de los pacientes, en este caso hablamos de, creo que sí, que cada día uno trabaja en lo que es la garantía del derecho, en la buena comunicación. Yo creo que ha habido un avance muy importante.

*Documento: D5*

*Código: Jerarquización del paciente*

Creo que no siempre no. Todavía hay que ajustar algunas cosas, pero ya te digo, quizás no es solo responsabilidad de facultad, porque a veces es muy difícil, con los recursos que tenemos y eso, cumplir con todas las demandas de los pacientes, pero dentro de lo odontológico es como que están faltando cosas. Pensando que solo me quiero quedar con lo odontológico, ¿no? Ya te digo, el tema de las... es un tema que no se le está pudiendo dar una completa asistencia al paciente, y es mucho más la demanda que lo que hay en recursos humanos, todo.

Yo creo que sí lo que se da, en general, hay excepciones, pero en general se apunta a resolver ese problema integral del paciente. Siempre, lo que pasa es que yo no quiero dar siempre con el lado negativo.

Di pila de altas, en niños y en adultos, y trabajándolos en diferentes disciplinas y diferentes problemas. Eso es algo que creo que antes no era así. O sea, que está bueno. Y fuera de facultad a mí me tocó trabajar en las becas de la Intendencia y también en Trabajo en Uruguay, que también, es un poco más limitado porque hay muchas cosas que no podés hacer, y las resoluciones de prótesis son..., hay prótesis a placa, que hacés porque no obtenés recursos para otra cosa, pero dentro de todo, esa persona va hacia una salud bucal un poco mejor, ¿no? Y bueno, por ese lado digo, o creo que estamos trabajando así, con ese sentido, jerarquizando mucho más al paciente, aunque siempre podemos seguir mejorando cosas.

*Documento: D6**Código: Jerarquización del paciente*

Se devuelve salud. Con cierto límite. El paciente hay que analizarlo todo, es cierto, su medio social, las urgencias de su trabajo, lo que precisa, las posibilidades económicas que tiene. Entonces a veces, encontramos todavía que a veces no se hace el tratamiento previo más indicado. En el semestre 10, mejor todavía, porque siempre devolvemos salud. Hay una visión de ver lo que el paciente necesita. Lo que es más indicado como tratamiento.

*Documento: D7**Código: Jerarquización del paciente*

Sí. Yo hablo por odontopediatría, y sí, rotundamente sí. Está dentro de lo que son los objetivos marcados, ¿no? Y hacer que el chico se olvide de la cavidad y vea al paciente como un todo y su plan de tratamiento tiene que estar ajustado a las características de ese paciente y de ese entorno. Es como que no cuestiono que sea de otra manera. No, no se da de otra manera. Y en general, los chicos lo ven así. La evaluación de riesgo, cuando van, no sé si es porque saben que es odontopediatría. Pero la valoración. No veo dificultades en eso, no.

Yo creo que sí. Yo creo que es del nuevo plan de estudio. Desde que hubo un crick de cambio, creo que ha ido evolucionando y en este momento creo que es de lo más fuerte que tenemos. Ya no ven la cavidad clase 1 en el molar, ven la enfermedad, ven si hay placa, ven la actividad.

*Documento: DC1**Código: Jerarquización del paciente*

En facultad están cuatro horas en la clínica y atienden dos personas, entonces tienen, todavía los veo con la «goma dique» colgando para sacarse la radiografía, y están toda la mañana. Allá tienen agendas, que las pueden fijar ellos pero tienen determinado lapso para atender al paciente, y les da bien. Al principio van más lento, después van más rápido, pero todos te dicen cómo fijan la relación con el paciente, van conociendo todo su entorno, la familia. Van afuera y tienen que empezar todas las etapas del paciente, y acá seguimos en que necesito tal cosa y hago eso. Es muy poquito lo que te da el alta. No tienen número de nada. Cada servicio es lo que les brinda en ese período.

*Documento: DC2**Código: Jerarquización del paciente*

Capaz que ahora cuando uno va hablando se da cuenta que se arrima más al 8 que al 5, porque los docentes dicen «se le hizo una endodoncia de tal cosa, se le hizo...» y los docentes no son endodoncistas, entonces seguro, toma un

estudiante más maduro, con asistentes que asisten todo. Y el paciente también no es demanda programada por la especialidad, allí va, se sienta en un sillón y bueno, se atiende lo que hay que atender. Así que yo te diría que la extramuros avanza mucho más.

El plan sin lugar a duda que lo reafirma continuamente. Yo creo que acá siempre el paciente está jerarquizado, tenemos problemas, todavía tenemos una mentalidad de cierre de cursos y de una cantidad de cosas que se hacen en el paciente, y el paciente queda como un objeto. Todavía tenemos ese problema. Pero yo vi un trabajo de satisfacción del usuario, en cuarto año se hizo un cuestionario a alguna gente por parte de Odontología Social, y bueno, la hicieron y fue favorable, sabés que los pacientes en general yo te diría que son amparados, por el tutorio de los pacientes y por los estudiantes.

Todavía nos queda que a veces el eje de las necesidades del paciente las acomodamos un poco a las necesidades de la enseñanza, ese es un problema que es difícil de sacar.

La enseñanza por ejemplo, en cuarto año, yo qué sé, endodoncia, hay que hacer un tratamiento de conducto, entonces ya desaparece el paciente y aparece el tratamiento de conducto. Eso nos cuesta mucho. Pero una vez que se sentó y decidimos que hay que hacer un tratamiento de conducto, trabaja muy bien, pero la discordancia entre las necesidades del paciente y las necesidades de la asignatura a veces no está resuelta del todo. También te diría que ahí avanzamos sustancialmente desde el plan viejo al nuevo, y nos queda esa reservita, por lo que yo te diría que la cabeza está en el viejo.

*Documento: DC3*

*Código: Jerarquización del paciente*

El paciente funciona de acuerdo a los intereses del estudiante, y se lo ve como una cosa obvia, que debe ser así.

El paciente tiene como poca accesibilidad. La relación que existe en el paciente que se atiende dentro del modelo liberal, en cuanto a posibilidades de hacer opciones, no la tiene el que se atiende dentro del sistema público. Pero además el estudiante tiene la opción de elegir, él tiene sus propios intereses. Y me parece a mí que tiene un peso muy fuerte, muy determinante, y que la facultad lo tiene pensado en ese sentido.

## 5. Dimensión de análisis: Resolución de problemas reales

---

*Documento: D1*

*Código: Problemas reales*

No intramuros, me parece que sigue siendo un modelo donde no lo llegan a comprender, creo que cuando van a los lugares, ahí sí. Por ejemplo, me pasa más cuando ellos van a un barrio donde está el policlínico y van más a un lugar más cercano a donde está la vivienda del niño, eso es como más real que en el ámbito escolar. Si bien en el ámbito escolar es como más acondicionado, pero como que se desestimulan porque están institucionalizados, igual que si vieran acá. Pero cuando van al barrio o al policlínico a veces vienen las madres e interactúan con la madre, el padre o quien los cuida, ahí es como un shock, es como que dicen «le quiero poner esto y esto» y después dicen «no, pero este niño está atravesado por esto, y tengo que hacer esto otro».

Solo con la interacción, lo que te permite la llegada, sobre todo a la relación familiar del paciente, es como importante. Me parece que es ahí donde se vive el abordaje de la situación real, si no sigue siendo una especie de ejemplo de libro.

Acá adentro pasa eso, «y en este caso qué harías», te sacan el manual. Cuando están allá te dicen, «el manual dice esto pero el paciente tal cosa», entonces es como que vos decís, «por esto y por esto, tal». A veces también se plantean la justicia de eso, si esto es justo, o porque es más pertinente tal cosa, o «si yo tuviera mi consultorio». Es como que ahí ellos se empiezan a hacer esas preguntas reales, porque de nuevo es como que es la situación real, donde vos le das los elementos.

Pero cuando la prestación es paga y el modelo económico se mete en la estructura, ahí es como cuando más se preguntan cosas. Así que me parece que sí, la situación real la viven sobre todo en los policlínicos a nivel barrio.

*Documento: D2*

*Código: Problemas reales*

Creo que hay un esfuerzo grande de las clínicas y de todos los actores grandes de facultad de tratar de salir de ese esquema y creo que de alguna manera se está llevando adelante, tiende a ser más integral, a solucionarle más los problemas que lo que le solucionaba antes.

*Documento: D3*

*Código: Problemas reales*

El nuevo plan de estudios en eso avanzó muchísimo. Antes buscábamos hacer la clase dos de amalgamas. O sea, yo cursé con el nuevo plan, o sea, eso lo tengo como experiencia que me contaban pero hoy es solucionar el proble-

ma que tiene el paciente, sea lo que sea.

Sí, totalmente, eso para mí es un proceso. Yo lo vengo viviendo, sobre todo en la Clínica Integrada, que al principio seguíamos pensando en cuadros de trabajo, y bueno, la gente joven sobre todo le cuesta menos adaptarse a lo que es el alta del paciente. La situación real que tiene ese paciente hay que resolverla sea como sea, vamos a solucionar la patología del paciente. Yo creo que en eso se avanzó muchísimo, sobre todo para lo que tiene que ver para el paciente, mucho mejor, y para el que se está formando, también, es a lo que se va a enfrentar después. Y eso es como muy valioso, la situación real, solucionar el problema que tiene el paciente, en el momento eso y ta.

*Documento: D4*

*Código: Problemas reales*

Una cosa es lo que uno realiza adentro del programa, porque se da, una resolución de las situaciones reales.

Lo que yo veo es un abismo entre lo que la facultad desde la práctica clínica específicamente aporta a los estudiantes, creo que muy pocas veces se da una resolución de las situaciones reales.

Como docente observo. Creo que en eso se necesita muchísimo más avance, creo que ahí hay que cambiar muchos instrumentos que se están usando para que se resuelvan las situaciones reales. Ha habido avances, ha habido avances en la conformación de servicios, a través de convenios, que de alguna manera el estudiante ya participa de una forma de resolución concreta, la problemática de los pacientes. Pero creo que hay que seguir trabajando muchísimo en esto.

Yo lo veo alejado todavía, a pesar de que han existido modificaciones y no sé cuantas cosas, pero creo que... Además, la situación real del paciente que viene a facultad, creo que todavía el estudiante no conecta esas realidades que tienen los pacientes reales de aquí para afuera. Me parece que no entienden mucho en el contexto en el que están los pacientes, en dónde viven los pacientes, yo qué sé. Yo al menos concibo que la resolución integral de los problemas no solo pasa por ejecutar una restauración y que quede perfecta, me parece que hay mucho más. El poder ver el todo a veces lleva su tiempo, y yo a veces me pregunto si el estudiante en quinto año logró ver el todo. Me supongo que hay estudiantes que sí y hay otros que no, que después en sí la vida profesional les hace ver otras realidades que no es la universitaria.

*Documento: D5*

*Código: Problemas reales*

Sí. Yo creo que sí. Lo que pasa es que los problemas que tiene el paciente pueden ser más amplios que los que nosotros podemos solucionar.

*Documento: D6*

*Código: Problemas reales*

En Docencia-Servicio lo hacemos sí. Resolvemos lo que el paciente pide y necesita. Si el paciente necesita hay pacientes que los traemos y los atendemos acá en la clínica, que son derivados.

*Documento: D7*

*Código: Problemas reales*

Sí. Yo creo que sí. Intramural me está faltando un poquito de tiempo.

Una vez que ellos bajan la ansiedad de terminar ese curso y bajan a la práctica más tangible, más tranquilo, lo logran.

*Documento: DC1*

*Código: Problemas reales*

Ven la realidad de la población del Uruguay, y otra cosa que fue muy buena es que lo hagan por Salud Pública en todo el país. Te acordás que teníamos un sistema que era Salto, Paysandú, Rivera y Cardona, que había que necesariamente mandar estudiantes. Y ahora cada uno lo hace en su lugar (de residencia). Entonces, hasta la inserción y la realidad en su departamento. Son cosas muy lindas.

*Documento: DC2*

*Código: Problemas reales*

Cosas buenas de la formación vieja, que mantuvimos y no desechamos, sino que al revés, la mejoramos, la potencializamos, que es el aprendizaje en condiciones reales, que es el eje de nuestra carrera, y que en los hechos, ese aprendizaje en condiciones reales lo lleva a que vaya a un servicio y se desempeñe, ahí sí con una práctica que antes no teníamos en el viejo plan, que como que está de tú a tú, con los problemas de la realidad de la salud bucal.

El aprendizaje en condiciones reales, en la clínica que tenemos hoy acá y la que se hace en extramuros, yo creo que es pasible de mejorar pero creo que estamos en niveles de aprendizaje sustancialmente buenos.

Un odontólogo de la Intendencia o de Salud Pública que te dice «el estudiante viene en tales o cuales condiciones». Y yo creo que van en condición de saber defenderse, el estudiante tiene las herramientas, que las podemos mejorar indudablemente, podríamos tener más tiempo de práctica en servicio. Pero andá a saber dónde nos falta tiempo después, porque es que nos falta espacio para poner en el currículum, pero ¿cuántas horas más le vamos a poner? Entonces, cuando vos eso lo comparás con Italia, Francia, yo qué sé, donde tenés universidades o facultades que enseñan en fantasmas de pregrado, decís, la miércoles... alguien que te hace una extracción.

El que aprende en fantasmas es lo mismo que aprendiera en simuladores

de vuelo. Hay que aprender en simuladores pero solo en eso no. Nosotros enseñamos con un simulador y después lo ponemos con un instructor y maneja una avioneta, un helicóptero, hasta un Boeing.

La misma odontología restauradora a veces se creaban problemas, no digamos que era que se hacía el dato ajeno, pero se inventaban problemas donde no los había.

Y en eso se avanzó muchísimo, la situaciones, lo que se trata hoy en la clínica son problemas reales, acá en intramuros todavía seleccionamos más de lo que debiéramos, no es de una demanda programada, pero son problemas reales, son problemas de la gente.

*Documento: DC3*

*Código: Problemas reales*

Me parece que la práctica de facultad tiene poco que ver con el mundo externo. Me parece que no. Cuando salen inmediatamente se adaptan a las soluciones del lugar.

Si vos vas a un servicio y ves que no tenés más remedio, llega la persona y tenés que hacerle una extracción, a ese niño hay que controlarlo, a este otro hay que hacerle otra cosa. Inmediatamente. La gente queda muy conforme, los profesionales quedan muy conformes, y ellos también.

## 6. Dimensión de análisis: Valoración del Programa Docencia-Servicio

---

*Documento: D1*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Creo que no se visualiza la prioridad, es mala. Es como te digo, hace cinco años el programa ha sufrido, no sé si «serruchadas», pero es como que está ahí y que funcione porque es un requisito, pero sin incentivar, sin proyectar. Entonces es como que hay esfuerzos personales o de las direcciones, de los directores o a veces iniciativas docentes de mantenerlo. Es como que está devaluado.

Hay dudas de si lo que hacemos es extensión o no, hay una discusión de los más teóricos de si esto es, yo creo que no hay que entrar en esa discusión, esa discusión no aporta.

Docencia-Servicio, vos le podés cambiar el nombre, ponerle objetivos nuevos, establecer metas diferentes, y creo que le falta sistematización de datos, eso es importante, le falta además como una cuestión bien metodológica para demostrar qué es lo que se hace.

Es como que hubo una iniciativa de tener docentes de primera línea, había gente que había impulsado desde el poder eso, pero después se despreocupó.

Como «yo quiero que esto sea así, que tengan el mismo nivel académico, entonces voy a buscar quién lo tiene y quién no y voy a hacer los llamados nuevos». Así se desarma un grupo que venía trabajando bien y se arma otro. Entonces, el programa en sí mismo desde el poder ha tenido como cuestionamientos importantes, si la gente que estaba ahí tenía nivel o no; yo creo que hubo un cuestionamiento importante desde el cogobierno, a nivel de la estructura de poder institucional, que pasa por el decano, los asistentes, por esa estructura. ¿Cuáles son los problemas que nos preocupan? El atraso curricular, etc., Docencia-Servicio es como un requisito. Esa es la sensación que yo creo que la institución toma con esas actividades, por eso no ha... sí ha dicho que se hagan extensiones horarias, pero no... Vamos a tener que tener docentes que dentro de su función van a tener que tener la función de extensión, otros la investigación, otros la enseñanza, y modalidades de eso, pero si no se visualiza ese programa como un programa que tiene fuerte nivel de extensión y que hay que darle idea, cabeza, investigar en el medio qué es más importante que investigar acá adentro en el laboratorio, obviamente que no es remunerado pero se ve el contenido ahí en el proceso, es mucho más pertinente cargar las pilas, el presupuesto. Eso no se visualiza, no hay inversión.

¿Los pares cómo te ven a vos? Y yo creo que a alguna gente la ven como que sí y a otras como de segunda mano.

Se instaló algo que es horrible, no sé si vino de los docentes o de los estudiantes, pero es «la odontología para pobres», entonces asocian, pero «la odontología para pobres» se da en Docencia-Servicio, en los servicios; entonces después está «la odontología para ricos».

La odontología no es ni para pobres ni para ricos, algo dentro de mi consultorio va a tener un costo y afuera va a tener otro porque lo está cubriendo el Estado.

A veces discutimos las cosas desde los prejuicios y no de lo que estamos haciendo desde lo académico.

No hubo un desafío a nivel de los integrantes o del equipo, tanto a nivel adultos, social, de decir «vamos a cambiar la práctica y demostrar que podemos hacerlo».

Me parece que tiene que haber esa cuestión de identificarse, no para ser diferente, ya de hecho sos diferente, pero sí desmitificar para decir al otro «mirá el valor agregado que tiene enseñar en servicios».

*Documento: D2*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Tienen un rol relativo, parcial. Creo que tiene un rol importante desde el año 93, 94, de que formó parte de lo que son los cursos y la obligatoriedad que

tiene dentro de la currícula, o sea que sin lugar a dudas se logró un avance importante, pero...

La institución le tiene un reconocimiento parcial, tiene un reconocimiento porque lo han mantenido a lo largo del tiempo, porque si no, no hubiera perdurado. Creo que también debería tener un rol, una participación mayor.

Creo que el programa también en algún momento, me parece que como todo a nivel público, se ha burocratizado el programa, en algún rol, en algún momento, y ha quedado como una figura más, como una pasantía más, un lugar más de trabajo, sin lograr articular acciones más implícitas con los usuarios, con la comunidad, manteniendo un poco la estructura, que también, un poco por eso de los últimos años del atraso curricular, donde tal vez no se haya podido interactuar, trabajar más los temas. Pero creo que el rol, el programa existe y se lo respeta sin lugar a dudas.

Podría tener una mayor visualización, participación, pero también está el punto de vista de los actores que estamos implicados en cuanto a interactuar. Creo que lo que nos falta bastante, nos queda en el debe lo de interactuar un poco más con todo lo que es la parte clínica, que a veces quedamos un poco descolgados. Hemos tenido en los últimos años, dentro del programa, una participación más activa de los docentes que somos de Docencia-Servicio, viendo cómo algunos docentes que son de la parte clínica se han desprendido un poco más del programa, han quedado, tal vez por los tiempos de facultad y eso implica que la realidad de las áreas hace que algunas tengan más contacto con algunos grupos que con otros, ahí en definitiva se pierde un poco el contacto con alguna gente.

El programa ha mantenido un poco la estructura y ha llevado adelante los temas curriculares, pero no se ha logrado una participación mayor.

La negociación con los diferentes actores de las diferentes áreas, en cuanto a si realmente el estudiante tiene la misma validez, los mismos créditos, lo que hace en facultad o lo puede culminar en comunidad, que a su vez tiene la flexibilidad de que lo lleve adelante con la supervisión de otros docentes, que no sean los docentes del año.

Muchos estudiantes en los últimos tiempos valorizan mucho el aprobar el curso, los famosos tipo «carrera de atletismo», tratar de salvar y hacerlo de la manera más cómoda. Entonces, también les cuesta bastante el tema. O sea, han participado y participan en las condiciones, pero desde el punto de vista de Docencia-Servicio y extensión. Hay un grupo que participa más activamente, después los otros...

Reconocen que sí, que les ha abierto un poco más la cabeza.

*Documento: D3*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Porque es un eje fundamental en el plan de estudios, en el programa pero en la práctica me parece que no. Hay pocos docentes, no hay motivación, o la gente no sabe. Eso para mí es un gran problema, que no puedas ni siquiera cumplir con tus derechos de licencia porque no se consiguen docentes. No sé qué es lo que está fallando, si es falta de información, si es que la gente no quiere trabajar en Docencia-Servicio, si no lo conocen, o lo tienen capaz como algo que no les interesa, o no les parece valioso. Cuál es la falla, no sé, pero me parece que no se le da la importancia que tiene, que es real. No sé si no lo conocen, si no les interesa, o lo ven como si es de otro nivel. No lo valoran como lo que es. Es un servicio que está apostando a la formación, igual o más que cualquiera de las otras clínicas.

Me parece que eso también en los docentes jóvenes es más fácil. Pero ahí hay algo, no sé si es falta de motivación, que tendría que haber más...

*Documento: D4*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Cuando hablamos por ejemplo, de lo fines universitarios, docencia, extensión e investigación, indudablemente tener un espacio como Docencia-Servicio es un espacio que nos posibilita eso. O nos debería posibilitar el trabajo en este aspecto. Entonces, ahora, el grado de prioridad que le da la facultad y el resto, yo a veces lo pongo en duda. Primero, por el número de docentes que somos, la carga horaria que se le da, generalmente estamos luchando con desigualdades entre contratos y efectividades, entonces se generan inequidades en la contratación de recursos humanos. No tener el recurso suficiente, a veces se necesitan para ejecutar las prácticas. Entonces a veces yo dudo que si en realidad no tenemos esto, que prioridad le está dando la institución a la actividad que estamos realizando. ¿Le parece importante, no le parece importante? Es lo que yo me cuestiono. Ahora, creo que estamos en un político sustancial para poder generar cambios, seguir con un Programa Docencia-Servicio como estaba instalado hace diez, me parece que no tiene ningún sentido. Creo que el programa se tiene que abrir a nuevas experiencias, sobre todo en el área social esto de hace de dos años, la generación de este instituto, una experiencia para generar recursos que sepa trabajar en equipo, que sepa trabajar en la interdisciplina, es un avance sustancial. Ahora, a veces, falta estímulo. Falta estímulo. Si un llamado dura un año, no sale, no viene el recurso económico, o sea, la gente prioriza por otro lado, eso es una realidad. Y a los que estamos muy metidos en esto, que realmente nos interesa esto muchísimo, no necesitamos ese estímulo económico, pero también te corto

el hilo por el lado más fino. Cuando no tenés grandes motivaciones, tarde o temprano, si viene alguna cosa más tentadora se termina dejando de lado. Y es una lástima porque hay personas que han hecho un trayecto importante, tienen una formación, experiencia, que a veces esto queda como..., que la facultad tiene que seducir, y tienen que seducir los programas en los cuales estamos participando para poder que el recurso humano que está calificado siga en este proyecto.

*Documento: D5*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Yo creo que es muy prioritario. Porque vos lo medís, en todo, en la cantidad de recursos que hay, por lo tanto económicos, en el plan de estudios, la cantidad de horas que tienen los estudiantes. Me parece que sí, que aparentemente es prioritario. Por lo que yo veo así, se le da prioridad al programa.

Yo creo que se valoriza. También porque hay varios docentes de varias disciplinas trabajando en el programa, en general todas las disciplinas están trabajando ahí, ¿no?

Sí, yo capaz que ahora veo más todavía. Creo que igual fui como estudiante de las que lo valoraron. Lo valoré y lo disfruté, pero ahora con el tiempo lo valoro más. Veo qué importante que es trabajar en extensión y veo que es la herramienta más fuerte que tiene facultad para hacer extensión, es la herramienta más fuerte que tiene hoy por hoy. Ya tiene varios años, un montón de experiencia acumulada, creo que estaría bueno tratar de... un poco más y de flexibilizarlo también, sería una carencia tremenda. Es superimportante e imprescindible, todos lo van a vivir de manera distinta y lo van a aprovechar de manera distinta, pero les da la oportunidad de vivirlo, de poder hacer e incorporar eso o no, depende de cada uno, pero nadie te va a evaluar.

*Documento: D6*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Creo que no mucho. Digo, el programa docencia y servicio siempre fue algo como desprestigiado, digamos. Y creo que es por no lo conocen, porque no hay conocimiento del programa. Las personas que no lo conocen piensan que docencia y servicio es cosa de baja calidad, creo que eso fue lo que fue siempre. Se han hecho evaluaciones y los estudiantes, inclusive les gusta. Trabajan con menos tensión. Es un complemento importante.

Dar el alta básica que nosotros alta básica modificada con eliminaciones de caries, eso que el estudiante hace allí, eso mismo lo hace en un servicio si el paciente no puede pasar a otra etapa o lo hace en su consultorio particular.

Hay que tratar de manejar bien los recursos, los recursos que el paciente tenga o del medio que el paciente se atiende, volcarlo a la salud y al mantenimiento.

*Documento: D7*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

El programa es como un resumen de lo que venimos viendo a lo largo de la carrera. El programa docencia y servicio, creo que la transformación que ha hecho es que ha querido como resumir, como de alguna manera englobar lo que los chicos han venido viviendo a lo largo de la carrera.

Si bien en lo que es el plan de estudio, en un momento se habló de que podía ser el eje de lo que son las prácticas de la formación. Creo que dista mucho, pero dista mucho porque es necesario, por ejemplo equiparar los lugares de práctica, de pronto, para que realmente se puedan cumplir los objetivos claros. Porque si no en cada sede estamos cumpliendo objetivos diferentes. Entonces yo creo que puede tener un peso muy fuerte porque es el lugar de práctica por excelencia. Pero en este momento no veo que tenga el peso que puede llegar a tener.

No se ha podido, de alguna forma, buscar los sitios de práctica de tal forma que puedan ser equiparables y donde se puedan cumplir todos los objetivos juntos en un mismo lugar. Entonces, tú a los chicos, por necesidad, los tenés que dividir en lugares diferentes. Entonces hay chicos que cumplen unos objetivos, otros que cumplen otros. Entonces tú no podés tomar Docencia-Servicio como eje de práctica cuando son tan dispares los lugares de práctica. No, no creo que haya algo en particular.

Creo que solamente le dan valor al lugar de práctica aquellos que están realizando sus tareas dentro de lo que es Docencia-Servicio, y un porcentaje menor, pero creo que primero hay un gran desconocimiento. Hay un gran porcentaje de docentes que desconocen lo que se realiza en docencia y servicio. Hay un gran porcentaje que tiene una idea que es diferente a lo que nosotros estamos realizando. Tienen una concepción de lo que es Docencia-Servicio que no es la realidad. Entonces eso hace que un, no sé, 15 %, esté sabiendo lo que se hace, y en relación a saber lo que se hace, valorando o no valorando lo que es Docencia-Servicio. Uno habla con docentes de primero de facultad, y capaz no tiene ni idea, salvo que haya sido un docente joven que le haya tocado hacer alguna práctica. Mi apreciación es que no hay gran conocimiento de lo que se hace o el potencial que puede tener.

Los estudiantes, les encanta. Y les encantaría la posibilidad de modificar, de que las prácticas sean más activas. Hay como siempre un porcentaje que lo ven como un relleno en la carrera y van para cumplir el horario y terminarlo. Pero es muy poco, siempre es un porcentaje mínimo que es hasta despreciable, pero el estudiante valora la práctica. Yo creo que muchísimo. Porque llevarlos a la realidad, hacer la práctica en situación real, eso es lo que van a ver cuando salgan. También están acostumbrados a trabajar enmarcados

en una situación, entonces cuando van si no se desesperan porque no tienen los mismos materiales, ni las mismas situaciones, ni pueden hacer lo mismo, porque hay que adaptarse a la realidad del medio, del paciente, y yo creo que eso los lleva a usar el racionamiento, todos esos conocimientos que tengo a ver cómo los puedo aplicar en esa situación. Yo creo que sí, que es realmente muy interesante.

*Documento: DC1*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Docencia-Servicio sigue siendo un acoplado, en la letra es la base de la formación pero en la realidad creo que no.

Como siempre se reivindica, si vos le das peso en el plan de estudio, dale peso académico. Es como que está divorciada la academia de docencia y servicio. Además te discuten que no es académico. Una cosa... y eso todavía está mejor, calculo. Creo que mejoró, pero...

Yo creo que impacta y mucho. Por lo menos en lo que ellos sienten. No sé de qué calidad salen porque tú evalúas la clínica, pero ellos se sienten... una cosa que me llamó la atención es que todos te recalcan que de facultad salen bien formados de forma clínica.

Cuando van al taller final es superdivertido porque vienen con su propia vivencia y te dicen «pensar que yo, que me parecía un bodrio tener que hacer semestre 11», pero están como contentos.

*Documento: DC2*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Al principio, y después para involucrar a los docentes, al principio se hizo. Hubo una imagen muy negativa, costó mucho para que entrara en la cabeza de la gente, era casi un castigo, un destierro.

Sí. Te vas al Cerro a trabajar y chau. Incluso hubo que darle un pago diferencial. Se generaron muchos problemas, y constantemente se trabajó sobre el tema, «la gente tiene que ir a Docencia-Servicio».

Entonces ese programa que salió hoy recoge docentes que antes pensábamos que no los iba a recoger, te lo digo de odontología restauradora que eran los más difíciles. Hoy la Facultad no hace demasiado, los docentes van. Habría que hacer más, que habría que hacer más para que los docentes se involucraran, que habría que buscar un poquito más herramientas para difundir cuáles son las experiencias, y me parece que podríamos trabajar un poquito más. Tenemos el problema ahora de que los convenios, todo lo que es salud, cómo se sale afuera, cambió un poco el escenario, tanto del ministerio como de la Intendencia.

Yo creo que ahora en Docencia-Servicio tenemos docentes que era impen-

sable que antes estuvieran, y con muy buena respuesta. Y lo otro, los docentes que hasta eran críticos, cuando van ahí, no se sacan la camiseta ni a palos, pero tienen una camiseta más que hasta la que tienen en la propia cátedra, a mí me llama mucho la atención eso. Y por ejemplo, el policlínico del Cerro, la defensa de ese espacio, son por ejemplo odontólogos de restauradora que lo quieren mantener.

Cuando van, se enfrentan a una atención que son grupos chicos, donde se involucran mucho con los pacientes y los estudiantes, y se involucran de tal manera que van a conocer a los pacientes, entonces, ya no es demanda programada, al paciente lo siguen, lo conocen.

Fue el patito feo, y yo creo que hoy está reivindicado.

Los estudiantes lo mismo, es el destierro y después todos quieren al programa.

Porque una cosa es el voluntariado con los rasgos nuestros, pero no es lo mismo un voluntariado, etc., a esto que es un programa. Salvaste la pasantía o marchaste.

*Documento: DC3*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Para la gente que trabaja en Docencia y Servicio tiene una prioridad bárbara porque le gusta. Yo digo para los que están, docentes. El resto de los docentes yo creo que lo sigue viendo, básicamente, como un programa paralelo a la facultad. Los de las básicas no saben ni que existe el programa. Para los estudiantes, después que terminan suelen reconocer que les resultó de interés, mientras tanto, más o menos. Yo también reconozco que el programa tiene muchas falencias, entonces a veces uno acusa al resto de que se quejan porque no es de interés, pero en realidad, en muchos casos es así, ni es de interés ni aprenden lo suficiente. Tiene muchas falencias.

Yo creo que para algún grupo de docentes, que son los que están más comprometidos con la facultad y que tienen una visión más clara del deber ser de la Facultad y demás, yo creo que esa gente lo considera importante, no la masa de docentes. Yo creo que sí, que lo consideran importante, pero lo que pasa es que cuando tienen que tomar resoluciones tienen que tener apoyo en el resto de los docentes, los estudiantes y los profesionales, y ahí se complica.

Yo que pienso que impactar, impacta, como impacta el plan de estudios. No creo que sea en sí mismo la variable más importante, creo que es una variable a tener en cuenta, sería interesante ver, hacer una evaluación que nunca se ha hecho, es muy complicada.

# Anexo C

## LISTADO DE SEGMENTOS RECUPERADOS - GRUPO ESTUDIANTES

### 1. Dimensión de análisis: Perfil profesional

---

*Documento: E1*

*Código: Perfil profesional*

Eso es nuevo, y a mi entender, está bien, antes salían con esa mentalidad como muy mecánica, salir a toparse con la sociedad. Siento que me voy formada de acá adentro, que me llevo una formación, crecí acá adentro, siento eso, que profesionalmente falta la experiencia y todo lo demás, que falta mucho, pero me siento capacitada para salir al... A mí me parece como que refleja lo que pueda llegar a hacer, y me parece bueno, por ahí pienso en el antes de la pasantía y en el después de la pasantía.

*Documento: E2*

*Código: Perfil profesional*

Ahí creo que hay una diferencia, me parece. Creo que por un lado se trata de formar un odontólogo ideal, un ideal que se adapta a una situación ideal también, me parece que la facultad tiene que salir un poco de lo que es la institución y fijarse en las necesidades que realmente precisa la ciudadanía. Me parece que en eso, la facultad hace un enfoque como muy idealista, creo que lo que necesita la población es otra cosa.

Capaz la idea original sí está bien, los programas capaz que fueron propuestos con un sentido, pero me parece que entre lo que es ideal y la realidad hay un trecho ahí. Creo que el odontólogo no es una persona aislada encerrada en cuatro paredes y trabajando en la boca.

*Documento: E3*

*Código: Perfil profesional*

Se apunta a un odontólogo general, que conozca o tenga los conocimien-

tos, las herramientas para establecerse en un futuro, con un consultorio, lo que apunta la carrera es a un odontólogo general.

*Documento: E4*

*Código: Perfil profesional*

Perfil en prevención, que está bien, porque es a lo que se apunta, pero como que en realidad es muy fácil aprender la parte de prevención y con que te lo digan un par de veces ya lo aprendiste. Está bien que te sigan diciendo en todas las materias, como que hay prevención en todas las materias y en todas las áreas. Me parece que si sos responsable y prestás atención a lo que te están diciendo, y a todo lo que te da la facultad, entendés el perfil que quieren, entendés. Ta, me parece que va en la persona, hay gente que sale de la facultad y no aplica nada de la prevención, no aplica nada de bioseguridad porque no le parece importante o porque le embola, o yo qué sé, pero ta, la facultad te lo enseña.

Hablando con odontólogos de muchos años nunca le dicen el estado bucal, o no se sientan a charlar con el paciente, como que a nosotros nos choca y nos parece «pah, ¿por qué no hizo esto?», y no es que es un bestia, es que está acostumbrado a trabajar así y nosotros venimos con otra cabeza. Ahí te das cuenta de que sí, que se esforzaron tanto en lograr esto, que está buenísimo, la verdad es una forma de pensar muy linda, muy preventiva, que está bueno, pero ta, es lo que acabo de decir. Me parece que mientras no se solucione toda la patología que tiene la población no se puede enseñar todo prevención y nada de lo otro, no solo prevención pero casi todo prevención.

Las cosas que más te vienen al consultorio y que hay que hacer de resolución rápida las sabemos manejar. Yo qué sé, las urgencias uno las sabe manejar, las caries, todas esas cosas nos enseñaron bastante y las sabemos manejar, me parece que está bien porque yo me siento bastante segura, no me siento tipo se me sienta el paciente adelante y no sé qué hacer con este individuo. Me siento segura para diagnosticar al paciente y atenderlo, eso sí, entonces la educación está bien, porque si no yo no me sentiría capacitada, aparte yo soy bastante responsable y no me gusta, cuando hay algo que no sé hacer no me meto.

*Documento: E5*

*Código: Perfil profesional*

Me parece que sí, que hay coherencia, está enfocado más a la prevención. En el Maciel la prevención es prácticamente nula, y ahí uno se da cuenta de las diferencias de las formaciones que tenemos nosotros con respecto al odontólogo más viejo. Hay mucha especialización también, ¿no? Están saliendo especializaciones, ahora salió endodoncia, creo que salió ortodoncia y pros-

todoncia no sé si no estaba. Está especializándose, están sacando cosas, me parece, de la carrera de pregrado, o por lo menos se están enfocando menos algunas cosas, y por ahí se le está dando más importancia a la especialización.

Más bien en la práctica me parece que nos faltan cosas, que supongo que las iremos adquiriendo de a poco. Me siento seguro para muchas cosas, para otras no tanto, por eso me parece que es bueno seguir o reafirmar, bah, depende de cada uno de que sea...

*Documento: E6*

*Código: Perfil profesional*

Yo creo que está bien el tema del perfil generalista, ¿no?, ahí estoy de acuerdo. Particularmente yo soy más de derivar, bueno, si hay otra persona que lo puede hacer mejor, mejor. Creo haberme formado de esa manera por lo menos. Siempre que haya alguien que lo pueda hacer mejor que yo, derivar me parece la solución. Creo que el generalista; o sea el que apunta a un diagnóstico, a la prevención de las enfermedades prevalentes y... como describirlo, ¿no?... Yo creo que sí, que más que nada es generalista, que se apunta al diagnóstico y a la prevención, ¿no?, a tratar de preservar las piezas, llegar como última opción a la pérdida de la pieza dentaria. O sea, más que nada un perfil preventivo, no como el anterior que era más radical.

Tiene algunas carencias, pero creo que estoy formada, si tuviera que mañana recibida presentarme a un concurso, yo me presento. O sea que me considero formada. Obviamente que no voy a hacer un tratamiento de ortodoncia, pero tampoco es a lo que se apunta en facultad. Lógicamente hay determinados niveles de atención que se necesita más estudio, más preparación. De repente en que tendríamos que hacer más cosas, tener más experiencia.

*Documento: E7*

*Código: Perfil profesional*

Una de las cosas del perfil fue que agregaron actividades extramurales trabajando más con la comunidad, aplicando los conocimientos que nosotros recibimos en la facultad y de esa manera brindarle un aporte a la comunidad desde nuestro punto de vista.

Cambiar la cabeza del odontólogo, de no ir tanto a lo asistencial y trabajar más el tema de la prevención. Un odontólogo más integral, o sea un odontólogo que se integre más a las problemáticas de la comunidad, me parece que va por ese lado...

Creo que sí, que hay coherencia, creo que es eso lo que recibimos a lo largo de toda la formación y tratamos de aplicarlo de esa manera.

La formación de facultad es muy buena, se exige mucho. Es muy exigente la carrera, al estudiante se le exige mucho cada año, tanto con exámenes

como en las clínicas mismo. Sí es muy exigente pero lo evaluó como positivo, la formación es buena. También al salir afuera me di cuenta que es buena, lo que se aprende con el paciente, con la experiencia, el conocimiento que se adquiere es bueno.

## 2. Dimensión de análisis: Integralidad

---

*Documento: E1*

*Código: Integralidad*

El hospital es interdisciplinario, con los médicos, por ejemplo. Te llega la historia completa del paciente que está internado, del ambulatorio también tenés la historia integral, digamos, en toda la atención integral del paciente. Me parece como que cuesta un poco, no sé. Se logra ver al final, me pasó que el último examen de quirúrgica, empezás a ir para atrás y decís «tenían razón que yo iba a necesitar esto y esto», y está bueno eso, está muy bueno. Capaz que todavía hay que seguir mechando a lo largo de la carrera, para que no se te olvide que en primer año tuviste esto porque en quinto ibas a hacer esto, porque me pasó ahora de tener que ir a los libros de primer año.

*Documento: E2*

*Código: Integralidad*

En el hospital sí en cierto modo se da la interdisciplina, porque en el hospital sí había muchos pacientes que eran derivados del médico para interconsulta o porque se iban a operar, pero en los demás sitios la interdisciplina o la multidisciplina yo no la vi, solo la vi en la parte de hospital y de medicina.

Algo que cambiaría del plan de estudio es que en los primeros años hay mucha información teórica, que está bien, pero la práctica me parece que tiene que ser más extensa, haría más práctica.

*Documento: E3*

*Código: Integralidad*

Lo que se enseña teóricamente se aplica en las clínicas, es verdad. La clínica a mí me cambió. Atender al paciente y, bueno, tuve buenos profesores, buenos docentes que me recalcaron que yo estaba frente a un paciente, que tenía una persona a cargo. Eso fue la marca, creo que dije «no puedo venir a la clínica sin saber lo que voy a hacer». El docente te lo dice una vez, dos veces, pero tampoco va a estar como un padre arriba tuyo, pero después pasa por uno que se dé cuenta de lo que está haciendo, que no puede hacer macanas o, por más que seamos estudiantes y estemos para aprender, hay cosas mínimas que hay que saber.

*Documento: E4*

*Código: Integralidad*

Antes la teoría era con materias separadas y después como que se fusionaron e hicieron las UDA. Lo de las UDA me gustó, porque hacer por temas me parece que retenés más o asociás más que por materia, porque por materia es como muy abstracto, así ves el todo. La clínica está integrada pero más o menos, y tampoco me parece que si salvaste operatoria y perdiste endodoncia tengas que hacer operatoria de vuelta, es como que no, son dos materias separadas.

La interdisciplina en el Clínicas capaz, en el Maciel tenía más contacto con las historias clínicas y con lo médico y un par de veces fui a ver cómo era el funcionamiento y está bueno. Más que nada en el Clínicas me parece que hay más relación con los médicos.

Me gusta el perfil que te dan, está bueno, el de mirar al paciente entero, a mí por lo menos me quedó, de ver la salud de la persona, de ver cómo impacta todo en la persona y no ir directo al diente ese. Está bueno porque ves más las cosas, no se escapan tanto las cosas.

*Documento: E5*

*Código: Integralidad*

Sí, hay equilibrio entre teoría y práctica. Que después uno por ahí no lo haga, acá adentro hay un equilibrio, por ahí afuera no se hace a veces. Claro, acá se enseña lo ideal, en teoría y se hace lo ideal, por ahí afuera en la práctica a veces se pasan algunas cosas, me parece.

*Documento: E6*

*Código: Integralidad*

En el policlínico hay odontólogos, médico general; partera, pediatra, nutricionista, psicóloga. Hay un espacio adolescente también donde se integran todas las disciplinas. Es bastante integrado. En cuanto a la prevención, seguro que sí. Y bueno con respecto a la gestión de los recursos necesarios también... sí, encuentro más acuerdos que desacuerdos. Más que nada lo ves en las pasantías, o sea, en el boca a boca, en el docente que te dice «esto tiene que ser así pero, bueno, en determinada situación capaz que se hace de otra manera». Igual creo que está bueno saber cómo tienen que ser las cosas, cómo es lo correcto, para después, bueno, si te tenés que desviar de la línea saber que lo estás haciendo por determinado motivo. Pero yo creo que sí, que esto se aprende con el docente en las pasantías, metiendo mano, como quien dice. Te lo enseñan, y creo que a todos nos queda claro eso, pero al momento de cursarlo o hacerlo hay algunas disciplinas más integrales que otras. Creo que afuera, por lo menos en la experiencia del semestre 11, sí hay esa com-

binación, pero durante el curso no tengo esa idea. Pero ahora sí; capaz que también es porque yo estoy dentro de un policlínico que es bien integral, ¿no? Que la psicóloga de repente manda alguien para el dentista, bueno, y ni que hablar el pediatra o la partera. Por más que se supone que en facultad son clínicas integradas y que se tocan todos los puntos; capaz que falta hacerlo realmente integral pero igual creo que ahí la visión nos la dan, creo que la idea la tenemos, la teoría está.

Y también, en los primeros años integrar un poco más toda esa masa teórica con la parte práctica, como para que no se haga tan pesado hasta tercero no ver nada. Bueno, en realidad hay una Clínica Integrada en segundo que se podría aprovechar un poco más, porque cuando yo la hice era más que nada armar el sillón y... muy básica.

*Documento: E7*

*Código: Integralidad*

Creo que cuando salís a la realidad a veces es diferente. Afuera lo vi, en Maldonado por ejemplo coordinábamos tratamientos con la facultad y tenía su resultado. En facultad también, a veces era complicado pero se lograba cierta interdisciplinariedad; entre las cátedras por ejemplo. Acá costaba un poco más, afuera se cumplía mejor, me parece.

### 3. Dimensión de análisis: Práctica contextualizada

---

*Documento: E1*

*Código: Práctica contextualizada*

Cuando llegué al servicio de urgencia, cuando hice el semestre 10, me choqué con ciertas cosas que mientras estaba cursando como que no las veía, no sé, era distinto, es como que ves otra realidad. Creo que la formación que tenemos es muy teórica, aplicarla entonces después a la realidad de nuestra sociedad es otra. Creo que con el tema de las pasantías, como que pude ver la realidad, o sea el trabajo, lo que te va a llevar a la práctica diaria, lo que vas a hacer diariamente. Después depende de en qué contexto lo hagas, o en qué nivel, eso varía mucho. Pero, como que sí, como que recién ahí pude ver la realidad, vi una realidad distinta, como que me venía formando de una manera y ahí entra en juego todo lo social, me parece. Dependiendo dónde te toque, qué haces y cómo lo hacés, viendo la realidad, hay veces que tenés que arreglarlo con lo que tenés, con lo que podés, tenés que usar las herramientas que tenés: el Hospital Pereira Rossell me parece fantástico, el Hospital de Clínicas en particular me gusta mucho lo que veo ahí, siento que lo que veo ahí no lo

vería en otros lugares, el Maciel y de INAU, que yo no fui, y en cierta forma te queda eso de que me hubiese gustado.

Agarré un poco más de dinamismo, más confianza, esas cosas que no te hacen salir a toparte con algo y ¿ahora cómo hago?, que evidentemente va a pasar, le debe pasar a todo el mundo, pero te da un poco más de seguridad.

*Documento: E2*

*Código: Práctica contextualizada*

Me parece que en ese sentido está fallando. Un simple ejemplo, hacés planes de tratamiento integral e ideales, cuando a veces las necesidades básicas no son cubiertas, entonces esos planes de tratamiento no son muy aplicables por ejemplo en sectores como a mí me tocó en la pasantía del semestre 10, en el Cerro o en segundo, tercer año, no recuerdo ahora, ir al barrio La Paloma. Entonces se aplicaban soluciones a esas necesidades pero que no satisfacían las necesidades de los usuarios, me parece que en ese sentido hay una carencia. Es muy difícil de hacer eso (relación teoría y práctica). Es muy difícil decir una cosa y hacer lo mismo que se dice, y lo he constatado que acá enseñan una metodología y afuera te chocás con otra realidad y tienes que aplicar cosas distintas con lo que tienes a la mano y tratar de amoldarlo y darle una solución al usuario. En ese sentido, me parece, y siempre yo lo discuto con mis compañeros, está bien que enseñen lo ideal, pero no tan estricto, no tan «así se hacen las cosas, y así y así», porque estaría buenísimo que te lo enseñen así y que en el servicio que vayas a trabajar o en cualquier lado hubiera los implementos para aplicar la metodología que te enseñaron, pero si no hay, todo lo que te enseñaron quedó en la nada, porque vos tenés que manejarte con lo poco que hay, entonces, ¿cuándo ponés en práctica lo que te enseñaron? Por eso, entre lo que se dice y lo que se hace hay mucha diferencia. Lo elegí así, porque a mí no me gustaría encasillarme solo en un servicio, está bueno ver otras realidades.

*Documento: E3*

*Código: Práctica contextualizada*

Puedo comparar todos los lados y todos son distintos, ya que la experiencia no era la misma en todos los lados y las prestaciones que uno realizaba tampoco eran las mismas. Por ejemplo, acá faltaban los pacientes, en cambio en los otros centros tenían la cita hoy viernes a las 12 y el viernes a las 12 la persona estaba. Esas son las diferencias que vi yo.

*Documento: E4*

*Código: Práctica contextualizada*

Las pasantías me encantaron, me encantaron. Y me encantaban las clíni-

cas, pero no tenía muy buena suerte con los pacientes. En un momento pensé que capaz que era problema mío, fui al psicólogo y todo, a ver si yo era que le daba miedo al paciente o que yo le infundía yo qué sé, y me dijo que no y me agarró un poco más de confianza. Yo qué sé, ese tipo de cosas como me daban impotencia, yo que sé, entonces era un estrés diferente, desconocido. Porque, claro, yo estaba acostumbrada a eso que te digo, a que tengo un obstáculo y me preparo para sobrepasarlo, y acá no sabía cómo hacerlo porque no dependía de mí, dependía del paciente, ese tema.

*Documento: E5*

*Código: Práctica contextualizada*

Y porque es bueno salir de acá, de las clínicas de facultad, porque uno ve otra odontología y, digamos, más real, por decir algo, más como se trabaja en un policlínico, porque de última nosotros cuando egresemos, alguno va a terminar trabajando en algún lugar de esos, y tener una idea es bueno. Creo que a todos nos gusta eso, el 11 semestre.

*Documento: E6*

*Código: Práctica contextualizada*

A mí me parece importante todo lo de afuera de facultad, ir a las escuelas, el policlínico, tomar las experiencias que te pueda aportar. Es donde justamente creo que vuelco todo el contenido que he estado aprendiendo y puedo hacer determinada prestación contando con el docente si no lo podés resolver. ¡Por suerte tenés al docente! Mañana vas a estar solo y, bueno, te permite poner en práctica todo lo teórico que aprendimos. Eso en semestre 11, después está todo lo de las escuelas que te ayuda a ver otras cosas también. Yo venía a facultad los primeros años creyendo que iba a ser un salón y nada más; después me di cuenta de un montón de cosas que te abren la cabeza. Creo que todas las prácticas que tenemos al final se deberían hacer durante la carrera, porque es abismal la diferencia de cuando empezás las pasantías; es como que aprendés un montón de cosas, que decís «¿por qué no lo vimos antes?».

*Documento: E7*

*Código: Práctica contextualizada*

Creo que acá en la facultad intentamos hacer tratamientos específicos que cuando salís afuera, al policlínico, ves otra realidad. Ves al paciente desde otro punto de vista. Yo pienso que está bien el plan de estudios; pienso que las sociedades van cambiando y el plan de estudios se tendrá que ir adaptando a los cambios de la sociedad.

#### 4. Dimensión de análisis: Jerarquización del paciente

---

*Documento: E1*

*Código: Jerarquización del paciente*

Tiene que ver con el momento de la carrera, me parece como que en tercer año te inculcaban mucho eso, «el paciente, el paciente, el paciente es lo primero», y después como que se va un poco, no digo restándole importancia, pero como que se va perdiendo un poquito.

No tengo idea por qué, no sé si es el estudiante como que empieza a priorizar más el finalizar, finalizar, finalizar, y deja como un poco de lado, no sé, puede ser por ese lado.

Un mejor manejo en el tema de información al paciente, por ejemplo, que desde el inicio, desde que el paciente entra acá, hay que cobrarle, cómo se le cobra, de qué, por ejemplo, a mí me pasó de tener que hacerme cargo de pagos del paciente porque el paciente no lo podía pagar y si yo no pagaba perdía el curso, entonces me hacía cargo yo. Entonces como que esas cosas te estresan mucho, que te lleva una carga extra. Me parece sería bueno que el paciente entrara sabiendo que llega a este mostrador y alguien viendo, elaborando un plan de tratamiento para ese paciente, las prestaciones que se van a realizar, y bueno, tiene que cubrir esto y esto.

*Documento: E2*

*Código: Jerarquización del paciente*

En la Clínica Integrada más que nada en la 1, sí se hacía, se tomaba el tiempo de conocer al paciente, su situación, su ambiente; no solo la resina o el cepillado, su ambiente, conocerlo, dónde vive, las necesidades que tiene, su trabajo, todo eso sí; que involucraba todo lo que estaba fuera de la clínica. Pero por ejemplo, en cuarto no, yo no lo sentí así. En cuarto, creo que es un año que es muy intensivo y ahí sí se prioriza más al estudiante que al paciente, me parece que en los tratamientos, en la integrada te hacen decir, precisás un cuadro de trabajo, una incrustación, una resina, y se aleja un poco de lo que necesita el paciente. En odontopediatría sí es distinto, por eso dije lo que me pasó en la integrada más que nada, operatoria, endodoncia, pero en odontopediatría es distinto, nos exigen conocer más el ámbito del paciente, influye más, es totalmente diferente tratar a un niño que a un adulto. En niños sí me pasó distinto, de conocer más el ámbito, pero en lo demás, en adultos, no.

*Documento: E3*

*Código: Jerarquización del paciente*

Creo que sí, lo vi más en la pasantía ahora en el semestre 11 cuando estuve en Registro que se está apuntando bien a individualizar el paciente y ver qué

tipo de prestación hay que realizarle al paciente. Entonces la buena o correcta derivación a la clínica correspondiente es básico, fundamental, y después que en esa clínica se le pueda resolver el problema concreto al paciente, creo que sí, que se da.

Creo que sí, sin descuidar los otros aspectos, el cuadro de trabajo es fundamental, la plata, que venga, que cumpla.

*Documento: E4*

*Código: Jerarquización del paciente*

Sé que es recomplicado porque eso de agarrar un paciente y hacerle lo que tiene para hacer el paciente, está bárbaro para el paciente pero si no tiene las cosas que vos precisás aprender, capaz que salís de la facultad y no las aprendiste. Yo sé que es redifícil, pero me parece que habría que ponerle mucha cabeza y realmente, porque me parece que no, no es que no se está resolviendo, es que nadie le pone cabeza para tratar de resolverlo.

Sí en las pasantías sí puede ser.

*Documento: E5*

*Código: Jerarquización del paciente*

Sí, generalmente sí, aunque uno a veces hace los tratamientos y los termina llevando como pacientes después para terminar un tratamiento que se le hizo acá o se le comenzó acá, que quedó por la mitad, eso se ve más en cuarto. Hay mucha presión de los profesores, de los docentes, porque uno acá, el estudiante de odontología depende de todos, depende del docente, depende del paciente, de los funcionarios.

En realidad, creo que en todas las clínicas, muchas veces se buscan algunos trabajos que hay que hacer, porque no es que por ahí no pases el curso, pero te presionan con esos temas; bueno, en quirúrgica también. En algunos servicios sí. En AFFUR me parece que sí, aunque faltan recursos de todo tipo, pero en otros no tanto. O por el tema de la formación de los odontólogos que están ahí a cargo. Porque muchas veces están los recursos, está el tiempo, pero por alguna razón el odontólogo no hace los tratamientos.

*Documento: E6*

*Código: Jerarquización del paciente*

Yo creo que sí. Y me ha pasado además de necesitar determinada cosa o prestación para salvar el curso y de repente no tenerlo y no se le va a hacer el paciente algo que no necesita, lógicamente. Quizás lo que pase con respecto al paciente es que a veces, no sé si por incumplimiento del paciente o por fallas dentro de la facultad, quedan determinadas prestaciones sin resolver, no se le llega a dar una atención integral. Pero ahí creo que es todo un tema, ¿no? No sé si es por falta de control en facultad o en el registro, que la gente queda

ahí y no se la llama más, o que no hubo un hincapié de parte del estudiante de seguir con los controles de mantenimiento, o sea, no dejarlo suelto y decir «terminé el curso y listo». Eso por el lado del paciente. Y por el lado nuestro, bueno, nos cuesta eso, ¿no?, decir «tengo que hacer una prótesis fija, pero además necesita esta otra cosa como para dejarlo en óptimas condiciones y darle una atención integral».

*Documento: E7*

*Código: Jerarquización del paciente*

Sí, yo pienso que sí, se intenta darle todos los tratamientos posibles y darle la mejor solución a su problema. Acá en facultad por lo menos creo que sí. Afuera no tanto, me parece, mismo a veces por las prestaciones que presta el servicio, ¿no? Por ejemplo a veces un tratamiento de conducto se hacía la excepción y se hacía porque era un incisivo central, pero no era la norma.

Acá se trataba de derivarlo, atenderlo hasta donde lo permitía tu clínica y si necesitaba algo más derivarlo a otra clínica que necesitara un paciente con ese problema. Afuera no tanto, las limitaciones estarían dadas por un tema de servicio, por uno no, yo lo haría pero el tema es que había ciertas prestaciones que ASSE no las cubriría.

## 5. Dimensión de análisis: Resolución de los problemas reales

---

*Documento: E2*

*Código: Problemas reales*

En cuarto, creo que es un año que es muy intensivo y ahí sí se prioriza más al estudiante que al paciente, me parece que en los tratamientos, en la integrada te hacen decir «precisás un cuadro de trabajo, una incrustación, una resina», y se aleja un poco de lo que necesita el paciente. Capaz que el paciente precisaba otra cosa, pero yo tallo el diente único sin ver lo otro, de manera de obtener mi incrustación y ya está, el curso salvado.

*Documento: E4*

*Código: Problemas reales*

Todos los profesores el primer día de clase, ya estabas podrido de que te dijeran «no hay cuadro de trabajo, es hacer lo que precisa el paciente», y después andabas como loco buscando la jacket, que la precisabas, era como «ta, no me mientas más».

En la clínica eso de que «tengo que hacer la vital, tengo que hacer tal cosa» es horrible para uno y horrible para el paciente porque lo vas fijando y «ah, no tenés una vital, no te atiendo», en niños no tanto, en niños no.

Se descubrió que la enfermedad era por ciertas cosas y ahora se trata de ir a la etiología, que está bárbaro.

Nos falta un poco de práctica para poder unir todo y yo qué sé, atender los problemas que tiene la población, porque aparte la gente se deja estar muchísimo, te dicen «no, sí, hace 20 años que no voy al odontólogo», y te abre la boca y es un millón de cosas para hacer y complicadísimo, y lo solucionas pero es cómo uno mismo se maneja para tratar de solucionarlo, pero no es algo que te hayan enseñado acá a hacerlo, prácticamente digo.

*Documento: E5*

*Código: Problemas reales*

Acá en la facultad creo que no, porque el tema de la Clínica Integrada tiene muy poco de integrada, y uno busca siempre los trabajos porque en realidad es lo que a uno le exigen, y ta, todos queremos salvar los cursos. Y en algunos lados sí, y en otros no, no tanto. Por ejemplo, yo en Salud Pública he trabajado en el Pereira Rossell, que se trabaja muy bien, me parece, y en el Maciel, que es muy básico. Depende, y en la consulta privada no sé, no tengo información de cómo se trabaja.

*Documento: E6*

*Código: Problemas reales*

Sí, yo creo que sí. Tanto adentro como afuera, o sea, lo que yo he aprendido es lo que tomo como modelo para la asistencia... Sí, yo creo que sí, que son situaciones reales. Sí, lógicamente podés encontrarte con cosas de más complejidad que lógicamente... pero no es lo más común, me parece.

Igual creo que eso, acá en facultad por lo menos, es donde más se pone hincapié en esas cosas, en derivar, vamos a resolverlo, yo creo que sí.

*Documento: E7*

*Código: Problemas reales*

Sí, pienso que sí, o sea, cuando salís afuera ves otra realidad diferente, por lo general es porque son policlínicos donde la gente que accede es de muy bajos recursos, entonces a veces veíamos patologías que acá en facultad no las veíamos. Acá en facultad era otro público el que venía y la realidad de afuera es diferente. O sea, nos sirve igual lo que aprendemos en facultad para aplicarlo ahí.

## 6. Dimensión de análisis: Programa Docencia-Servicio

---

*Documento: E1*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Siempre se precisa más, pero no sé si está bien apoyado por facultad. En AFFUR hay veces que no hay docentes a quien consultar, y eso como que disminuye un poco, ata al estudiante. Yo digo «bueno, hasta acá llegué, no tengo a quién consultar y prefiero esperar». Entonces eso es como una cadena. Yo llegué a ver en tercer, cuando estaba en la Escuela del Cerro, bocas sanas, que venían con el programa ya en marcha. A mí me parece que sí, que funciona, que, bueno, con las limitaciones que de vuelta vuelvo a decir, y todo lo que pueda ser, pero sí, me parece que da resultado.

*Documento: E2*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Hay un grupo de estudiantes que reconoce que es importante. Personalmente me ayudó a ganar experiencia, con la poca experiencia que salimos de acá, me parece que sí, enfrentarme a trabajar solo, a trabajar independiente, me parece que en ese sentido Docencia-Servicio cumple con los fines que fueron planteados. Y por otro lado, he hablado con personas que te dicen que es una materia más, que hay que cursar, hay que terminar para llegar a algo. Es un obstáculo más a saltar para llegar a la meta.

Los docentes en Docencia-Servicio en general lo valoran y los profesionales también. Está muy alejado lo que es el odontólogo que trabaja en un servicio, con la Facultad. Me parece que no hay un relacionamiento, hay una carencia de comunicación ahí. Por ejemplo, yo iba a un servicio en el que ellos no sabían lo que ocurría en facultad, ciertos odontólogos me decían «ustedes vienen, los pasantes vienen y trabajan, pero no sé cómo es la metodología, no sé qué función cumple Docencia-Servicio, hasta cuándo están ustedes». Como que había falta de comunicación e información, que si ellos no la sabían, nosotros tampoco, entonces estábamos medio perdidos. Me parece que hay una falta de comunicación en algunos servicios con respecto a la facultad y a las autoridades que están a cargo del Programa Docencia-Servicio. Me hace ver, como decía hoy, otra realidad, pensar que lo que se hace acá no siempre es aplicable afuera. No sé, mejorar capaz mi prestación de servicio, mejorar el trato con los pacientes, manejar el tiempo, todo eso creo que me ha ayudado. Igual veo que en tres meses que cursas específicamente semestre 11 creo que le aumentaría más bien la última parte, semestre 10 y 11, me parece que está bueno eso, de tener más contacto con el paciente, y más que nada a mí me pasó ahora en el semestre 11 de que en ciertos servicios me gustaría seguir un poco más para

agarrar un poco más ese fogueo, ese trato, esa calidad. El primer día que trabajé, demoré y yo veía a los otros que andaban, y claro, tenían años y después empecé a entrar en el training y al final creo que algo pude enganchar, igual ellos tienen 20 años de experiencia y yo recién salgo, pero...

*Documento: E3*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Lo veo muy bien, es útil, fundamental. Me doy cuenta en los servicios, y en el semestre 11 que ayuda, la verdad que ayuda, pero lo que noto es que hay mucha carga teórica, repetida y poca práctica. Por supuesto que la teoría sirve y es la base, pero hay que acompañarlo de la práctica. La preparación es buena, es muy buena. Hay muchos odontólogos que trabajan en servicios colectivizados, puedo comparar todos los lados y todos son distintos, la experiencia no es la misma en todos los lados y las prestaciones que uno realiza tampoco son las mismas. Hay lugares que capaz que no tendrían que estar o hay otros que tendrían que mejorar. Lo veo muy bien. Es útil, fundamental. Los pacientes en los servicios tenían la cita hoy viernes a las 12, el viernes a las 12 la persona estaba. Acá faltaban. Esas son las diferencias que vi yo.

Al ser curricular, tenés que hacerlo porque es obligatorio, pero tenía compañeros que estaban muy motivados, que les gustaba ir, a veces los que iban a un lado solo como que se habituaban más, el que tenía que ir por todo Montevideo a veces se le hacía cuesta arriba. Son 20 horas por semana más, el que trabaja y está preparando los últimos exámenes a veces se le hace más complicado, pero se puede, se lleva. Es importante, está muy bueno y siempre hay aspectos a mejorar, pero sí, sirve agarrar velocidad en la práctica. Yo ahora como que me siento con más capacidad de atender a un paciente, más rápido, concreto, o me mentalizo lo que tengo que hacer, o me programo y voy como al grano más rápido.

*Documento: E4*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Me parece que a la gente le gusta. Un primer contacto, que está bueno, como para ver policlínicos. Me tocó ir a un policlínico y además de enseñarles cepillado y todas esas cosas a los niños que iban al policlínico, podía ayudar y asistir y ver otras cosas, que está bueno eso, y otros compañeros me dijeron que no, que ellos hacían cosas en cartulina, enseñaban y nada.

En la parte de policlínico estaba bueno porque podías hacer las cosas como mejor. Semestre 11 me gustó mucho, mucho, y por lo menos a mis amigos les gusta, cuando salen, salen recontentos. Aparte al servicio le sirve, los estás ayudando. De repente están muy cargados de pacientes y me pasaban pacientes de ellos o yo qué sé, yo chocha porque tenía más para practicar pero...

*Documento: E5*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Para la facultad. ¿Qué prioridad le están dando? Me parece que no mucha, por lo menos teniendo en cuenta todos los problemas que hemos tenido con las pasantías. En realidad creo que todos los cursos los hacemos porque tenemos que hacerlos, ¿no? Claro, algunos nos gustan más que otros. Antes de empezar la pasantía no sabemos, después cuando la terminamos decimos «me gustó, no me gustó», pero en realidad todo lo hacemos porque tenemos que hacerlo. Por ahí a alguno le gusta más un curso que otro, algunos les gusta más pediatría y después se va especializando, se va enfocando. Debería estar un poco más organizado, van medio de la mano, un poco más de prioridad se organiza mejor.

*Documento: E6*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Creo que la importancia es alta pero no sé si lo valoran. Capaz que pasa por la conciencia de cada uno. Yo lo que pasa es que tengo una forma de ver, no sé si atípica, pero valoro mucho la experiencia que me da facultad o lo que me pueda aportar un docente. Me pasa en el policlínico a veces alguna patología que no tenés ni idea y lo derivo para acá, para facultad, y acá en facultad, decís «bueno, soy estudiante, aprovecho al docente». Es mi forma de verlo; pero en cuanto al programa... no sé. No sé si el Programa Docencia-Servicio tiene mucha prioridad. Creo que la prioridad la vemos más que nada ahora finalizando la carrera; en el resto de la carrera no sé si la vemos tanto.

*Documento: E7*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Para mí puntualmente fue la parte de la carrera que me gustó más, yo traté de dar todos los exámenes primero y dedicarme al semestre II con ganas y la verdad lo disfruté pila. Aprendí un montón de cosas, me relacioné bárbaro con los docentes, trabajé con responsabilidad. Para mí fue fundamental. Había compañeros que lo hacían como corriendo una carrera, tratando de sacárselo de arriba porque era un clavo, yo qué sé. Yo me lo tomé con otra cabeza, tratando de disfrutarlo, aprender y valorar lo que me daban. Me sirvió, agarré mucha experiencia.

Creo que la institución tendría que darle un poco más de prioridad. Había muchas carencias, cosas que no se hacían muy bien. Por ejemplo, en lo que es infraestructura tendría que mejorar mucho, materiales también, había carencia de materiales y creo que si esas cosas se mejoraran sería todo mejor. Con respecto a los docentes, creo que no le dan mucha importancia. Algunos le dan pero la mayoría creo que no. Y con respecto a los profesionales tuve de

las dos cosas; profesionales que realmente se preocuparon y otros que no; en Piriápolis sí hubo atención y seguimiento. Piriápolis, ¡maravilloso! Íbamos a escuelas, atendíamos a todo público, yo lo disfruté pila. Aparte vivo ahí en Piriápolis y hasta tuve un reconocimiento de la gente que no me conocía.

Pienso que impacta positivamente, nos sirve para conocer la realidad de afuera. En facultad porque vemos como tratamientos específicos pero afuera conocés otras realidades y es positivo. Estaría bueno que se siga haciendo y mejorando año a año.



# Anexo D

## LISTADO DE SEGMENTOS RECUPERADOS - GRUPO PROFESIONALES

### 1. Dimensión de análisis: Perfil profesional (coherencia con formación)

---

*Documento: P1*

*Código: Perfil profesional*

Se está formando un odontólogo bastante integral. Actualmente es un odontólogo generalista, creo que está saliendo con bastantes carencias y que luego va a tener que profundizar con un posgrado en algún lado.

*Documento: P2*

*Código: Perfil profesional*

Coherencia puede ser que haya, pero no está saliendo un odontólogo general que pueda cubrir las necesidades que cualquier paciente pueda necesitar. No las puede cubrir, se siente inseguro.

*Documento: P3*

*Código: Perfil profesional*

Creo que el estudiante, gracias a esta apertura extramural que tiene, puede alcanzar una formación más integral.

*Documento: P4*

*Código: Perfil profesional*

Es mucho más adecuada a la realidad socioeconómica. Creo que la formación es adecuada, manejan técnicas adecuadas a las necesidades de los servicios, o sea que no hay que estar haciéndoles muchas indicaciones. Reitero, viene con una formación adecuada a lo que acá necesitamos. Sí, sí, yo lo veo. La prevención y promoción lo tienen internalizado sí.

*Documento: P5*

*Código: Perfil profesional*

Un odontólogo general, pero muy general. Me parece que están saliendo muy básicos, esa es la sensación que tengo y lo que he podido ver acá.

Sí, creo que sí hay coherencia. Es generalista. Se trabaja mucho el tema de la promoción de salud.

*Documento: P6*

*Código: Perfil profesional*

En cuanto a lo preventivo no hacen nada, no les gusta la parte preventiva. Lo hacen muy bien las higienistas pero los odontólogos no.

*Documento: P7*

*Código: Perfil profesional*

Formados desde el punto de vista de «arréglese con lo que tienen», no utilizan o no esperan tener todas las herramientas actuales que hoy brinda la tecnología como para aplicarlas al paciente. Es muy básica la formación que se está dando hoy por hoy. Generalista sí, pero salen con un poquito de todo, pero poquito, poquito.

Veo que está muy focalizado a la cavidad oral, no ven al paciente como un conjunto, un todo social, biológico, que tiene patologías. Y en cuanto a prevención no hacen nada. Son pocos los colegas que se preocupan por la prevención, incluso los del servicio no lo trabajan.

*Documento: P8*

*Código: Perfil profesional*

Actualmente está saliendo un odontólogo como más social, con una formación más enfocada a lo social que la que tuvimos nosotros. Tal vez tengan un poco menos de la parte más académica en relación a la que teníamos nosotros. Creo que está más enfocado a lo social. Veo algunas inseguridades en la parte estrictamente técnica, falta de práctica. Los veo muy seguros desde el punto de vista de los programas sociales que estamos manejando a nivel de todo el país. Se adaptan fácilmente al llenado de informes, al contacto con gente, a la parte más social. Ahí los veo sin ninguna duda de nada. Además también los vínculos con el resto del equipo, si tienen que intercambiar con médicos, sin problemas, muy seguros.

Quizás nosotros teníamos una formación más específica de operatoria, pero nos faltaba todo esto otro. Entonces lo veo que a esta altura no es una carencia, porque lo otro se puede adquirir con las especializaciones; porque no todo el mundo se dedica a todo, como nosotros que hacíamos desde laboratorio hasta todo, entonces si alguno quiere profundizar en algún aspecto lo puede hacer en los años siguientes, pero es muy importante la parte social.

*Documento: P9*

*Código: Perfil profesional*

Yo pienso que desde el punto de vista social muy bien, o sea, cuando yo estudié de la parte social no se daba nada. Pero creo que se fueron para el otro lado. Yo pretendo algo que sea parejo. Desde el punto de vista académico está dejando bastante que desear la formación. Nosotros salíamos con mayor seguridad desde el punto de vista académico que lo que salen ahora.

Sí, pienso que es coherente con el perfil. Se preocupan por la prevención, la promoción; están mucho más preparados de lo que salíamos nosotros en ese tema, yo aprendí prevención y promoción de salud bucal a los golpes porque en aquella época no existía; y aprendo de ellos también.

## 2. Dimensión de análisis: Integralidad (paciente como persona, interdisciplina, equilibrio teoría-práctica)

---

*Documento: P1*

*Código: Integralidad*

Me parece que en los primeros años es mucha teoría. En el policlínico sí, pero dentro de facultad no mucho. En realidad durante la carrera tenés mucho apoyo docente y se buscan soluciones y también es una forma de aprender. De todas maneras me parece que tienen poca práctica.

Es una carrera que pasás tan mal, que te estresás y empezás a dudar de la carrera. Y recién ahora me gusta realmente lo que hago y me siento bien. Incluso en las pasantías son 40 horas y seguís y es como una mochila que cargás. Entonces es como que recién ahora me siento bien con lo que hice.

*Documento: P2*

*Código: Integralidad*

Sí, creo que sí. Porque lo que se da en la parte teórica después se hace en la clínica, creo que sí, que existe un equilibrio. Bueno, interdisciplinaria cuesta pero existe también. No hay relación interdisciplinaria formativa, sino que es más bien así en la atención.

*Documento: P3*

*Código: Integralidad*

Nosotros veíamos más los casos y nos perdíamos en el contexto de lo que era el paciente en general; ahora yo creo que se forma más al estudiante integrándolo a las posibilidades del paciente, a su vez ven al enfermo como un ser más integral. Creo que les falta un poco de práctica. No me atrevería a decir en la teoría, porque creo que eso lo puede valorar más un docente, pero creo

que les faltan más casos. Acá en el servicio sí, se trabaja de manera inter- y multidisciplinaria.

*Documento: P4*

*Código: Integralidad*

Si comparás la formación de ellos con la nuestra puede ser sí que en lo teórico estén más formados, no así en lo práctico.

*Documento: P5*

*Código: Integralidad*

Yo pienso que sí, hay mucha interconsulta, interdisciplina. Y acá entre nosotros también cada uno tiene una especialidad y nos estamos consultando todo el tiempo.

*Documento: P6*

*Código: Integralidad*

Sí, tienen sí, conocimientos teóricos tienen. Las unidades de aprendizaje del nuevo plan están buenas en cuanto a tener una interrelación, porque ya no ven solo un diente, ven un paciente como unidad, como ser humano.

*Documento: P7*

*Código: Integralidad*

Sé que es por unidades de indagación, y después tienen los semestres. Está bueno el concepto de las unidades, que unan las cosas, porque uno ve todo, pero después no se lleva a la práctica, en la práctica no se ve todo el conjunto.

Sí, porque creo que la teoría es poca y la práctica es poca. Yo creo que sí, que existe un equilibrio. Sobre todo en la parte social creo que lo que se está enseñando se está aplicando bien.

*Documento: P8*

*Código: Integralidad*

Yo creo que sí, porque el paciente es tomado integralmente. Pero en esa parte me falta conocer un poco porque nosotros allá... no hacemos tratamientos complejos, no entramos ni en la endodoncia propiamente dicha, ni en la operatoria muy compleja; más bien hacemos odontopediatría y cirugía. Pero creo que sí, que ellos la teoría de cómo llega el paciente y dónde termina la tienen, no lo pudimos poner en práctica por el sistema de atención del servicio.

Además intercambian mucho con el equipo y son muy seguros para intercambiar con los médicos, consultan cuando los pacientes vienen derivados de otro médico sobre los medicamentos, muy seguros y sin miedo.

*Documento: P9*

*Código: Integralidad*

Sí, ni que hablar, ellos por ejemplo tienen más visión de ir a las escuelas, de hacer participativa la promoción y la prevención con los mismos chicos, lo ves acá en la sala de espera.

A nivel académico también hay mayor intercambio.

### 3. Dimensión de análisis: Práctica contextualizada

---

*Documento: P1*

*Código: Práctica contextualizada*

Con la supervisión de un odontólogo recibido sí. Incluso va agarrando práctica y cada vez va haciendo las cosas más fáciles y se siente más seguro de sí mismo.

Lo que me parece es que cuatro meses de práctica, que es lo que dura el semestre II, no es un tiempo suficiente. Y me parece que la práctica no tiene que ser tanto en facultad sino más bien en policlínicos, me parece que es mucho más eficiente trabajar en policlínicos y que te devuelve más.

*Documento: P2*

*Código: Práctica contextualizada*

Yo creo que las pasantías son excelentes, es lo que los impulsa a tener que enfrentar al paciente por sí solos, les enseña a planificar en un todo al paciente, y bueno, es una experiencia que, por lo que yo veo, implica el primer contacto solos con el paciente, teniendo una repercusión muy positiva.

*Documento: P3*

*Código: Práctica contextualizada*

Me parece muy positivo sacar a los estudiantes de las paredes de la facultad y hacer este tipo de pasantías. Para mí tener muchachos jóvenes aquí trabajando, para ellos y para el servicio, ha sido una cosa muy pero muy positiva.

Creo que ha sido muy positiva esta etapa de los estudiantes trabajando extramuros, donde hagan prácticas en el contexto real y se den cuenta lo que es el odontólogo inserto en un equipo inter- y multidisciplinario. Porque ahora el odontólogo forma parte de un equipo de doctores y aunque todavía tiene que mejorar su posicionamiento se lo toma en cuenta para todo. Creo que el hospital acá le da esa práctica al estudiante. Al recibir la historia clínica del paciente y de su contexto, se puede adecuar la atención a sus necesidades. Así, este pasaje acá o en otros lugares le da al estudiante un panorama más general del paciente que lo que le da el profesor parado al lado del sillón di-

ciéndole cómo tiene que hacer las cosas. Me gusta este trabajo que hago con ellos porque los estimulo a que trabajen en equipo, a que no se queden solo encerrados en su consultorio particular, porque salir fuera de su consultorio les da otro contexto de la realidad.

*Documento: P4*

*Código: Práctica contextualizada*

Algunos de ellos lo toman como un trámite a cumplir; otros, digamos el 50 %, lo toman un poquito más, poniéndose, y están los que vos ves que realmente les gusta, que son los mínimos. Partiendo de esa base creo que condiciona mucho su historia previa, y si no tiene historia que ayude, la sensibilidad que pueda tener para eso.

Lo que pasa que el estudiante que viene acá, si bien lo tiene internalizado, muchas veces la realidad del paciente le impide o lo condiciona limitándolo. Acá no hay una continuidad de atención, entonces si bien se intenta hacer una parte preventiva o educativa, la prioridad del tiempo se la lleva la parte asistencial. No tienen la oportunidad, que tal vez sí tienen en facultad, de seguir una continuidad del paciente y poder mechar lo educativo. Acá vienen por un período corto de tiempo, están viendo siempre diferentes pacientes, entonces eso un poco se diluye. Pero no porque no tengan la formación.

Diría que aunque son los menos, vienen con una cierta carencia en cuanto a su formación práctica, y ahí es donde uno hace un mayor seguimiento. Porque, claro, acá los tiempos son otros. Acá atendés un paciente cada media hora y tenés que estar bien despierto haciendo más de una cosa al mismo tiempo. ¡Aprendés muchísimo! Y claro, como ellos ven que vos tampoco te dormís, tienen que seguirte el ritmo. No me preguntes por qué, porque eso yo no lo profundizo, yo creo que por su idiosincrasia o su interés hay cosas que las han realizado muy pocas veces.

En cuanto a lo que pasa en intramural no tengo la más pálida idea. Del punto de vista de lo teórico nada, está bien, pero del punto de vista de adecuar lo teórico a lo práctico sí, les falta.

Yo creo que moviliza. Cuando estás supervisando a alguien que viene con una formación teórica reciente y muy amplia a vos te condiciona, es una ida y vuelta. Te obliga a ir reciclándote e informándote. Siempre es un reto.

*Documento: P5*

*Código: Práctica contextualizada*

Solo con que los veas los primeros días ya te das cuenta a quién podés dejar solo y a quién tenés que estar controlando. Es básica la importancia de los servicios, le da una experiencia y aprendizaje que no se lo da la facultad. Te da un gran manejo, práctica, velocidad... conocer lo que es un servicio, trabajar

con los asistentes. Para el servicio es estar en contacto con la facultad todo el tiempo, yo cuando tengo dudas de algo les pregunto a los chiquilines, cosas con las que uno no está siempre en contacto o algún dato nuevo...

*Documento: P6*

*Código: Práctica contextualizada*

Lo que pasa que están acostumbrados a que en los hospitales solo se hacían extracciones y se sorprenden que se hagan endodancia, prótesis, operatoria, etc. Hay algunos que no tienen problemas pero hay otros que sí. Al principio cuando vienen no tienen mucha noción de qué hacer, pero van agarrando práctica, es decir, al que le interesa va agarrando práctica. Si no la agarran en un hospital no la agarran en ningún lado, porque lo que se ve acá no se ve ni en facultad ni en un consultorio particular.

Y la pasantía les sirve mucho, por cómo vienen y cómo salen... Además yo siempre les recalco que nosotros salíamos de facultad y si no conocías a alguien no entrabas en ningún hospital y les digo: «Ustedes tienen que valorar esto, porque lo que van a aprender acá no lo van a aprender en ningún lado». Y bueno, algunos lo entienden, y a otros no les gusta, porque hay gente que no le gusta trabajar con este tipo de paciente.

Yo creo que las pasantías son muy buenas, porque aprenden cosas que no las van a aprender en ningún otro lugar. De repente no pueden resolver todo ellos, pero después también ven cómo se resuelve. Acá si llega alguien con algo que uno no puede resolver lo ayuda otro de otra disciplina. De hecho el servicio está dividido por disciplinas, hay gente que hace operatoria, otros que hacen prótesis, extracciones, etc. Siempre hay una interrelación entre todos, un vínculo, se pide ayuda, se piden opiniones. Creo que también los del servicio aprenden porque hay muchas cosas que van cambiando, y escuchar a los pasantes por lo menos te da la opción de consultar o de ver qué ha cambiado y por qué. Nosotros acá, por ejemplo, tenemos una consulta de primera vez en la cual se hace toda la valoración del paciente y se diagnostica un tratamiento y de ahí se deriva. Entonces al ver al paciente ahí ya se lo engloba como un todo.

*Documento: P7*

*Código: Práctica contextualizada*

Por ejemplo esto de las pasantías me parece divino, porque yo cuando egresé nunca había visto la historia clínica de un paciente hospitalizado, pero ¿qué pasa?, vienen acá cuatro horitas, rotan, rotan, rotan y no aprovechan el servicio como realmente lo podrían aprovechar. Eso de que estén rotando por todos lados hace que llegue un momento en que no hacen nada y los chicos mismos me lo dicen. Hay veces que por cuestiones de trabajo hay estudiantes

que vienen solo acá y se sienten parte del servicio y pueden seguir al paciente. Porque acá bajan los pacientes de sala y hay que hacerles las cosas rápido porque se tienen que operar, entonces tal vez en una semana se resuelve y ellos no pudieron seguirlos. Los que han venido solo acá salen remotivados y agradecidos y hasta a veces siguen honorarios porque les gusta y aprenden un montón; en cambio los que vienen solo un par de horitas en la semana es como que no saben seguir la historia clínica ni al paciente. Acá hace como ocho años que vienen pasantes y ves que hay una decadencia en cuanto al conocimiento y la práctica que traen. Como que no los podés dejar solos, porque son estudiantes que ya terminaron de cursar todo y los tenés que estar supervisando hasta en las anestias.

La interdisciplina la manejan acá cuando nosotros hacemos interconsultas. Acá a veces se consulta hasta con la asistente social, o se lo ingresa para otra área, al cardiólogo, diabetólogo, etc. Y así ven todo ese trabajo que se hace acá, de repente a nivel de consultorio no. Acá se intentan resolver todas esas problemáticas sociales y de la patología que tenga el paciente. Se trata de resolver lo básico. Creo que todos los que han pasado por acá están conformes con lo que aprendieron, como que ven que se trabaja de una manera diferente y creo que eso los hace crecer. Aunque no a todos les guste la parte quirúrgica, igual salen más formados. El que le gusta muchas veces pide para seguir honorario y han venido acá de suplentes, y dicen «lo que aprendí acá no lo aprendí en ningún lado», inclusive los motiva en la carrera de odontología. Eso pasa generalmente con la gente que hace la pasantía solo acá, porque se integran al equipo, entienden la dinámica y eso los motiva más. Al servicio nos da la posibilidad de atender más gente. En cuanto a actualizar conocimiento, la verdad que no, no aportan. Más que nada nosotros les aportamos a ellos.

Ellos no piensan en trabajar más que en su consultorio, después cuando vienen acá te dicen si los contactás con algún médico para tener trabajo asalariado.

*Documento: P8*

*Código: Práctica contextualizada*

Trabajan mucho extramuros, en los policlínicos, y eso les da más formación como para salir a dar una charla en la escuela, como para plantarse. Se saben parar para dar la charla, hablar con el maestro, hacerse llegar. Cuando nosotros estudiábamos era más difícil pararse frente a alguien de afuera de la comunidad que no fuera el paciente.

Nosotros salimos con los estudiantes a las policlínicas y escuelas a dar charlas a niños, a embarazadas, y ellos tienen muy buen relacionamiento, se

saben parar frente a la parte social, que nosotros cuando salimos era todo un tema pensar «¡¿qué hago?, ¿que digo?!».

Me parece que están muy bien, ¡y ojalá pudiera haber algún pasante más todavía! Porque los forma para esa realidad que escapa al consultorio particular donde viene siempre el conocido; tienen una realidad social más abierta, con distintos tipos de poblaciones. Sobre todo en hospitales y policlínicos donde ven otra realidad de la población que capaz que no es la que accede al consultorio particular. Manejamos otro tipo de mecánicas, otro tipo de cosas que los forman de otra manera, les da más seguridad para emprender la carrera profesional y los forma más como personas.

*Documento: P9*

*Código: Práctica contextualizada*

Pienso que desde el punto de vista social muy bien, o sea, cuando yo estudié de la parte social no se daba nada. Pero creo que se fueron para el otro lado, yo pretendo algo que sea parejo. Desde el punto de vista académico está dejando bastante que desear la formación. Nosotros salíamos con mayor seguridad desde el punto de vista académico que lo que salen ahora.

Yo pienso que la facultad debería hacer cursos de prevención y promoción para los ya egresados, como forma de actualización de los nuevos conocimientos en ese tema. Yo me he actualizado con los chicos y de ver las realidades que veo todos los días.

Pienso que hacer estas pasantías les hace muy bien a ellos, aunque depende de dónde caiga la pasantía, porque por ejemplo yo hace muchos años que trabajo en policlínicos y tengo una experiencia muy vasta y todos se van locos de la vida de lo que aprenden, pero depende de la persona que esté frente a la policlínica si le interesa verter conocimientos o no a los estudiantes, hay gente que de repente no lo hace.

En los policlínicos, el mío por ejemplo sí se prioriza al paciente; viene el paciente y le hacemos el diagnóstico, el plan de tratamiento y se cumple tal cual hasta la rehabilitación. Los estudiantes en ese caso no van al diente, van al todo.

Hay casos puntuales de casos que he atendido y que vienen de ser atendidos en la tarde por los docentes y que te das cuenta de que se priorizó el diente y no al paciente, porque le hacen cosas que no se adecuan a las características del mismo. Yo creo que los cuadros de trabajo tendrían que ser más reales con respecto a la boca en sí.

Se van muy contentos y muy agradecidos, acá aprenden. Igualmente se terminan dando cuenta de que les falta mucho por aprender en la práctica, en la visión de lo que tienen que hacer en el consultorio, en cómo encarar cada caso clínico y su evolución.

Y bueno, al principio uno está más arriba de ellos controlándolos, pero después ya los dejo hacer. Hay algunos que ya vienen con alas para poder volar solos y ningún problema, pero hay otros que hay que guiarlos un poco. Bueno, y además en el intercambio hay una actualización de conocimientos, uno nunca deja de aprender; ellos me aportan a mí, yo a ellos, hay una retroalimentación.

#### 4. Dimensión de análisis: Jerarquización del paciente en la asistencia

---

*Documento: P1*

*Código: Jerarquización del paciente*

Dentro de facultad, si bien se trata de que el paciente sea la prioridad, hay veces que por situaciones, mismo de los cursos, no te lo permite. Y pasa a ser tu curso la prioridad antes que el paciente. Afuera, en los policlínicos, sí se prioriza. Se da una atención integral que soluciona muchos problemas de la población.

*Documento: P2*

*Código: Jerarquización del paciente*

Yo creo que sí, que es lo que se está jerarquizando más. Creo que se nos fue un poco la mano, pasamos de tener unos cuadros demasiados exigentes sin importar nada el paciente a pasar a solo priorizar lo que necesita el paciente y por eso se llega a este semestre con poca práctica y sin aprender cosas elementales. Creo que, en lo que refiere a los trabajos, se está jerarquizando en extremo al paciente. Habría que jerarquizarlo desde otro punto de vista, promoviendo que el estudiante pudiera solucionar en interdisciplina todos los problemas, sin perder el estudiante la posibilidad de hacer todos los tipos de trabajo.

*Documento: P3*

*Código: Jerarquización del paciente*

El objetivo es jerarquizar al paciente, verlo de una manera más integral. Y creo que ello es muy positivo.

*Documento: P4*

*Código: Jerarquización del paciente*

O sea, a veces la realidad te condiciona, por ejemplo yo trabajo con discapacitados y reclusos y a veces es complicado, pero en general se trata de darle lo que precisa el paciente.

*Documento: P5*

*Código: Jerarquización del paciente*

Yo creo que sí, que se está viendo al paciente. No se está viendo un diente. Se está viendo como un todo.

*Documento: P6*

*Código: Jerarquización del paciente*

Sí, en algunos casos sí. Hay pasantes que uno se da cuenta que quieren aprender, que escuchan.

*Documento: P7*

*Código: Jerarquización del paciente*

Los estudiantes que han venido más cantidad de horas sí lo hacen, pero los que vienen una vez por semana de repente al paciente que habían atendido nosotros ya lo resolvimos en esa semana, entonces como que no tienen un seguimiento como el paciente de facultad que lo siguen. Eso es lo que se pierde cuando vienen pocas horas.

*Documento: P8*

*Código: Jerarquización del paciente*

Hay un enfoque más integral del paciente centrado en resolver con lo que hay y tratar de que la persona salga con soluciones. También es destacable el trato con el paciente que tienen los estudiantes, muy buena la contención del paciente, muy buena la asistencia.

*Documento: P9*

*Código: Jerarquización del paciente*

Se sigue priorizando a la boca en lugar del paciente, no se ve la boca en sí sino el trabajo para el libro, ese problema se mantiene desde que nosotros estudiamos. En los policlínicos, el mío por ejemplo sí, se prioriza al paciente; viene el paciente y le hacemos el diagnóstico, el plan de tratamiento y se cumple tal cual hasta la rehabilitación. Los estudiantes en ese caso no van al diente, van al todo. Hay casos puntuales de casos que he atendido y que vienen de ser atendidos en la tarde por los docentes y que te das cuenta de que se priorizó el diente y no al paciente porque le hacen cosas que no se adecuan a las características del mismo. Yo creo que los cuadros de trabajo tendrían que ser más reales con respecto a la boca en sí.

## 5. Dimensión de análisis: Resolución de problemas reales

---

*Documento: P1*

*Código: Problemas reales*

No, dentro de facultad no. Porque en realidad en facultad se ven casos muy específicos y en la práctica esos casos no aparecen. Son casos muy de libro.

*Documento: P2*

*Código: Problemas reales*

Por parte del servicio se alcanza, por parte del estudiante no; porque muchas veces los problemas los terminamos solucionando los docentes y ellos quedan parados al lado mirando.

*Documento: P3*

*Código: Problemas reales*

Eso es lo que tal vez tenemos que profundizar; dejar de ver las cosas como idealistas y ver lo que el paciente realmente necesita. Creo que acá tal vez esa sea una de las cosas básicas que tenemos porque recibimos a un contexto de pacientes de nivel socioeconómico medio y bajo donde tenemos que plantearles cosas que sean reales y tal vez hay cosas que no podemos planteárselas porque sabemos que el paciente no va a poder acceder. Creo que la facultad esta bien que enseñe lo perfeccionista, porque indudablemente tenemos que acceder a la excelencia, pero a su vez tiene que enseñar a ver que estamos en un contexto socioeconómico determinado y que hay alternativas para dejarle al paciente la boca en buenas condiciones sin llegar a lo «preciosista».

*Documento: P4*

*Código: Problemas reales*

Sí, sí, claro que sí. No es lo mismo cuando entran que cuando salen. Por más que para unos no es más que un pasaje o como realizar un trámite, creo que a la mayoría le deja una experiencia de la realidad.

*Documento: P5*

*Código: Problemas reales*

Y sí, es la clínica lo que te da la experiencia para poder resolver todos estos casos.

*Documento: P6*

*Código: Problemas reales*

Sí, después de un tiempito se da.

*Documento: P7*

*Código: Problemas reales*

Se trata de resolver lo básico.

*Documento: P8*

*Código: Problemas reales*

A su vez esto de las salidas al interior me parecen importantes porque ellos ven otra realidad, tienen idas a quirófano, a ver discapacitados y esas cosas, si no capaz que no las ven.

Creo que actualmente hay más una valorización de la persona y no tanto centrada en el diente. Tal vez en detrimento de brillantes en cuanto a la técnica, pero son soluciones más de la vida diaria. Eso pasa en los servicios porque a veces no contás con el material específico pero tenés que resolver el caso y tratás de ir buscando alternativas hasta llegar a resolver el caso con lo que tenés. Y en los chicos se nota que intentan solucionar con lo que tienen buscando alternativas para solucionar el caso.

## 6. Dimensión de análisis: Valoración del Programa Docencia-Servicio

---

*Documento: P1*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Yo creo que en gran porcentaje y que incluso depende también de la relación con el docente de la pasantía. Pero es reimportante y te da bases para después seguir sola. Porque es la primera vez que se enfrenta a un paciente solo y tenemos que atenderlo de manera integral. Que en las otras clínicas, si bien lo hacíamos, era un poquito en cada clínica, entonces se pierde un poco lo integral. Yo creo que también repercute bastante porque es una etapa importante de la formación y da mucha experiencia. Enfrenta a situaciones clínicas que no estamos acostumbrados y hay que resolver solos. Yo creo que sí, que el servicio se renueva. Incluso porque después se hace una devolución de lo que nos pareció, de las cosas positivas y negativas, y ello puede servir para que el servicio se vaya continuamente renovando, dentro de lo posible.

*Documento: P2*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Sí, repercute, y creo que en los servicios que son fuera de facultad, donde hay colegas que hace años que no tienen contacto con la facultad, es positivo, porque siempre hay aportes. Hay un intercambio de las dos partes. Creo que es sumamente positivo, por supuesto es más positivo para el estudiante, pero para el otro que no se acerca a la facultad, el estudiante le aporta cosas.

*Documento: P3*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Yo creo que siempre incide favorablemente. Para nosotros ha sido bárbaro recibir a los estudiantes y creo que para ellos más. La pasantía le permite ver al estudiante un paciente desde por qué ingresó, ver qué enfermedad tiene y cómo influye eso en su patología de boca y en el tratamiento que se le va a realizar. Acá pueden ver al paciente enfermo y ver como resolvemos un problema general y concomitantemente cómo resolvemos el problema de la boca. Y lo ven no en la teoría sino en la práctica, lo ven con el paciente adelante. Y ello es muy positivo para ellos.

En los servicios también, nosotros los recibimos con mucha alegría y aprendemos de ellos así como ellos aprenden de nosotros. Nosotros intercambiamos ideas con ellos, nuevas técnicas, nuevos materiales. A nosotros nos ha refrescado mucho tener juventud acá con nosotros.

*Documento: P4*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Si la facultad busca un cambio, el cambio se está consiguiendo. Por acá y otras experiencias hemos visto pasar un montón de estudiantes los cuales luego siguieron carreras docentes, otros están en los servicios. Recuerdo muchos que era un placer trabajar con ellos, otros que tenías que arrearlos.

*Documento: P5*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Tal vez lo que estaría bueno es que el semestre 11 se haga cuando terminaste de cursar todo, al final. Porque con la locura de querer recibirse, se hace cursando materias y dando exámenes y no lo aprovecha todo lo que podría. Igualmente, tanto el semestre 10 como el 11 les dan un gran manejo, práctica, velocidad... conocer lo que es un servicio, trabajar con los asistentes.

*Documento: P8*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

¡De gran ayuda! Porque así como ellos se nutren de lo nuestro, nosotros también nos nutrimos de lo de ellos, porque, por ejemplo, pueden traer alguna técnica nueva. Siempre hay intercambio de conocimiento y aporte, después de la jornada de trabajo siempre hay una sentada en la mesa y un intercambio de lo que viste y de cómo se resolvió y cómo lo hubiera resuelto cada uno. O mismo ellos que están preparando algún examen para dar y también se da el intercambio sobre los temas que están preparando, o dudas que ellos tienen. Esos intercambios, para la gente que estamos en el interior y no tenemos contacto con la facultad, nos vienen bárbaro, porque es como

estar en una pequeña clase. También ayudan en el trabajo, las charlas. Son de gran ayuda, sobre todo en los servicios públicos, que a veces tienen carencia de recursos humanos.

¡Yo soy una defensora número uno de las pasantías porque me parecen bárbaras! Me parece importante que los chicos se formen más sobre lo que es la realidad del país afuera y que no todo el mundo accede a los consultorios. Esa formación me parece a resaltar.

Después la gran ayuda que han brindado, al menos en el caso nuestro, a los servicios como mano de obra e intercambio de conocimiento.

*Documento: P9*

*Código: Programa Docencia-Servicio*

Con las pasantías, la Intendencia, desde el punto de vista económico, no tiene que nombrar odontólogos y con eso no estoy de acuerdo. Yo llamaría a concurso a estudiantes recién recibidos para entrar efectivos en las policlínicas o al menos hacer contratos anuales. Las pasantías les generan unas expectativas de trabajo que cuando las terminan se quedan de brazos cruzados.

Y a las policlínicas nos sirve muchísimo, si no tuviéramos los estudiantes prácticamente tendríamos que cerrar la policlínica.

Es un problema que haya un defasaje entre que se va un pasante y viene otro, cuando en realidad tendría que estar una semana o 15 días el pasante nuevo trabajando con el que ya está, porque si no al pasante nuevo le cuesta mucho adaptarse. Tendría que haber una superposición de horarios para que exista un aprendizaje entre ellos.



La «Universidad se Investiga» es una colección que recoge los aportes de la «Maestría en Enseñanza Universitaria» y propone difundir las investigaciones realizadas por los tesisistas en temáticas relacionados con la Educación Superior en Uruguay. El desafío de esta publicación es la divulgación de los resultados nacionales en el prolífero y creciente campo de la Investigación Educativa en contextos terciarios, en un formato accesible a todo aquel lector interesado en la temática.



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



comisión sectorial  
de enseñanza