



COLECCIÓN  
LA UNIVERSIDAD SE INVESTIGA

# La formación de los odontólogos y el Sistema Nacional Integrado de Salud

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA . COMISIÓN SECTORIAL DE ENSEÑANZA



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



comisión sectorial  
de enseñanza



Alicia Cabezas Seoane

# La formación de los odontólogos y el Sistema Nacional Integrado de Salud

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA . COMISIÓN SECTORIAL DE ENSEÑANZA

ALICIA CABEZAS SEOANE

Universidad de la República. Comisión Sectorial de Enseñanza. Unidad Académica  
La formación de los odontólogos y el Sistema Nacional Integrado de Salud.  
Montevideo: Udelar. CSE, 2015 (La Universidad se investiga, n.º 1)  
80 p.  
ISBN 978-9974-0-1211-0

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 sintética de los resultados</b>	9
El Plan de Estudios 2001	10
La formación de los odontólogos y el SNIS	13
La visión de los actores institucionales	15
<b>La metodología de investigación</b>	19
Los fundamentos del diseño	19
El diseño de la investigación	22
<b>Algunos conceptos fundamentales</b>	29
La reforma del sistema de salud uruguayo y el posicionamiento de la Udelar	29
Los sistemas de salud basados en la estrategia de APS	30
Los odontólogos y el cambio de modelo en salud	31
<b>Discusión de los resultados</b>	33
Los cambios operados en la formación odontológica	33
Las competencias técnico-profesionales de los odontólogos y el SNIS	36
Las competencias en salud pública de los odontólogos	38
Las competencias de los odontólogos para trabajar en un equipo multiprofesional	41
Las competencias interculturales de los odontólogos	45
El ejercicio profesional de los odontólogos y el SNIS	46



<b>Posfacio</b>	49
<b>Bibliografía</b>	53
<b>Anexo: Análisis de los programas a partir de las cuatro categorías construidas</b>	59

# Introducción

La intención de esta publicación es compartir una síntesis de la tesis titulada *La formación de los doctores en Odontología de la Universidad de la República y el Sistema Nacional Integrado de Salud: un estudio de caso*, presentada en 2012 —bajo la dirección de la profesora Susana Rudolf— con el objetivo de obtener el título de Magíster en Enseñanza Universitaria del Área Social y de la Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República (Udelar).

Esta investigación partió del supuesto de que la instalación de un sistema de salud como el propuesto por la Ley 18211 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, exige siempre una revisión a fondo de los programas de formación de los profesionales universitarios a cargo de su implementación.

La experiencia de los países que han implantado reformas integrales de sus sistemas de salud es concluyente respecto de la necesidad de introducir cambios en la malla curricular de las carreras, a efectos de privilegiar la estrategia de atención primaria en salud (APS), priorizar el primer nivel de atención y promover el abordaje interprofesional de los problemas de salud.

Mientras que el modelo biomédico tradicional se centra en el estudio de las patologías individuales con una perspectiva exclusivamente biológica, el enfoque de APS destaca la importancia de los determinantes sociales, siguiendo el modelo explicativo propuesto por Laframboise (1973). A partir de un exhaustivo estudio acerca de la situación sanitaria de su país, este autor concluyó que el enfoque tradicional adoptado en Canadá era inadecuado porque no tenía en cuenta los determinantes fundamentales que intervienen en el mantenimiento o pérdida de la salud. Su modelo de análisis identificó cuatro factores

que intervienen en la conservación de la salud: los estilos de vida, el medioambiente, la organización de los servicios de salud y los aspectos relacionados con la biología humana. El autor sostuvo que mientras que la biología y los servicios de atención habían acaparado históricamente el gasto público en salud de su país, se prestó escasa o nula atención a los estilos de vida riesgosos, responsables por las tasas crecientes de morbilidad: accidentes de tránsito, hábitos alimentarios perjudiciales, suicidios, consumo problemático de drogas, etc. (Safordada, 1999: 94-96; Lalonde, 2002). Tampoco se tuvieron suficientemente en cuenta los aspectos relacionados con el medioambiente y las condiciones de vida de las personas (acceso al agua potable, saneamiento, vivienda, educación, etc.).

En 1978 tuvo lugar en Alma-Ata, Kazajistán, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). La declaración emanada de esa conferencia define la APS como «la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar». Asimismo, afirma que la estrategia de APS «representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención [...] al lugar donde residen y trabajan las personas», como primer paso de un proceso continuo de asistencia sanitaria (OMS, 1978: VI).

Entre otras características, señala que la estrategia de APS

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

En su parte final, la Declaración de Alma-Ata exhorta a gobiernos, organizaciones internacionales, personal de salud y a la comunidad

mundial «a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo» (OMS, 1978: X).

La implementación de estas nuevas políticas suponía como desafío la reorganización de los sistemas de salud en torno a la estrategia de APS, así como la formación de profesionales que comprendieran y practicaran esta concepción. Algunos países como Canadá, Cuba y el Reino Unido procuraron reorientar sus sistemas de salud en consonancia con estos lineamientos. Sin embargo, transcurrieron más de 20 años sin que la mayoría de los países signatarios introdujeran cambios consistentes con los principios acordados en Alma-Ata. Las nuevas concepciones acerca de la salud y la enfermedad implicaban, asimismo, una drástica modificación en las estrategias de atención sanitaria para realizar un abordaje integral de las necesidades de la población, mediante la intervención conjunta de actores sociales y de profesionales «con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud» (OMS, 1978: VII).

Por todos los antecedentes descritos, el propósito inicial de esta investigación fue estudiar la formación de grado de los profesionales del Área Salud de la Udelar respecto a las competencias requeridas para intervenir en un sistema de salud como el propuesto por la ley 18211, que recoge los preceptos de la Declaración de Alma Ata, así como las recomendaciones posteriores para la renovación de la estrategia de APS (OPS-OMS, 2003; 2005; 2006; 2007). Sin embargo, como las carreras del área exceden la treintena, este proyecto no fue viable y se optó por contribuir al estudio de la temática mediante la realización de un estudio de caso.

- La elección de la carrera Doctor en Odontología se fundó en varias razones:
- el reconocimiento internacional del odontólogo como integrante potencial del equipo básico de salud;
- los cambios operados en la odontología a nivel mundial, coincidentes con la estrategia de promoción de la salud y prevención de las enfermedades;
- el proceso constante de reformulación de la propuesta formativa de la Facultad de Odontología entre los años 1993 y 2011;

- el hecho de que su Plan de Estudios 2001 había estado en vigencia un tiempo suficiente para haber implementado todos los tramos previstos en la carrera;
- la excelente disposición de la institución para hacer posible el desarrollo de la investigación.

En suma, el objetivo de este trabajo fue estudiar la pertinencia de la carrera Doctor en Odontología de la Udelar para brindar una formación de grado consistente con los lineamientos del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), estableciendo convergencias y divergencias entre su propuesta educativa y las calificaciones requeridas a los profesionales de la salud para intervenir en sistemas centrados en la estrategia de APS.

Es fundamental tener en cuenta que se analizó esta carrera a modo indicativo y que sería necesario realizar estudios similares en otros espacios curriculares si se pretendiera extender estos hallazgos a otras formaciones profesionales del Área Salud.

En las páginas que siguen, se expone una síntesis de los resultados obtenidos, así como una descripción de la metodología de investigación utilizada, destacando sus fortalezas y debilidades. Asimismo, se da cuenta del proceso de investigación llevado a cabo, procurando explicitar las decisiones que fue necesario adoptar durante el proceso de análisis de los datos y obtención de los resultados. A modo de posfacio, se realizan algunos comentarios acerca de los aportes que este estudio podría significar para el desarrollo de la educación superior y la formación futura de los profesionales universitarios de la salud, considerando los cambios en proceso en las políticas públicas del país respecto a la atención sanitaria de la población. Por último, y considerando que esta investigación fue cerrada en 2012, se consideró conveniente incluir algunos comentarios finales respecto a la situación actual del problema en investigación.

# Descripción sintética de los resultados

Esta investigación arrojó resultados de diferente índole. En primer lugar, se describen los hallazgos vinculados al análisis curricular del Plan 2001 de la carrera Doctor en Odontología y los programas de las 43 unidades que lo componen, procurando establecer concordancias y divergencias entre los documentos y los fundamentos rectores de esta propuesta educativa.

En segundo lugar, se describen los resultados relacionados con la pertinencia de esta carrera para formar odontólogos capacitados para intervenir en un sistema de salud centrado en la estrategia de APS. Se advierte al lector que este estudio se realizó a partir de cuatro categorías de análisis, construidas por la autora, basadas en recomendaciones emanadas de los organismos internacionales rectores en materia de salud y la bibliografía consultada. Las categorías refieren a:

- las competencias técnico-profesionales requeridas para brindar una atención apropiada en el primer nivel de atención desde una perspectiva de APS;
- las competencias en salud pública;
- la capacidad para trabajar en un equipo multiprofesional de salud, y
- las competencias interculturales.

Los componentes que integran cada una de estas categorías se exponen en detalle en el capítulo dedicado a la metodología.

En tercer lugar, se comparten resultados referidos a las representaciones de los actores institucionales acerca de las fortalezas y limitaciones de la carrera para responder a los lineamientos del nuevo sistema de salud. A estos efectos, se realizaron entrevistas en profundidad a representantes de los tres órdenes universitarios que eran integrantes de organismos de cogobierno (Claustro o Consejo) o de instancias

de gestión curricular de la Facultad de Odontología. La invitación a participar se organizó a partir de una lista de potenciales informantes claves proporcionada por la institución.

## El Plan de Estudios 2001

El estudio de los sucesivos planes de estudio de la carrera Doctor en Odontología de la Udelar muestra con claridad que la formación de grado de estos profesionales ha sufrido un importante proceso de transformación durante las últimas dos décadas. El objetivo primordial ha consistido en revertir el modelo curativo tradicional, de naturaleza exclusivamente biologicista (centrado fundamentalmente en la enfermedad, la boca y los dientes), que privilegia la atención individual en una perspectiva restauradora y tiende a la hiperespecialización de los profesionales mediante la utilización de tecnologías cada vez más complejas y onerosas.

Por el contrario, el modelo adoptado por la Facultad de Odontología a partir de 1993 ha procurado formar un odontólogo «generalista», que a diferencia del especialista tradicional esté capacitado para dar respuesta a las necesidades de la población mediante acciones socioeducativas, preventivas, asistenciales e investigativas que consideren las dimensiones sociales, psicológicas, éticas y políticas de una asistencia odontológica integral (Plan de Odontología, 1993).

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

... el proceso de formación profesional debe contribuir a formar odontólogos que sean capaces de participar en la Red de Servicios de salud organizada por niveles de atención, según prevé



el Art. 34 de la Ley 18.211 [...] considerando que la estrategia del sistema es la Atención Primaria de la Salud y que es priorizado el primer nivel de atención (p. 13).

El texto del Plan 2001 en su totalidad, así como los objetivos de los programas de las 43 unidades curriculares que lo componen, resultan consistentes con el modelo emergente anunciado. Los documentos curriculares analizados enfatizan las ventajas del enfoque preventivo-asistencial y reivindican la enseñanza integrada de los conocimientos aportados por las diferentes áreas de conocimiento dentro del campo odontológico. Esta intención integradora es particularmente valiosa si se considera la fragmentación e hiperespecialización característica del modelo tradicional que se pretende trascender.

No obstante, se observaron algunas imprecisiones epistemológicas respecto al concepto de interdisciplinariedad manejado, porque promueve la consideración integral de los aportes realizados por las distintas ramas del saber odontológico, pero omite la intervención de otras disciplinas. Cabe precisar que «la programación de las unidades curriculares desde una perspectiva multidisciplinar» (p. 16) refiere exclusivamente a los aportes provenientes de los diferentes ámbitos del saber odontológico.

Por otra parte, jerarquiza una formación clínica integral —centrada en el consultante— que avanza, progresivamente, desde las demostraciones prácticas iniciales hacia la realización de pasantías en servicios de atención a la población, con niveles crecientes de autonomía del estudiante.

Se observaron avances dispares respecto a la «visión del ser humano como totalidad» anunciada en los Fundamentos del Plan 2001, que «implica un abordaje integral de la atención de salud bucal en sus múltiples dimensiones: biológica, psicológica y social» (p. 12). La estructura horaria asignada a los cuatro cursos centrales del Plan 2001 (p. 36) resulta ilustrativa de un franco desbalance a favor de los componentes biológicos de la formación. Mientras que el Curso de Tratamiento cuenta con 3030 horas, el de Morfofunción con 850 y el de Patología con 600, el Curso de Odontología Social solo dispone de 370 horas a lo largo de la carrera. El texto del Plan de Estudios 2011 reconoce que hay un «predominio aún marcado de una formación biologicista» (p. 8),

lo que resulta coincidente con las carencias observadas respecto a la adquisición de conocimientos relacionados con los aspectos sociales, psicológicos y culturales involucrados en la atención odontológica.

Si bien los componentes sociales han estado presentes en el currículo de grado de los odontólogos desde hace más de dos décadas, se aprecia una insuficiente articulación entre esos aportes y la formación clínica cotidiana. Esta separación opera como obstáculo para su consideración práctica en el proceso de atención odontológica propuesto.

Los aspectos psicológicos también ocupan un lugar francamente lateral en la formación de grado de los odontólogos, en la medida en que están restringidos a una unidad curricular de carácter optativo. La unidad aborda la vinculación del profesional y del paciente en el acto odontológico, así como los factores psicológicos que inciden en la atención de niños, adolescentes, adultos mayores y del propio odontólogo en la situación clínica.

Los resultados del análisis curricular del Plan 2001 confirman la determinación de la institución en su respaldo a este cambio de modelo. El Plan 1993 ya denunciaba la obsolescencia de un enfoque centrado en la enfermedad y la ausencia de contenidos relativos a la educación para la salud. El Plan 2001 reafirma estas bases conceptuales y, aunque no hace mención expresa a la estrategia de APS, recoge en sus fundamentos varios de sus principios rectores. Por último, el nuevo Plan 2011 refiere específicamente a la creación del SNIS y a la intervención del odontólogo en «la atención de la salud bucal, a través de abordajes individuales y colectivos en una red de servicios con una estrategia de Atención Primaria de la Salud que priorice el primer nivel de atención» (pp. 13-14).

El texto del Plan de Estudios 2001 y los objetivos expresados en los programas de sus unidades curriculares muestran un alto grado de concordancia con la pretensión de revertir el modelo curativo tradicional y orientarlo hacia un enfoque que privilegia la promoción de la salud, la prevención de las afecciones prevalentes del sistema estomatognático y la asistencia odontológica básica correspondiente al primero y segundo niveles de atención.

Sin embargo, estos énfasis en la promoción y en la prevención, destacados en los objetivos de todos los programas, se debilitan cuando se examinan los contenidos de unos cuantos de ellos, dado que privile-

gían el tratamiento de las patologías y la enseñanza exhaustiva de las técnicas curativas requeridas para llevarlo a cabo. Este contraste entre objetivos y contenidos temáticos sugiere la existencia de espacios curriculares en los que el enfoque curativo tradicional aún persiste.

De todas formas, es necesario tener en cuenta que el paradigma emergente propuesto por la facultad supone un cambio cultural tan radical para la comunidad odontológica tradicional que la persistencia de espacios de resistencia resulta un hecho no solo comprensible, sino totalmente esperable.

## La formación de los odontólogos y el SNIS

En la perspectiva de las categorías de análisis construidas por la autora, fue posible concluir que *la formación técnico-profesional* de los egresados de la carrera Doctor en Odontología de la Udelar es pertinente para brindar una atención de calidad, centrada en la estrategia de APS, en el primer nivel de atención. Como puede apreciarse en el Anexo A, se constató que todas las competencias integradas en esta categoría son efectivamente abordadas en diversas unidades curriculares a lo largo de la carrera, con niveles crecientes de complejidad.

El reciente Dictamen de acreditación de la Carrera de Odontología por sistema ARCU-SUR (Uruguay, Ministerio de Educación y Cultura, 2011) parecería constituir una garantía más que suficiente respecto de que sus egresados adquieren las competencias técnico-profesionales exigidas a nivel regional. La acreditación supone el reconocimiento de la calidad académica de una titulación según los criterios acordados por el Sector Educativo del Mercosur. El proceso implica varias etapas: realización un informe de autoevaluación institucional, que es remitido a un comité de pares externos designado para el caso; visita del comité para evaluar in situ la carrera, y elaboración del informe final, que da paso al dictamen. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que las dimensiones de evaluación consideradas para la acreditación (contexto institucional, proyecto académico, comunidad académica e infraestructura) no examinan la potencialidad de los egresados para participar de forma pertinente en el sistema de salud en proceso de implementación.

En relación con las *competencias de salud pública*, se entienden como fortalezas de la formación: el reconocimiento de la importancia de la estrategia de APS; el cuidado integral centrado en la persona, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y la observancia de una conducta ética frente al paciente. Por el contrario, la capacidad de desarrollar investigaciones (que supondría el dominio de la metodología específica y de la tecnología informática, así como el manejo de idiomas extranjeros) se cumple muy parcialmente en el Plan 2001. El Plan 2011 la reconoce claramente como una debilidad, por lo que propone fortalecer el perfil académico de la formación e incorporar la investigación como uno de sus componentes transversales. La exposición temprana del estudiante a prácticas comunitarias enmarcadas en la estrategia de APS es también relativa, si se considera que —con excepción de alguna instancia puntual— recién en el tercer año de su formación los estudiantes desarrollan una pasantía extensa en el ámbito comunitario. El formato curricular del Plan 2011 no permite establecer si esta situación se modificará en el futuro, porque, en materia de pasantías, sostiene que «las mismas se desarrollarán de forma creciente a partir de tercer año» (p. 29).

Con respecto a la adquisición de *competencias interprofesionales*, resulta evidente que la actual estructura de la Udelar no favorece el desarrollo de este tipo de actividades. El Plan 2001 destaca su importancia a nivel teórico, pero no contempla la adquisición práctica de esas competencias. El Plan 2011 la reconoce claramente como una carencia, tanto a nivel del equipo odontológico como del equipo integral de salud. Sin embargo, pese a que la incluye como una competencia general en el perfil de sus egresados, no resulta evidente la estrategia que se propone implementar para desarrollarla.

En referencia a las *competencias interculturales*, no fue posible identificar objetivos o contenidos referidos a esta temática en las unidades curriculares del Plan 2001. Si bien es cierto que en Uruguay no existen culturas originarias establecidas —como sucede en la mayor parte de América—, resulta indudable que la mayoría de los estudiantes de esta carrera pertenecen a capas medias o altas de la sociedad. Por lo tanto, parece lógico presumir que desconozcan los saberes culturales de los sectores menos privilegiados y que carezcan de las habilidades comuni-

cativas para interactuar con ellos. Esto supondría ciertas limitaciones de los egresados para manejarse en contextos de actuación que supongan el intercambio con estos sectores de la población.

## La visión de los actores institucionales

Todos los actores institucionales entrevistados coincidieron en afirmar que se han producido cambios sustantivos en la formación de grado de los odontólogos, orientados a formar profesionales generalistas, capacitados para operar en un sistema de salud centrado en la estrategia de APS y que privilegia el primer nivel de atención. Sin embargo, admitieron que el viejo esquema curativo todavía persiste en algunos espacios de la propia facultad, así como en la práctica privada que se desarrolla en los consultorios.

En referencia al lugar que ocupa la estrategia de APS en el Plan de Estudios 2001 y las competencias que adquieren los estudiantes para desempeñarse en ella, todos los consultados le otorgaron un lugar relevante en el proceso formativo.

En cuanto a la necesidad de una revisión del plan de estudios para responder a los lineamientos del SNIS, la totalidad de los entrevistados consideraron que no se requieren cambios en el currículo, más allá de los ya previstos por el Plan 2011. Es de señalar que durante la realización de esta investigación, el Consejo Directivo Central (CDC) de la Udelar aprobó el nuevo plan de estudios para la carrera Doctor en Odontología, que comenzó a implementarse en marzo de 2012.

La mayoría de los entrevistados expresaron su adhesión al modelo teórico invocado por la ley 18211. Sin embargo, plantearon serias discrepancias respecto a la modalidad de implementación del SNIS adoptada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) hasta el presente, por considerar que no ha reconocido al odontólogo como integrante del equipo básico de salud, ni el papel de la facultad en la atención odontológica de la población.

Respecto a los aspectos psicológicos, parece existir unanimidad de los entrevistados en relación con la necesidad de otorgarles un lugar de mayor peso en la formación de grado. En este sentido, se observaron visiones muy críticas de los representantes de estudiantes y

egresados en relación con la escasa competencia profesional de los docentes especialistas en odontología para orientarlos respecto a los componentes psicológicos involucrados en la asistencia. Por lo tanto, resaltan la conveniencia de que estos contenidos sean impartidos por especialistas en la disciplina. En cambio, la visión de los integrantes del cuerpo docente procura respaldarse en una tradición centrada en los procesos de impregnación y transmisión intergeneracional de los modelos de atención odontológica que —según los entrevistados— incluye conocimientos prácticos referidos al vínculo con el paciente. A diferencia de otras consultas realizadas, esta interrogante marcó una división neta entre la visión de los informantes que pertenecen al cuerpo docente y la de los representantes de los otros órdenes.

Respecto a la inclusión de los aspectos sociales en la formación de grado, varios informantes claves afirmaron que la mayoría de los estudiantes homologan los contenidos del Curso de Odontología Social con el estudio de la sociología. A partir de esta visión, su falta de articulación con la práctica clínica dificulta su aplicación a nivel práctico, así como la comprensión de su importancia para el desempeño profesional y la adquisición de estas competencias en niveles que superen el mero conocimiento teórico.

En relación con las habilidades interculturales, la mayoría de los actores institucionales se mostraron desconcertados —o manifestaron no comprender la pregunta— cuando se los consultó respecto de la conveniencia de que los estudiantes desarrollaran habilidades interculturales que tuvieran en cuenta la diversidad de la población consultante. Solo dos entrevistados reconocieron su importancia y señalaron que trabajaban estos aspectos en sus prácticas a nivel comunitario.

En referencia a la adquisición de competencias para formar parte de un equipo multiprofesional de salud, todos los informantes concordaron en que es francamente insuficiente, aunque plantearon matices significativos en cuanto a las posibilidades de revertirla:

... en las evaluaciones que realizan los servicios en los cuales los odontólogos nuestros se insertan, marcan como una deficiencia la dificultad que tienen de insertarse en grupos multiprofesionales [...] Estamos formados por disciplinas y el trabajo conjunto no se logra, más allá de una coordinación, más allá de un

acuerdo, pero no hay una transferencia de saberes y un trabajo conjunto para encarar una acción sobre un grupo, o sobre los seres humanos individuales. Eso es una falencia que creo que está en la base de construcción de esta Universidad.

No, no hay actividades específicas con los estudiantes, por lo menos hasta donde yo sé... a nivel estudiantil eso está muy verde... deberíamos tener equipos acá, trabajando en la Facultad, o llevar a los estudiantes a otros lugares donde estuvieran armados los equipos, como para que ellos se pudieran embeber de toda esta situación.

Estoy concursando [...] para crear acá un espacio multi-, inter- y transdisciplinario con la participación de odontólogos, psicólogos, fisioterapeutas y fonoaudiólogos, en la instancia de diagnóstico, de programación del tratamiento y el tratamiento en simultáneo de los cuatro profesionales. La verdadera interdisciplina. Porque acá se habla de interdisciplina, que yo trabaje con el de operatoria y con el de prótesis. Eso falta. No está...

En términos generales, podría afirmarse que la mayoría de los entrevistados responsabilizan a la Udelar por la ausencia de políticas centrales que permitan cambiarlas, pero no se consideran responsables por la persistencia de estas carencias a nivel institucional.





# La metodología de investigación

## Los fundamentos del diseño

Asumiendo la imposibilidad de estudiar todas las carreras del Área Salud, se optó por el método del estudio de caso, en virtud de considerar que la prioridad radicaba en lograr un conocimiento en profundidad de los fenómenos estudiados y de su contexto, por sobre la pretensión de generalizar los hallazgos obtenidos (Neiman y Quaranta, 2006).

Atendiendo a la naturaleza compleja del problema a investigar, se entendió pertinente adoptar una metodología de naturaleza cualitativa, siguiendo la concepción interpretativa de Vasilachis de Gialdino (2009). Esta perspectiva supone un observador inmerso en la realidad estudiada, a fin de que pueda comprender su significado. Según esta autora, el científico social debe compenetrarse con el fenómeno estudiado para poder interpretarlo, lo que implica sumergirse en lo que se pretende estudiar y utilizar la comunicación como herramienta para acceder a los significados.

En una perspectiva epistemológica, este enfoque implicaba riesgos a la hora de establecer distancias con el objeto de estudio, por lo que resultaba imperativo reconocer nuestra dilatada participación en proyectos conjuntos del Área Salud, pese a no haber pertenecido nunca al plantel docente de la Facultad de Odontología. También era necesario reconocer nuestra adhesión a los cambios propuestos por la ley 18211 y la convicción de que la Udelar debe contribuir decisivamente a su concreción, ajustando sus programas de formación profesional a los requerimientos del nuevo modelo.

Por otra parte, la múltiple condición de observadora, entrevistadora, evaluadora e intérprete de las realidades observadas hacía impres-



cindible tener en cuenta la dimensión subjetiva a la hora de evaluar el rol como investigadora (Neiman y Quaranta, 2006). A efectos de minimizar los sesgos que pudieran surgir de esta situación, se apeló a la utilización de diferentes instrumentos: construcción de categorías de análisis para el estudio de los documentos curriculares, estudio detallado y contrastado de ellos, opinión de los actores institucionales respecto a los resultados observados y análisis de la implicación de la investigadora.

En la perspectiva del análisis curricular, se tuvo en cuenta la concepción de Alicia de Alba (2002: 137), que lo define como «la tarea específica de abordar un currículum con fines de comprenderlo y valorarlo», considerando diferentes dimensiones, planos y niveles de significación. En el caso de este estudio, el análisis se centró en lo que De Alba denomina plano «estructural formal», que refiere al estudio de los planes de estudio, los programas y las disposiciones reglamentarias.

Finalmente, en la perspectiva metodológica cabía plantearse cuáles eran los procedimientos más adecuados para construir el conocimiento. Se buscaba explorar la diversidad de sentidos y de puntos de vista acerca de la formación actual de los odontólogos para intervenir en un sistema de salud centrado en la estrategia de APS, haciendo visibles las regularidades, pero también las situaciones que no encajaran y las circunstancias que actuaran para que estas no se comportaran de la forma esperada (Quiñones, 2008). La variedad de fuentes de información utilizadas (documentos curriculares, documentos nacionales e internacionales referidos a la formación de recursos humanos en salud, entrevistas a actores institucionales, etc.) procuró «captar y describir la complejidad de los fenómenos en estudio y su contexto con la mayor riqueza posible, respetando la mirada de los actores sociales involucrados» (Neiman y Quaranta, 2006: 220).

Siguiendo a Olabuenaga y Espizúa (1989), se empleó la técnica de entrevista en profundidad con los actores institucionales por tratarse de una instancia en la cual «el investigador busca encontrar lo que es importante y significativo en la mente de los informantes, sus significados, perspectivas e interpretaciones, el modo en que ellos ven, clasifican y experimentan su propio mundo» (p. 126). Al mismo tiempo,

se buscó que el diálogo con los entrevistados descubriera perspectivas no exploradas en el análisis documental previo y que hiciera posible redireccionar la búsqueda, como efectivamente ocurrió, en el análisis posterior de los datos. En función de la opción metodológica realizada, se asumió que los resultados privilegian las valoraciones subjetivas de los entrevistados y las del propio investigador en tanto participante activo en esta tarea.

Una cuestión metodológica difícil de resolver fue la conveniencia (o inconveniencia) de adoptar el enfoque por competencias para estudiar la pertinencia del Plan 2001 y sus unidades curriculares a efectos de participar en el SNIS. Esto se debe a que en el campo de la educación persiste un extenso e intenso debate respecto de la pertinencia de admitir este enfoque, dado que no proviene del ámbito académico sino que ha sido extrapolado del ámbito laboral, vinculado al análisis de tareas y la determinación de etapas para que un técnico adquiriera las destrezas necesarias para un desempeño eficiente (Díaz Barriga, 2006). Aunque este autor reconoce la capacidad del enfoque «para establecer una formulación de alta integración en la competencia general», advierte que fácilmente podría derivar en «una propuesta de construcción curricular por objetivos fragmentarios» (p. 15). Si bien esta conceptualización proviene del ámbito laboral, Perrenoud (1999) señala que el enfoque por competencias promueve la movilización de la información en el proceso de aprendizaje y se encuentra cercano al enfoque del aprendizaje basado en la resolución de problemas. Aunque tendría la ventaja de oponerse al enfoque enciclopedista tradicional, este autor también advierte respecto de los peligros de una utilización simplista del modelo. En forma similar, Camilloni (2010) ha señalado que el concepto de competencia tiene la ventaja de ser un saber en acción, especialmente cuando se lo vincula a la resolución de problemas complejos, pero expresa su oposición a cualquier deslizamiento que implique considerar las competencias como «destrezas específicas».

Pese a estas advertencias y polémicas, resultó inevitable optar por el enfoque por competencias. En primer lugar, porque es el modelo predominante en todos los acuerdos consensuados a nivel de la OMS y de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), así como en los principales documentos referidos a la formación de recursos humanos en salud (OPS,

2007; OPS-OMS, 2008; 2010). Consecuentemente, es el lenguaje utilizado por los especialistas en esta temática vinculados a esos organismos (Borrel y Rovere, 2004; Nebot, Rosales y Borrel, 2009; Copwe y otros, 2010), así como por las instancias gubernamentales de los países que los integran (ministerios de Salud o similares). Finalmente, cabe destacar que fue el enfoque adoptado por la Facultad de Odontología de la Udelar a la hora de redefinir el perfil de egreso para su Plan de Estudios 2011.

Asumida la necesidad de adoptar este enfoque, se consideró imprescindible integrar los aportes de Miller (1990) respecto de los diferentes niveles de adquisición de una competencia. Este autor concibe la evaluación de las competencias profesionales como una pirámide de cuatro niveles de creciente complejidad en función del proceso formativo. En la base de su esquema sitúa los conocimientos teóricos requeridos para desarrollar las tareas profesionales con eficacia (saber). En un segundo nivel de complejidad, ubica las habilidades necesarias para aplicarlos a casos concretos (saber cómo). En el tercer nivel plantea la competencia cuando es medida en ambientes *in vitro* o simulados, donde el estudiante debe demostrar lo que es capaz de hacer (mostrar cómo), tal como ocurre en los espacios de práctica preprofesional de todas las carreras del Área Salud de la Udelar. En la cima de la pirámide, Miller coloca el desempeño real, entendido como lo que el sujeto es capaz de hacer en su accionar cotidiano y que demostraría su dominio de la competencia en el ámbito profesional.

Siguiendo este criterio, el análisis de los documentos curriculares no solo tuvo en cuenta la mención específica de la competencia en cuestión, sino el nivel en que esa competencia era evaluada por la institución educativa (véase el Anexo A).

## El diseño de la investigación

Se adoptó como método el estudio de caso único, empleando como técnicas el análisis documental y las entrevistas en profundidad a informantes calificados. Las fuentes documentales primarias fueron el Plan de Estudios 2001 de la carrera Doctor en Odontología de la Udelar, la totalidad de las 43 unidades curriculares que lo integran, y, subsidiariamente, los planes 1993 y 2011.

Los planes de estudio 2001 y 2011 estaban disponibles en la página de la Facultad de Odontología, pero el acceso a otras fuentes de datos se vio notoriamente facilitado por la decisión de sus autoridades de apoyar el desarrollo de esta investigación (resolución n.º 54 del 17/2/11). Merced a esa resolución, fue posible acceder a la totalidad de los programas de las unidades curriculares, que habían sido recientemente actualizados en virtud del proceso de acreditación de la carrera en que la institución estaba inmersa.

A efectos de analizar los documentos curriculares, se construyeron cuatro categorías de análisis que permitieron sistematizar los atributos requeridos a los profesionales de la salud para intervenir de forma pertinente en sistemas centrados en la estrategia de APS, que priorizan el primer nivel de atención. Esta medida fue necesaria porque la ley 18211 establece que «las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios» (art. 36), pero no caracteriza la formación profesional requerida a los integrantes de estos equipos. Esto se debe a que el régimen de autonomía de la Udelar, consagrado en la Constitución de la República, hace inviable que una ley establezca lineamientos curriculares para la formación universitaria.

Si bien existe profusa bibliografía respecto de los acuerdos alcanzados en los organismos internacionales de la salud, no fue posible ubicar un documento que sintetizara los requerimientos exigibles a los profesionales de la salud para integrar un equipo centrado en la estrategia de APS. El *Manual de indicadores de las Metas de los Objetivos de Toronto* (OPS, 2010) es el que más se aproxima, pero su finalidad es monitorear los avances en el proceso de implementación de los sistemas de salud, y solo tangencialmente refiere a la formación profesional ofrecida por las instituciones educativas.

Para la construcción de estas categorías de análisis se tuvieron en cuenta: documentos oficiales del MSP de Uruguay, la OPS, la OMS, fuentes bibliográficas independientes y aportes de informantes calificados.

Las cuatro categorías finalmente consideradas fueron:

*Competencias técnico-profesionales* suficientes para brindar una atención apropiada en el primer nivel de atención desde una perspectiva de APS. Para la construcción de esta categoría se tuvieron en cuenta los documentos consensuados a nivel de OMS-OPS, la bibliografía con-

sultada y el asesoramiento de una informante calificada (odontóloga, exdocente de la Facultad de Odontología de la Udelar, con extensa actuación profesional en el ámbito comunitario). Dado que el perfil de egreso del Plan 2001 no está expresado en términos de competencias, se tomaron como referencia algunas de las enunciadas en el Plan de Estudios 2011 de la Facultad de Odontología, que eran conceptualmente similares.

A partir de este trabajo, se llegó a la siguiente síntesis de las competencias técnico-profesionales requeridas para brindar una atención apropiada en el primer nivel de atención en una perspectiva de APS:

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

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

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



- reconocimiento de la importancia de la estrategia de aps para la organización del sistema sanitario;
- comprensión de los determinantes sociales de la salud;
- cuidado integral y continuo centrado en la persona, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades;
- observancia de una conducta ética frente al paciente, el equipo de salud y la comunidad, preservando la dignidad y privacidad de las personas;
- conocimientos generales relacionados con las ciencias sociales y la realidad sociopolítica y cultural del país;
- exposición temprana del estudiante a prácticas de aps en la comunidad;
- capacidad para llevar a cabo investigaciones;
- capacidad para planificar, monitorear y evaluar el proceso de trabajo que se desarrolla en los servicios de salud en que se desempeña y sus impactos sobre la salud de la población.

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

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

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

Una vez definidas estas categorías, se analizó el texto del Plan 2001 de la carrera Doctor en Odontología y los programas de sus unidades

curriculares, contrastándolos con estas competencias internacionalmente reconocidas como necesarias para desempeñarse en sistemas de salud centrados en la estrategia de APS (véase el Anexo A).

Para complementar el análisis documental, se realizaron entrevistas en profundidad a integrantes del Claustro, del Consejo de la facultad y de la Unidad de Supervisión y Transformación Curricular (Unstrac) —en su carácter de responsables del diseño curricular y/o de la conducción del plan de estudios— con la finalidad de conocer su visión con respecto al tema en estudio y esclarecer aspectos no suficientemente explicitados en los documentos curriculares. La elección de los entrevistados se realizó siguiendo el criterio del muestreo intencional, procurando que los tres órdenes universitarios (docentes, estudiantes y egresados) estuvieran representados en la muestra.

A efectos de realizar esta tarea, se contó con la colaboración de las autoridades de la Facultad de Odontología, quienes proporcionaron una extensa lista de potenciales informantes claves que cumplieran con los criterios de inclusión descritos. Se entrevistó a la totalidad de personas que respondieron afirmativamente a la invitación cursada. A modo de primer contacto se les envió un correo electrónico en el que se les informaba sobre la propuesta y se les solicitaba su participación en la investigación. A quienes respondieron afirmativamente se les envió un segundo correo para procurar fijar una fecha y lugar para la entrevista y se les solicitó autorización para grabarla. Todas las entrevistas se realizaron en dependencias de la Facultad de Odontología y todos los entrevistados accedieron a ser grabados, lo que facilitó significativamente la transcripción y el análisis posterior. El registro grabado de cada entrevista estuvo acompañado de notas —a cargo de la entrevistadora— que permitieron recoger aspectos no verbales, así como comentarios de los entrevistados realizados en momentos previos o posteriores al encuentro.

La muestra intencional quedó finalmente compuesta por cinco docentes, un egresado y un estudiante. Cuatro de ellos pertenecían a organismos de cogobierno de la facultad (Consejo y/o Claustro), mientras que los restantes integraban o habían integrado recientemente la Unstrac. Dado el alto grado de coincidencia de las opiniones vertidas por los siete entrevistados respecto de las interrogantes planteadas, se

consideró que se había alcanzado un grado de saturación suficiente y que era innecesario solicitar una nueva lista de posibles informantes.

Siguiendo a Valles (2003), se elaboró un guion para la entrevista, en el que se incluyó la consulta expresa respecto de eventuales cambios en el currículo para atender los requerimientos del SNIS, así como preguntas destinadas a profundizar en aspectos de los documentos curriculares que generaban dudas o presentaban aparentes inconsistencias a los ojos de la investigadora. El guion quedó conformado de la siguiente forma:

¿Considera que la actual formación de grado de los odontólogos debería ser revisada en algún aspecto para responder a los lineamientos del SNIS propuesto en la ley 18211 y en actual proceso de implementación? Si así fuera, ¿en qué aspectos?

El Plan de Estudios 2001 reafirma la necesidad de revertir el enfoque curativo tradicional de la odontología hacia un enfoque preventivo asistencial. ¿Qué avances considera que se han producido en esta dirección?

En su opinión, ¿qué lugar ocupa la estrategia de APS en el Plan de Estudios 2001 y qué competencias específicas adquieren los estudiantes de odontología, durante su formación de grado, para desempeñarse en ese modelo?

En el Plan de Estudios 2001 y en varios programas de la carrera se señala la importancia de considerar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del paciente. Me ha quedado claro el lugar que ocupan los factores biológicos, pero me gustaría conocer su opinión respecto al lugar que tienen los aspectos sociales, psicológicos y culturales en la formación actual del odontólogo.

En las unidades curriculares que implican la atención de pacientes se evalúa a los estudiantes en función de los componentes técnicos de la asistencia y de «las relaciones humanas» que establecen. Dado que en los programas del Plan 2001 no encontré referencias explícitas a la enseñanza de estrategias para relacionarse con los pacientes, ¿cómo considera que los estudiantes adquieren estas habilidades?

El SNIS señala que «las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios». En su visión, ¿se desarrollan actividades durante la formación de grado de los odontólogos que

los preparen para integrar equipos interprofesionales (o sea, equipos conformados por otros profesionales de la salud, como médicos, asistentes sociales, enfermeros, psicólogos, nutricionistas, etc.)?

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

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

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

# Algunos conceptos fundamentales

## La reforma del sistema de salud uruguayo y el posicionamiento de la Udelar

La exposición de motivos de la ley 18211 de creación del SNIS destaca que la atención de la salud ha estado «centrada en la enfermedad, con consecuentes altos gastos en tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, además de duplicación, dispersión y subutilización de los recursos disponibles», lo que constituye «un marco altamente disfuncional al ejercicio pleno del derecho humano a la protección de la salud». En función de lo anterior, «aconseja la urgente instrumentación de una reforma», cuyo objetivo fundamental debe ser:

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

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

miento del sector, que asegure mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad, a través de un fondo único administrado centralmente.

La Udelar había manifestado en reiteradas oportunidades su opinión favorable a la transformación del sistema de atención sanitario del país, así como su apoyo explícito a la estrategia de APS. A partir de 2006, la Udelar participó activamente en el Consejo Consultivo convocado por el Poder Ejecutivo para discutir las estrategias de implementación del nuevo sistema de salud, así como en el estudio de la ley 18211. Por su parte, el CDC manifestó —de forma unánime— su posición favorable a la ley de creación del SNIS y celebró «la iniciativa de construir un Sistema Nacional Integrado de Salud, basado en el reconocimiento de la Salud como un derecho humano esencial» (Udelar, CDC, 2009).

Asimismo, la Udelar integra la Comisión Mixta MSP-Udelar creada en 2010 con el propósito de «construir una agenda estratégica en salud, formalizando una relación bidireccional» a efectos de elaborar «una política de recursos humanos» (acta n.º 1). Aunque todos los participantes afirmaron estar contestes en la necesidad de profundizar el vínculo entre el Área Salud de la Udelar y el MSP para efectivizar el cambio de modelo, las diferentes visiones respecto de las acciones requeridas han dificultado su efectivo funcionamiento.

## Los sistemas de salud basados en la estrategia de APS

En los países donde se ha avanzado en esta dirección (Canadá, Cuba, Reino Unido, Brasil, entre otros), la implantación de sistemas integrados de salud ha ido acompañada de cambios importantes en el vínculo entre las instituciones formadoras de los profesionales y los estamentos gubernamentales. Entre otros cambios relevantes, se han promovido: la creación de facultades o escuelas de ciencias de la salud, la reorientación de los currículos con énfasis en los determinantes sociales de esta y la integración docente-asistencial en áreas geográficas donde los servicios de atención y los centros formadores comparten responsabilidades, tanto asistenciales como pedagógicas (Lalonde, 1974; Morales Calatayud, 1999; De Lellis, 2006; OPS-OMS, 2008).

En la Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en Toronto, Canadá (OPS-OMS, 2005), los países miembros se comprometieron a

cumplir 20 metas referidas a la reforma de los sistemas de salud y a la formación de recursos humanos para el período 2007-2015. Entre otras metas, se comprometieron a crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que fuera posible adaptar la educación de los profesionales de la salud a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad, que satisfaga las necesidades de salud de toda la población. En este sentido, se acordó que

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

La bibliografía consultada, los documentos emanados de OPS-OMS y la normativa uruguaya en materia de salud permiten concluir que la formación de los recursos humanos es un vector de suma importancia para la concreción de cambios en el modelo sanitario de un país y que todas las profesiones de la salud tienen la oportunidad de contribuir a este desafío —a partir de sus marcos teóricos y técnicos específicos— siempre y cuando asuman la complejidad de las cuestiones a resolver y adopten criterios de integración disciplinaria.

## Los odontólogos y el cambio de modelo en salud

Kruger (Cormack, 2001), De Carvalho Weyne (1997) y otros autores afirman que el descubrimiento de la naturaleza multifactorial, infecciosa y socioeconómico-cultural de los procesos de generación de la caries y las afecciones periodontales sacudió las bases tradicionales de la profesión y dio inicio a lo que definen como un «cambio de paradigma» en el campo de la odontología. Aunque este proceso comenzó en la sexta década del siglo pasado, recién se consolidó varios años más tarde.

Considerando que la Udelar estuvo intervenida por la dictadura hasta 1984, es posible afirmar que la Facultad de Odontología logró integrarse rápidamente a este proceso. Entre 1985 y 1993 logró debatir y acordar una serie de transformaciones que se plasmaron en el Plan de Estudios 1993. Sus principios orientadores ya recogían la pretensión



de revertir el enfoque curativo hacia el preventivo asistencial, así como la preocupación por las carencias del sistema de atención odontológica imperante en el país. Dado que el Plan 2001 reafirma y profundiza estas orientaciones, puede afirmarse que la formación de grado de los odontólogos de la Udelar ha evolucionado significativamente en consonancia con el modelo emergente a nivel internacional.

En resumen, cabe presumir que la mayoría del colectivo odontológico apoya este cambio de modelo, dado que ha logrado discutir y aprobar, en menos de 20 años, tres planes de estudios que avanzan en la misma dirección.



# Discusión de los resultados

## Los cambios operados en la formación odontológica

El texto del Plan de Estudios 2001 y los objetivos de los programas de las unidades curriculares muestran un alto grado de concordancia respecto a la pretensión de revertir el modelo curativo y reorientarlo hacia un enfoque que privilegie la promoción de la salud, la prevención de las afecciones prevalentes del sistema estomatognático y la asistencia odontológica básica, correspondiente al primero y segundo niveles de atención.

Todos los informantes egresados de planes anteriores resaltaron este cambio, insistiendo en el carácter «tecnicista», «dentocéntrico» y «preciosista» de una formación que los preparaba para realizar restauraciones sobre una patología ya instalada, pero que no tenía en cuenta la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades ni la consideración del paciente como un ser humano integral. Asimismo, destacaron la orientación tradicional de la profesión hacia un ejercicio privado que restringe el acceso a vastos sectores de la población. Reforzando los cambios operados, la representante estudiantil plantea que el conocimiento que ha recibido «lleva un profundo análisis de todo el cuerpo humano y, a su vez, del ser humano en sociedad: los factores que afectan el proceso salud-enfermedad».

Sin embargo, estos énfasis en la promoción y en la prevención se debilitan cuando se examinan los contenidos de varios programas. Principalmente en las unidades de aprendizaje (UDA) del Curso de Tratamiento correspondientes a los dos últimos años de la carrera, los contenidos referidos a las técnicas curativas son evaluados en un nivel superior de adquisición de la competencia (demostrar cómo), mien-

tras que los contenidos referidos a las competencias de salud pública no figuran en los requisitos de aprobación, o son evaluados en niveles incipientes de su desarrollo (saber o saber cómo). Esto sugiere que en algunos espacios curriculares se han integrado conceptos referidos a la nueva orientación, pero que se continúa priorizando la formación técnica tradicional.

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

En referencia a la resignificación del paciente como un «ser biopsicosocial», se observan avances dispares según la unidad curricular considerada. Mientras que el Curso de Morfofunción refiere a un ser humano de naturaleza exclusivamente biológica, los programas de otros cursos destacan la importancia de tener en cuenta los aspectos psicológicos y sociales del consultante. Los informantes claves se mostraron contestes en reconocer carencias en la formación del odontólogo respecto a los aspectos psicológicos:

Donde, indudablemente, las carencias son mayores es en los aspectos psicológicos [...] una de las trabas mayores para asumir la atención odontológica que tienen las personas es el miedo al odontólogo [...] en eso tenemos un gran atraso, no se ha puesto en los puntos más importantes del orden del día, más allá de que hoy tenemos un curso optativo.

Sin embargo, mostraron diferencias respecto al peso otorgado por el currículo a los aspectos sociales y culturales. Todos destacaron el papel creciente del Curso de Odontología Social en el currículo, aunque varios señalaron la necesidad de una mayor articulación con la formación clínica para que los estudiantes visualicen la importancia de su aplicación en la práctica cotidiana.

Solo dos entrevistados aludieron espontáneamente a los aspectos culturales:

Desde que entra el estudiante en el Curso Introductorio uno trata de que tenga contacto con eso. Porque el mate dulce —y además hay que tener mucho cuidado porque a veces es lo único calentito o dulce que toman determinados sectores—, el chupete con miel, el pecho o la mamadera toda la noche... Hay costumbres que realmente son determinantes de la salud bucal y todavía es un debe de la odontología mundial. Algunas no son solo de Uruguay.

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

Los restantes entrevistados fueron repreguntados, pero no parecieron jerarquizar o comprender la pregunta acerca del peso de los factores culturales en el ejercicio de la profesión, especialmente cuando se desarrolla en ámbitos comunitarios:

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

Creo que no, que surge permanentemente y el estudiante lo reconoce y trata de elaborar su propuesta terapéutica reconociendo esa realidad.

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

## Las competencias técnico-profesionales de los odontólogos y el SNIS

Como ya fue señalado, la reciente acreditación de la carrera Doctor en Odontología Plan 2001 por el Sistema ARCU-SUR parecería constituir una garantía suficiente respecto a que sus egresados adquieren las competencias técnico-profesionales exigidas en la región. Entre otros aspectos, el dictamen n.º 8/11 (2011) destaca el «compromiso social» de la carrera, evidenciado en «la adopción de la estrategia de Atención Primaria de la salud como orientadora de los procesos académico-asistenciales, la estrecha integración y articulación entre la Facultad y otros organismos de asistencia pública y el desarrollo de diversos modelos de atención». Aunque estos aspectos están en sintonía con la reforma del sistema de salud uruguayo, cabe recordar que las dimensiones consideradas para la acreditación universitaria de una carrera apuntan a examinar la excelencia académica de la formación, pero no pretenden expedirse acerca de la participación de los egresados en un sistema integral de salud como el previsto en la ley 18211. Por lo tanto, se consideró pertinente incluir el análisis de esta categoría, más allá del dictamen ampliamente favorable de la Comisión de Acreditación.

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

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

Con respecto al Curso de Morfofunción, su enfoque es exclusivamente biológico. Aunque se comprende la necesidad de desarrollar estrategias pedagógicas que respeten las lógicas disciplinares, resulta llamativa la ausencia total de referencias en el texto de los seis programas de este curso al papel de los determinantes sociales en el de-

sarrollo normal del aparato estomatognático. No obstante, cabe tener en cuenta la opinión de los informantes claves respecto de los importantes avances logrados a partir de una enseñanza integrada de contenidos básicos que antes se ofrecían de forma inconexa (anatomía, bioquímica, histología, fisiología, etc.). Esto parece indicar que se han realizado progresos significativos en la integración de conocimientos, aunque persista un enfoque del desarrollo normal que solo considera los aspectos biológicos. En cambio, las unidades del Curso de Tratamiento referidas al estudio del desarrollo infantil (UDA 10) y el proceso de envejecimiento del aparato estomatognático (UDA 8) incorporan la dimensión psicológica y, en menor medida, la social.

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

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

Respecto a manejar procedimientos clínicos y prácticas necesarias para la atención inicial de urgencias y emergencias, se trabajan principalmente en el curso optativo Emergencia General en la Asistencia Odontológica. Según afirman los entrevistados, pese a su carácter opcional, se trata de un curso tomado por la mayor parte de los estudiantes. Para el representante de los egresados, esto resulta lógico porque «a esa altura de la carrera, tenés mucho más miedo a lo que te pueda pasar si un paciente hace una hemorragia, o tiene una enfermedad sistémica que se te descompensa en el consultorio».

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

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

## Las competencias en salud pública de los odontólogos

La adquisición de estas competencias se vincula a nivel curricular con las tres UDA del Curso de Odontología Social, las pasantías desarrolladas en servicios y comunidad, las UDA 10 y 12 del Curso de Trata-

miento y algunos cursos optativos. Al igual que en el apartado anterior, todas las competencias consideradas en esta categoría aparecen representadas de alguna forma en el currículum, aunque se observan diferencias en la trascendencia que se les otorga.

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

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

Los aportes de varios informantes parecen confirmar la necesidad de una mayor integración entre los componentes sociales y asistenciales de la formación: «lo queremos articular porque para los estudiantes es árido [...] cuando ellos eligieron la rama biológica y les hacen estudiar sociología, les resulta árido»; «los aspectos sociológicos han empezado hace poco, muy poco, y en un plan que todavía tiene mucho de tecnológico, como que se piensa que hay cosas que no entran». Otro informante fue más drástico al afirmar:

... el ingreso de la cátedra de Odontología Social y de lo social en la formación proviene del Plan 66, pero, en realidad, ha sido como un cuerpo extraño que ha estado en la carrera. Con los planes 93 y 2001 ha ido adquiriendo una presencia cada vez mayor... fundamentalmente a través de las pasantías.

Esta dificultad para articular los componentes sociales y biológicos de la formación odontológica sugiere que, pese a la adhesión del Plan 2001 al modelo de comprensión de la salud iniciado por Laframboise



(1973) y Lalonde (1974), el enfoque clínico hegemónico denunciado por Saforcada (1997), Morales Calatayud (1999), De Lellis (2006) y otros autores todavía continúa operando en un segundo plano de la formación.

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

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

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

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

mente en las pasantías que se desarrollan a partir del tercer año de la carrera —dado que tienen cargas horarias cercanas a las 300 horas—, ya no implican una «exposición temprana a la estrategia de APS», considerando su ubicación en el currículo.

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

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

## Las competencias de los odontólogos para trabajar en un equipo multiprofesional

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

mack, 2001) respecto a la tendencia tradicional a la especialización y la resistencia de muchas universidades a formar odontólogos generalistas.

La ley 18211 tampoco es precisa cuando establece que «las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios» (art. 36). Aunque en el campo de la salud es habitual referirse a «equipos interdisciplinarios» para identificar aquellos conformados por egresados de diferentes formaciones (médicos, enfermeros, psicólogos, asistentes sociales, promotores de salud, etc.), es muy discutible que constituyan disciplinas. Más bien parece tratarse de formaciones profesionales que, como señalan Gómez Campo y Tenti Fanfani (1993), presentan un panorama de creciente fragmentación que dificulta «el trabajo cooperativo entre diferentes especialistas, porque la lógica del desarrollo de los campos genera distintos conjuntos de intereses, de actitudes, y por último, de lenguajes» (p. 52).

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

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

Varios entrevistados coincidieron en afirmar que existen limitaciones en la adquisición de competencias interprofesionales: «la verdadera interdisciplina: acá se habla de interdisciplina que yo trabaje con el de operatoria y con el de prótesis. Eso falta»; «las evaluaciones que realizan los servicios donde nuestros odontólogos se insertan marcan como una deficiencia la dificultad que tienen de insertarse en grupos multiprofesionales». Asimismo, la representante estudiantil fue enfá-

tica al afirmar que no tenían contacto con profesionales de otras carreras del área ni realizaban prácticas conjuntas con otros integrantes del equipo odontológico.

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

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

Resultó llamativa la unanimidad de opiniones respecto al «fracaso» de estos programas integrales, considerando que ambos siguen funcionando, que los estudiantes de Odontología concurren brevemente al Programa APEX al inicio de su formación y que su Policlínica Odontológica sigue operando como espacio de práctica para una de las pasantías. Aunque no se pudo profundizar en los motivos de este desencanto, se observó una valoración muy positiva de un pasado relacionamiento con el APEX, que actualmente no parece verificarse.

Por su parte, el representante del orden de egresados relativiza el problema por considerarlo común a todas las formaciones profesionales del Área Salud:

... de lo poco que yo pueda saber de lugares donde han trabajado estudiantes de odontólogo, que había médicos y había psicólogos, se dan los mismos problemas... desde el inicio ya empieza a haber distancias.

Parece razonable admitir que la actual estructura de la Udelar, y de su Área Salud, no favorece en absoluto el desarrollo de actividades de carácter interprofesional. Sin embargo, resulta llamativo el escepticismo de la mayoría de los entrevistados respecto a la posibilidad de generar propuestas que permitan un abordaje de naturaleza multiprofesional. Tanto las explicaciones referidas a las condiciones estructurales de la Udelar como las que apelan al relato de experiencias integrales que consideran frustradas o las que relativizan su importancia argumentando que ocurre en todos los colectivos del área parecen depositar las causas de este fracaso en el afuera institucional. No obstante, es necesario recordar el planteo de la representante estudiantil respecto a las falencias que también en el campo odontológico:

... el encare que hace el plan de estudios es un enfoque de trabajo en equipo (asistente, higienista, laboratorista y odontólogo compartiendo un caso) y eso en la práctica no se lleva a cabo... Me parece que este es un gran debe que se puede implementar fácilmente, que los compañeros asistentes e higienistas hagan sus prácticas con los compañeros de Odontología.

Cabe plantearse, entonces, si las dificultades para trabajar en equipo solo remiten al afuera institucional, o si tienen su génesis en la propia dinámica de un campo profesional tradicionalmente caracterizado por su tendencia al trabajo individual en el consultorio y su fragmentación en especializaciones. Pese al optimismo de la estudiante entrevistada, no parece tan sencillo modificar un esquema de trabajo que tiene un peso histórico tan significativo.

Aunque muchos autores (Grupo de Investigación en APS de Porto Alegre, 2008; Morales Calatayud, 2010; Nebot, Rosales y Borrel, 2009; OPS, 2010) señalan la conveniencia de «des-hospitalizar» las prácticas, resulta llamativo que algunos informantes destaquen la importancia de las pasantías en el ámbito hospitalario como principal vía de acceso a la experiencia interdisciplinaria. Esto parece explicarse por la ausencia de oportunidades, en las inserciones de naturaleza exclusivamente odontológica, para interactuar con estudiantes y profesionales de otras carreras. En ese sentido, las pasantías por hospitales generales parecen posibilitar, al menos, el intercambio con integrantes del campo de la medicina.

## Las competencias interculturales de los odontólogos

En referencia a la adquisición de competencias para «interactuar con la comunidad, promoviendo su participación activa en el sistema de salud», la UDA 1 del Curso de Odontología Social incluye una unidad temática destinada al estudio de la participación social, el proceso de empoderamiento y el ciclo de la participación, que solo es evaluada a nivel teórico, dado que la práctica prevista no menciona estos temas.

Asimismo, el programa de la Pasantía I del tercer año explicita en sus contenidos que se trata de «fijar conductas y actitudes favorables respecto a la Salud Bucal, donde el niño se sienta *sujeto* y no objeto de este proceso que tiene como fin capacitarlo para reconocer su propia salud y su derecho a la salud». Sin embargo, no fue posible establecer qué peso específico se le asigna a esta tarea de empoderamiento, dado que no figura en los aspectos que se deben evaluar. Considerando que este aspecto tampoco es mencionado en las otras dos pasantías previstas, es de presumir que los graduados tengan algunas limitaciones, a nivel de la práctica, para promover la participación activa de la comunidad en la defensa de su derecho a la salud.

En relación con las «habilidades interactivas y de comunicación para trabajar con grupos étnicos, lingüísticos, religiosos o socioeconómicos diversos», se encontraron algunas referencias de carácter puntual en las pasantías I y III del Plan 2001. No obstante, es de destacar que esas habilidades no figuran explícitamente en los aspectos que se deben evaluar en ambas pasantías. Esto parece coincidir con lo ya señalado respecto a la dificultad de varios entrevistados para comprender la pregunta respecto al papel de los aspectos culturales en la atención brindada por los estudiantes. Como se recordará, solo dos informantes se refirieron de forma espontánea a la importancia del componente cultural, considerando que la mayor parte de los estudiantes pertenece a un grupo social diferente del de los consultantes. Los restantes entrevistados minimizaron esta circunstancia argumentando que los pacientes que se atienden en los diferentes servicios de la facultad son más o menos parecidos, o sugiriendo que ese aspecto forma parte de la valoración integral que realiza el estudiante al elaborar su plan de tratamiento.

Lo expuesto parece sugerir cierta invisibilidad de la importancia de los factores culturales en el desempeño de los promitentes graduados y desconocer lo planteado por Freire (2004) respecto a la necesidad de discutir con los estudiantes la razón de ser de sus saberes socialmente contruidos, especialmente cuando se trata de formar profesionales comprometidos con las necesidades de una comunidad cuyos saberes populares suelen diferir bastante de los que portan la mayoría de los estudiantes.

## El ejercicio profesional de los odontólogos y el SNIS

El análisis de las entrevistas realizadas a los actores institucionales puso de manifiesto que existen diferencias de significación entre la situación actual del ejercicio profesional de los odontólogos y la de otros profesionales del campo de la salud. En la mayor parte de las carreras (Medicina, Enfermería, Psicología, Nutrición, etc.), el ejercicio liberal de la profesión ha ido involucionando hacia una creciente proletarización del vínculo, que implica la participación habitual en calidad de asalariados, en variadas instituciones públicas o privadas de asistencia colectiva (Gómez Campo y Tenti Fanfani, 1993; Artigas, Cabezas y Diez, 2004).

En el caso de los odontólogos, por el contrario, este proceso de cambio se presenta de forma muy atenuada. Aunque las instituciones de asistencia privada han debido incorporar algunas prestaciones básicas en odontología —y esto ha implicado la contratación de profesionales—, el ejercicio liberal de la profesión sigue constituyendo la principal fuente laboral de los odontólogos. Dado que la mayoría de estas prestaciones se desarrollan en la intimidad de un consultorio privado, resulta legítimo presumir que tengan menos contacto con otros profesionales de la salud y, por ende, mayores dificultades para visualizar su integración a un equipo de naturaleza interprofesional.

Es indiscutible que la Facultad de Odontología adhiere a los lineamientos teóricos de la reforma sanitaria, posición que se refleja en los fundamentos de su Plan 2001 y se reafirma en el Plan 2011. Sin embargo, parece razonable suponer que los conflictos con el MSP con relación a las condiciones de incorporación de los odontólogos al SNIS estén ac-



tivando temores subyacentes respecto a los cambios que esta reforma introducirá en la práctica profesional cotidiana. La siguiente reflexión de uno de los entrevistados resulta paradigmática de lo expresado:

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

Más allá de los actuales defectos de implementación del SNIS, resulta evidente que estos temas no han sido discutidos en profundidad en el ámbito odontológico. Por lo tanto, es dable presumir que se genere un conflicto entre la voluntad manifiesta de la Facultad de Odontología de adherir a un sistema de salud integral, como el propuesto por la ley 18211, y los efectos que su implementación tendría sobre el estatus habitual de estos profesionales.

Es innegable que las reglas del mercado operan a la interna del currículo y que estas regulan, en gran medida, las condiciones de trabajo y las expectativas de remuneración de los futuros egresados. Los odontólogos se han mantenido al margen del proceso de creciente proletarianización de los profesionales de la salud debido a que las leyes del mercado se lo han permitido. Pero también debería considerarse la persistencia de un modelo de trabajo que parece transmitirse a modo de currículo oculto y que induce a una actuación de carácter marcadamente individual.

El Curso Introducción a la Odontología —que opera como presentación de las diferentes carreras ofrecidas por la facultad— resalta la importancia del trabajo en equipo. Pero prácticamente no se verifican instancias formativas a lo largo de la carrera en las que los estudiantes interactúen con otros integrantes del equipo odontológico. Aunque algunos programas de la carrera también destacan la importancia del trabajo en equipo, la representante estudiantil fue enfática al afirmar:

Y eso, en la práctica, no se lleva a cabo. Sí teóricamente. Y después en las clínicas estamos con el paciente y no tenemos contacto con un asistente. Nuestros compañeros que hacen ca-



rreras técnicas tienen prácticas en otros organismos, o mismo dentro de la facultad, pero no con estudiantes que están haciendo la carrera de Doctor en Odontología.

Si pese al enfoque teórico postulado la formación práctica del odontólogo induce a una actuación de carácter individual, parece razonable suponer que su participación en un equipo de trabajo sea dificultosa, cualquiera sea su conformación.

En función de estos planteos, cabe preguntarse si la mayoría de los odontólogos estarán dispuestos a resignar su posición de autonomía absoluta en el consultorio para trabajar en instituciones públicas o privadas formando parte de un equipo interprofesional. Aunque logran negociar retribuciones dignas con las autoridades del MSP, resulta legítimo cuestionarse si estarán dispuestos a renunciar a su condición de profesionales liberales para transformarse en asalariados del sistema de salud. A ello debe sumarse que los médicos siguen ocupando un lugar dominante en las instituciones públicas y privadas de asistencia, y que esta situación supondría aceptar relaciones muy desiguales de poder.

En ese sentido, se observaron temores en varios entrevistados: «sé que los médicos, con sus corporaciones, han logrado muchas cosas, pero nosotros estamos muy débiles; nuestra Asociación Odontológica, creo yo, no está trabajando fuertemente en ese tema y... debería jugar un papel muy importante». Esta visión, que seguramente sería compartida por otros colectivos profesionales del área de la salud, parece operar como reforzador de la desconfianza hacia las condiciones de implementación del nuevo sistema sanitario. Pero también contribuye a invisibilizar el hecho de que todo sistema integral de salud implica una modificación sustantiva en el ejercicio liberal de las profesiones.

Por lo tanto, sería muy necesario promover esta discusión en el nivel colectivo, porque la reforma introducirá cambios en el ejercicio de la profesión odontológica que muy pocos actores institucionales parecen advertir con claridad. En este sentido, parece esencial precisar las diferencias entre la adhesión teórica a un modelo de atención más justo y equitativo y la aceptación explícita por los odontólogos de condiciones laborales inevitablemente diferentes de las actuales.

# Posfacio

El proceso de reforma del sistema de salud uruguayo, expresado en la ley 18211, cuenta con la adhesión formal de la Udelar y constituye —en mi opinión— una gran oportunidad para que la Universidad participe activamente en la construcción de una política pública de gran incidencia en el bienestar de la población.

La evidencia recogida a nivel internacional es unánime respecto de que la implementación de sistemas integrales de salud como el propuesto requiere de ajustes significativos en la formación de sus recursos humanos. Dado mi firme apoyo a los fundamentos de la reforma, este estudio pretendió contribuir a analizar los cambios curriculares necesarios en la formación de los profesionales universitarios para adecuarse a un modelo consistente con la normativa aprobada.

Las limitaciones inherentes a una investigación realizada en el marco de un programa de maestría obturaron la posibilidad de realizar un estudio integral de las carreras del Área Salud de la Udelar. Por lo tanto, los resultados obtenidos en este estudio refieren específicamente a la carrera Doctor en Odontología de la Udelar, y no permiten establecer generalizaciones de ningún tipo respecto de fortalezas o debilidades en la formación de otros profesionales universitarios de la salud para participar, de forma pertinente, en el SNIS.

Asimismo, dado que se utilizó una muestra de carácter intencional para recoger la opinión de los actores institucionales, y que no se realizaron encuestas u otros procedimientos que permitieran reflejar la opinión del colectivo odontológico respecto de la formación brindada y/o recibida, también podrían objetarse algunas de las conclusiones planteadas.

Es de destacar que la investigación se limitó al análisis documental del Plan 2001, los 43 programas de sus unidades curriculares y, subsidia-

riamente, los planes 1993 y 2011. Por lo tanto, no se consideró el análisis del llamado «currículo en acción» (Coll, 1997), lo que hubiera supuesto ingresar en la observación de las prácticas educativas efectivamente desarrolladas en el «aula», considerada en su más amplia definición.

De todas formas, considero que el estudio realizado puede aportar al campo de la educación superior en dos aspectos complementarios. Por una parte, aspiro a que los resultados obtenidos contribuyan a optimizar la implementación del Plan 2011 de la carrera Doctor en Odontología y su intención de «formar odontólogos que sean capaces de participar en la Red de Servicios de salud organizada por niveles de atención, según prevé el Art. 34 de la Ley 18211» (Plan 2011, p. 13).

La apertura de la institución, que alentó e hizo posible la realización de esta investigación, me compromete éticamente con esa tarea. Desde un comienzo, las autoridades de la facultad se mostraron interesadas en recibir una devolución de los resultados que permitiera aportar a los procesos de cambio en curso. Este interés fue reiterado con posterioridad a la defensa pública de la tesis y la remisión de una copia en junio de 2012. Más allá de las diferencias de apreciación que pudieran suscitarse, considero que un intercambio activo con los actores que la institución considere pertinentes facilitaría un análisis crítico de los resultados obtenidos y un debate fecundo acerca de su eventual contribución para una mejor implementación del Plan 2011.

El tiempo transcurrido desde la defensa de mi tesis me ha llevado a jerarquizar los hallazgos relacionados con las peculiaridades de este colectivo que —a diferencia de otros integrantes del ámbito sanitario— desempeña su labor en solitario y en escaso contacto con otros profesionales del campo de la salud.

Se puede argumentar con propiedad que esto se debe a las leyes del mercado laboral, que todavía hacen rentable un ejercicio liberal de la odontología, ya casi perimido en el caso de los médicos. Seguramente, este es un factor de gran peso que moldea las expectativas de quienes ingresan a esta carrera. Pero no parece explicar, de forma cabal, las dificultades de los odontólogos para trabajar en equipo —incluyendo el propio equipo odontológico— y para interactuar con otros profesionales de la salud. A modo de ejemplo, buena parte de los psicólogos trabajan en forma autónoma en su consultorio. Sin embargo, esto no

impide desempeñar tareas simultáneamente en instituciones públicas y privadas, que suponen el trabajo en equipo y la interacción cotidiana con diversos profesionales.

Lo anterior me lleva a pensar en la pertinencia de desarrollar una investigación que permita profundizar en estos aspectos. Aunque será necesario comprobarlo científicamente, me planteo como hipótesis muy preliminar que la formación curricular que proporciona la Facultad de Odontología también interviene de forma significativa en la transmisión de un modelo de intervención profesional que no jerarquiza el trabajo en equipo ni la interacción con otros profesionales de la salud. Aunque esto contraste vivamente con los propósitos manifiestos expresados en los planes 2001 y 2011, es necesario recordar que habíamos detectado un concepto de interdisciplina restringida al campo del saber odontológico y que algunos entrevistados señalaron desajustes entre lo que plantea teóricamente el plan de estudios respecto al trabajo en equipo y lo que ocurre en la práctica.

En este sentido, cabe recordar que la formación odontológica se independizó muy tempranamente de la Facultad de Medicina, al punto de constituirse en Escuela autónoma dentro de la Udelar en 1921 y en Facultad de Odontología en 1929 (Turnes, 2008). Mientras se encontraron muchos estudios acerca de la historia de la medicina uruguaya, resulta llamativa la escasez de fuentes bibliográficas accesibles acerca del devenir histórico de la carrera de odontología luego de 1921. De allí que consideremos legítimo preguntarnos acerca de los motivos de esta temprana separación de la Facultad de Medicina, así como sus posibles efectos en el débil vínculo posterior con las restantes profesiones del campo de la salud.

Por otra parte, dado que este estudio se realizó a modo indicativo, sería deseable realizar investigaciones similares en otras carreras del Área que permitieran visualizar la situación de otras formaciones de grado respecto a los tópicos analizados. Aunque considero altamente improbable que las otras carreras de la salud muestren un panorama de mayor ajuste en la formación de sus graduados respecto a algunos de los requerimientos para intervenir en un sistema de salud como el propuesto, razones de rigor científico imponen la necesidad de realizar los estudios correspondientes antes de apresurar conclusiones.

En este sentido, considero que la metodología adoptada para analizar la carrera Doctor en Odontología podría resultar de utilidad a eventuales investigadores que pretendieran estudiar la realidad de otras carreras del Área.

En mi opinión, la creación del SNIS y las condiciones iniciales en que esta se llevó a cabo ofrecieron a la Udelar la oportunidad de participar activamente en la generación de un sistema de salud más solidario y equitativo, aspecto que fue unánimemente reconocido por sus autoridades. La ley 18211 fue respetuosa de la autonomía universitaria en la medida en que no definió perfiles de formación para los integrantes del equipo de salud. Pero esta circunstancia requería que la Udelar se involucrara activamente en la definición de los perfiles y se dispusiera a revisar los planes de estudio vigentes, muchos de los cuales habían sido aprobados con bastante antelación a la promulgación de esta ley.

Lamentablemente, pese al tiempo transcurrido, no se han producido avances de significación en la coordinación entre la Udelar y el MSP respecto al propósito original de «construir una agenda estratégica en salud, formalizando una relación bidireccional» (Acta n.º 1 de la Comisión Mixta MSP-Udelar). Aunque el CDC de la Udelar reiteró, en agosto de 2011, su pleno acuerdo con la propuesta de las autoridades del MSP para incentivar el funcionamiento de esa comisión y estableció criterios para su implementación (CDC, 2011), no se ha avanzado desde entonces en ninguno de los dos objetivos inicialmente planteados: elaborar una política de recursos humanos y abordar las temáticas de investigación en salud.

# Bibliografía

- ANDREOZZI, M. (1996). «El impacto formativo de la práctica. Avances de investigación sobre el papel de las prácticas de formación en el proceso de socialización profesional». *Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación*, UBA, v (9), 21-25.
- (1998). «Sobre residencias, pasantías y prácticas de ensayo: una aproximación a la idiosincrasia clínica de su encuadre de formación». *Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación*. UBA, VII (13), 33-43.
- ARTIGAS, S., R. BONABA, S. BRAGAÑA, A. CABEZAS, FACHINETTI, F. V. ROCHA (2006). *Proyecto formación didáctica de los docentes del Área Salud. Investigación evaluativa de las acciones de formación docente implementadas (2001-2004)*. Elevado a la Comisión Sectorial de Enseñanza para su publicación.
- ARTIGAS, S., A. CABEZAS y L. DIEZ (2004). «El proyecto formación didáctica de los docentes del Área Salud». Trabajo presentado para la aprobación del seminario *Las acciones de apoyo pedagógico: análisis de prácticas, formación e intervención*, organizado por la CSE-UR, a cargo de las Profas. Elisa LUCARELLI y Lidia FERNÁNDEZ de la UBA, en el marco del Programa de Fortalecimiento de las Unidades de Apoyo a la Enseñanza de la Udelar.
- BARDIN, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid: Akal Universitaria.
- BECHER, T. (2001). *Tribus y territorios académicos. La indagación intelectual y las culturas de las disciplinas*. Barcelona: Gedisa.
- BIANCHI, D. y O. GÓMEZ (coords.). (2008). *Informe preliminar de autoevaluación*, Programa APEX-Cerro, Udelar. (No publicado).
- BORREL, R. y M. ROVERE (2004). *La formación de posgrado en salud pública: nuevos desafíos, nuevos caminos*. Buenos Aires: OPS-OMS.
- BRESOLIN PINTO, M. E. (2008). Ponencia realizada en ocasión de su visita al Programa APEX-Cerro de la Udelar el 8/12/08. (No publicada).
- CABEZAS, A. (2006). «Propuesta integradora de formación docente en el Área Salud: Proyecto institucional de formación didáctica de los docentes del Área Salud». Ponencia en *XII Congreso Internacional Odontológico, Primer Encuentro de Educación Superior en Ciencias de la Salud*. Udelar, Hotel Radisson Victoria Plaza, Montevideo, 2-6/10/2006. (No publicado).
- CAMILLONI, A. (2010). «La enseñanza para la formación de profesionales: dilemas y certidumbres». Ponencia en *Panel abierto dilemas y transiciones de la educación superior*,

- organizado por el comité académico del Programa de Especialización y Maestría en Enseñanza Universitaria (Área Social-CSE), Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo, 28/9/2010. (No publicado).
- COLL, C. (1997). «Niveles de concreción del currículo». En *Relatorías del Programa de Formación de Especialistas en Innovación Curricular*, Asociación de Unidades Académicas de Psicología, UBA. (No publicado).
- COMISIÓN MIXTA MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA-ÁREA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA (2010). Actas.
- CORMACK, Elson (2001). Mudanças no mercado de trabalho odontológico. Entrevista realizada en el marco del X Congreso Aboprev, Río de Janeiro, 4-6/5/2001. Recuperado de <<http://www.odontoconcursos.com.br/kriger.htm>>. Consultado: 3/5/2011.
- COWPE y otros (2010). «Profile and competences for the graduating European dentist - update 2009». *Eur. J. Dent. Educ.*, 14, 193-202. Recuperado de <[http://www.adee.org/cms/uploads/adee/TFI\\_Profile\\_Compotence\\_2010.pdf](http://www.adee.org/cms/uploads/adee/TFI_Profile_Compotence_2010.pdf)>. Consultado: 8/5/2011.
- DE CARVALHO WEYNE, S. (1997). «A construção de paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações». En L. KRIGER, *Promoção de saúde bucal: paradigma, ciencia, humanização*. San Pablo: Artes Médicas.
- DE LELLIS, M. y otros (2006). *Psicología y políticas públicas de salud*. Buenos Aires: Paidós.
- DÍAZ BARRIGA, A. (2006). «El enfoque de competencias en la educación: ¿Una alternativa o un disfraz de cambio?». *Perfiles educativos* [online], 28 (111), 7-36. Recuperado de <<http://www.scielo.org.mx/scielo>>. Consultado: 20/10/2010.
- DIEZ, L. y S. HERNÁNDEZ (coords.) (2008). *Investigación evaluativa acerca de la docencia en el Programa APEX-Cerro*, mayo. Programa APEX-Cerro. (No publicado).
- FERNÁNDEZ, L. M. (1993). *Instituciones educativas. Dinámicas institucionales en situaciones críticas*. Buenos Aires: Paidós.
- FREIRE, P. (1996). *Política y educación*. México: Siglo Veintiuno.
- (2004). *Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa*. San Pablo: Paz e Terra.
- GANDOLFI, A. (comp.) (2002). *Psicología de la salud: escenarios y prácticas*. Montevideo: Psicolibros - Udelar-FP.
- GANDOLFI, A. y M. Cortázar (2006). *El desafío de la interdisciplina en la formación de los profesionales de la salud*. Recuperado de <<http://www.psico.edu.uy/academic/apas/gamon.pdf>>. Consultado: 20/9/2008.
- GLASSER B. y A. STRAUSS (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Nueva York: Aldine.
- GÓMEZ CAMPO, V. y E. TENTI FANFANI (1993). *Universidad y profesiones. Crisis y alternativas*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- GONZÁLEZ, T. y D. OLESKER (comps.) (2010). *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009*. Recuperado de <<http://www.msp.gub.uy/ucnis>>. Consultado: 16/4/2011.
- GREEN, L. (1996). «Bringing People Back to Health». *Promotion and Education*, 3(1), 23-26. Recuperado de <<http://ped.sagepub.com>>. Consultado: 16/4/2011.
- GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE PORTO ALEGRE (2008). *Documento marco: La formación de profesionales de salud para la APS y salud familiar y comunitaria en*

- América Latina*. Recuperado de <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/biblioteca/00515.pdf>>.
- KRIGER, L. (1997). *Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência, humanização*. San Pablo: Artes Médicas.
- LAFRAMBOISE H. L. (1973). «Health policy: breaking the problem down into more manageable segments». *CMAJ*. (108), 388-391.
- LALONDE M. (1974). «A new perspective on the health of Canadians. A working document». Recuperado de <<http://www.hc-sc.gc.ca>>. Consultado: 30/6/2010.
- (2002). «New perspective on the health of Canadians: 28 years later». *Rev. Panam. Salud Pública* [online], 12 (3), 149-152. Recuperado de <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Consultado: 30/3/2011.
- LÓPEZ JORDI, M. C. (2010). *La clínica odontológica como espacio de práctica: eje del nuevo modelo pedagógico y profesional*. Monografía final de la Especialización en Enseñanza Universitaria, Udelar. (No publicado).
- MCKAY, L. (2000). *Making the Lalonde report. Towards a New Perspective on Health Project. Health Network, CPRN Background Paper*. Recuperado de: <[http://www.cprn.org/documents/18406\\_en.pdf](http://www.cprn.org/documents/18406_en.pdf)>. Consultado: 30/3/2011.
- MILLER, G. E. (1990). «The assessment of clinical skills/competence/performance». *Acad. Med.* (65) S, 63-67.
- MORALES GALATAYUD, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- (2010). Ponencia presentada en el foro *Reforma en el sistema de salud ¿Reforma en la formación de recursos humanos?* Programa APEX-Cerro, Udelar, 13-14 de octubre de 2010. (No publicado).
- MORIN, E. (1999). *La cabeza bien puesta. Repensar la reforma. Reformar el pensamiento*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002.
- NEBOT ADELL, C., C. ROSALES ECHEVARRIA Y R. M. BORRELL BENTZ (2009). «Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud». *Rev. Panam. Salud Pública*. 26(2), 176-183.
- NEIMAN, G. Y G. QUARANTA (2006). «Los estudios de caso en la investigación sociológica». En E. VASILACHIS DE GIALDINO (coord.). *Estrategias de investigación cualitativa*. Madrid: Gedisa, pp. 213-236.
- OLABUENAGA J. Y M. A. IZPIRÚA (1989). *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- OMS. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Alma-Ata, URSS, 6-12/9/1978. Recuperado de <<http://www.paho.org>>. Consultado: 28/9/2009.
- «Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud». Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19/6-22/7/1946. *Official Records of the World Health Organization* (2), 100. Recuperado de <<http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>>. Consultado: 16/4/2011.
- OMS. *World Oral Health Report 2003* Recuperado de <[http://www.int/entity/oral\\_health/media/en/orh\\_03\\_en.pdf](http://www.int/entity/oral_health/media/en/orh_03_en.pdf)>. (Versión resumida en español). Recuperado de <[www.ops.org.bo/servicios](http://www.ops.org.bo/servicios)>. Consultado: 7/5/2011.
- OPS (2007). *Estrategias para desarrollar las competencias para la salud pública en la fuerza de trabajo: basadas en políticas actuales y evidencias*. Serie Recursos Humanos para la Salud n.º 51. Washington DC: OPS.



- OPS-OMS (2003). *Resolución Consejo Directivo CD44. R6*. Washington DC: OPS. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf>. Consultado: 28/9/2009.
- (2005). *Llamado a la Acción de Toronto 2006-2015: Una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas*, VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos, OPS, Salud Canadá y el Ministerio de Salud de Ontario y *Long Term Care*. Toronto, Canadá, octubre de 2005. Recuperado de <http://www.observarh.org/fulltext/desafios-toronto.pdf>. Consultado: 28/9/2009.
- (2006). *Planes decenales de recursos humanos en salud: hacia una visión común*. VIII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, OPS y el Ministerio de Salud de Perú, Lima, noviembre de 2006. Washington DC: OPS.
- (2007). «Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015». En *27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana - 59.ª sesión del Comité Regional (CSP27/10)*. Washington DC: OPS.
- (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS-OMS*. Washington DC: OPS.
- (2008). *La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud*. (Serie Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas n.º 2). Washington DC: OPS. Recuperado de [www.lachealthsys.org](http://www.lachealthsys.org). Consultado: 28/9/2009.
- (2008). *Sistemas de salud basados en la atención primaria de la salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Unidad de Servicios de Salud. Washington DC: OPS.
- (2010). *Cuarta revisión del manual de indicadores de las metas de los objetivos de Toronto luego de su validación por países andinos*. Reunión realizada en Argentina, abril 2010. Washington, DC: OPS.
- Perfil de los sistemas de salud. República Oriental del Uruguay. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington DC: OPS, 2009. Recuperado de [www.lachealthsys.org](http://www.lachealthsys.org). Consultado: 30/9/2010.
- PERRENOUD, P. (1999). *Construir competencias desde la escuela*. Santiago: Dolmen.
- (2005). *Diez nuevas competencias para enseñar*. Barcelona: Graó.
- PIAGET, J. (1979). «La epistemología de las relaciones interdisciplinarias». En APOSTEL, BERGER, BRIGGS y MICHAUD, *Interdisciplinariedad. Problemas de la enseñanza y de la investigación en las universidades*. México: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, pp. 153-171.
- QUÍÑONES, M. (2008). *Discusión sobre métodos de análisis cuantitativos y cualitativos*. Apuntes de clase. Programa de Especialización y Maestría en Enseñanza Universitaria 2007-2008, Udelar.
- ROVERE, M. (1993). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Washington DC: OPS. Serie Desarrollos de Recursos en Salud n.º 96.
- RUDOLF, S. (2006). «Alternativas de formación profesional interdisciplinaria. Programa APEX-Cerro». Ponencia presentada en el *1.º Encuentro de Educación Superior en Ciencias de la Salud, XII Congreso Internacional de Odontología*, Montevideo. (No publicado).
- RUDOLF, S., M. J. BAGNATO, C. GÜIDA, A. C. RODRÍGUEZ, F. RAMOS, Z. SUÁREZ y M. ARIAS (2009). *Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud. Una mirada desde la psicología*. Montevideo: Fin de Siglo.

- SAFORCADA, E. (1999). *Psicología sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención a la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- SAUTU, R. (2003). *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires: Lumière.
- SCHÖN, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Paidós.
- SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. Exposición de Motivos. Recuperado de <<http://www.msp.gub.uy/ucnis>>. Consultado: 2/9/2010.
- STARFIELD, B. (2001). «Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos». *Revista Gerencia y Políticas de Salud* [en línea], 1(1), 7-16. Recuperado de <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdf>>. Consultado: 1/4/2011.
- (2006). «Global Imperatives for Primary Care». Ponencia presentada en el *Primer Congreso Regional Iberoamericano - WONCA CIMF*. Buenos Aires, 12 de octubre.
- SUPERVIELE M (2003). «Grounded Theory o Teoría fundada». En *Glosario de conceptos y procedimientos de la teoría fundada*. Bibliografía del curso «Métodos y técnicas cualitativas en investigación social». Quiñones, 2008. Programa de Especialización y Maestría en Enseñanza Universitaria 2007-2008, Área Social, UR. (No publicado).
- TURNES, A. L. (2008). *Los orígenes de la Facultad de Medicina*. Disponible en <<http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/instituciones/Udelar>>.
- UNESCO-IESALC (2008). *Declaración final de la Conferencia Regional de Educación Superior en América Latina y el Caribe* (CRES 2008). Cartagena de Indias, Colombia.
- UNESCO (1998). «Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI: Visión y acción». Documento aprobado en la *Conferencia Mundial sobre Educación Superior*, París, 5-9/10/1998.
- UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA (Uruguay). Facultad de Odontología. *Plan de Estudios 1993*. (No publicado).
- (2001). Facultad de Odontología. *Plan de Estudios Carrera de Doctor en Odontología*. Montevideo: Udelar.
- Facultad de Odontología. *Plan de Estudios Carrera de Doctor en Odontología 2011*. Disponible en <<http://www.odon.edu.uy>>.
- Facultad de Odontología. *Reseña histórica*. Disponible en <<http://www.odon.edu.uy>>.
- (2010). *Programas de la carrera Doctor en Odontología de la Universidad de la República Plan 2001*. (No publicado).
- (2011). Consejo de la Facultad de Odontología, Resolución n.º 54 del 17/2/2011.
- *Plan de Desarrollo Estratégico de la Universidad de la República (2000-2004)*. Recuperado de <<http://www.universidad.edu.uy/gestion/pledur.htm>>. Consultado: 26/10/2008.
- *Plan de Desarrollo Estratégico de la Universidad de la República (2005-2009)*. Recuperado de <[http://www.universidad.edu.uy/gestion/doc\\_tr10.pdf](http://www.universidad.edu.uy/gestion/doc_tr10.pdf)>. Consultado: 26/10/2008.
- CDC. *Ordenanza del Programa APEX-Cerro*, aprobada en sesión de fecha 23/11/93.

- UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA (Uruguay). CSE (2005) *Pautas para el impulso de acciones de flexibilización curricular y movilidad estudiantil en la enseñanza de grado*. Montevideo: Comisión Sectorial de Enseñanza-Udelar.
- Documentos de Trabajo del Rectorado n.º 10, Plan de Desarrollo Estratégico de la Universidad de la República 2000-2004. Montevideo: Udelar.
- Hacia la Reforma Universitaria n.º 3. Notas para la actualización de la Ley Orgánica de la Universidad de la República. Documento del Rectorado de la UR, febrero 2008. Recuperado de <<http://www.universidad.edu.uy/>>. Consultado: 1/11/2011.
- CDC, Resolución n.º 12 del 4/12/07. Recuperado de <<http://www.universidad.edu.uy/prensa>>. Consultado: 2/9/2010.
- CDC, Resolución n.º 7 del 18/8 de 2011. Recuperado de <[www.expe.edu.uy/resoluciones](http://www.expe.edu.uy/resoluciones)>. Consultado: 1/11/2011.
- URUGUAY. Ministerio de Educación y Cultura. *Dictamen de Acreditación de la Carrera de Odontología por sistema ARCU-SUR*. n.º 8-11. Recuperado de <<http://www.odon.edu.uy>>. Consultado: 7/10/2013.
- Ministerio de Salud Pública. *Programa Nacional de Salud Bucal*. Recuperado de <<http://www.msp.gub.uy>>. Consultado: 2/9/2010.
- Ministerio de Salud Pública (2008). *Orientaciones para el equipo de salud del primer nivel de atención. Atención de la salud bucal de las gestantes y niños/as de 0 a 36 meses*. MSP: Uruguay.
- Poder Ejecutivo. *Decreto 133/2005 del Poder Ejecutivo del 11/4/2005*. Recuperado de <<http://www.msp.gub.uy/ucnis>>. Consultado: 2/9/2010.
- Poder Legislativo. *Ley Orgánica de la Universidad de la República*. Publicada en el Diario Oficial el 29/10/1958. Recuperado de <<http://www.universidad.edu.uy>>.
- Poder Legislativo. *Ley 18211*. Aprobada por el Poder Legislativo el 5/12/2007. Recuperado de <<http://www.msp.gub.uy/ucsnis>>. Consultado: 2/9/2010.
- VALLES, M. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- VASILACHIS DE GIALDINO, I. (2009). «Los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la investigación cualitativa». *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 10(2) Art. 30. Recuperado de <<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902307>>. Consultado: 2/2/2011.
- (coord.) (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- VENTURELLI, J. (2002). *Nuevos enfoques, metas y métodos. Inminencia y necesidad del cambio en el camino de la equidad, calidad y eficiencia de una salud para todos*. Washington DC: OPS-OMS. Serie Paltex Salud y Sociedad 2000, n.º 5.

# Anexo: Análisis de los programas a partir de las cuatro categorías construidas

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

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

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

<p>Desempeñarse con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para la promoción y educación de la salud, el diagnóstico, la prevención, la rehabilitación y el mantenimiento en salud de las afecciones del sistema estomatognático, a nivel individual y colectivo, con respaldo en la evidencia científica.</p>	<p>Tratamiento de la edentación I (UDA 8T)</p>	<p>Edentación y prostodoncia, examen, diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento y rehabilitación del paciente desdentado total o casi total, mediante prótesis removibles.</p>	<p>Clases magistrales, demostraciones clínicas en vivo y en video, seminarios, ateneos, elaboración de prótesis</p>	<p>Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo</p>
	<p>Salud colectiva I (UDA 2 OS) Módulo 2</p>	<p>Epidemiología general y bucal: desarrollo histórico, métodos de investigación, aspectos bioéticos, diferentes tipos de estudios, epidemiología de las enfermedades orales prevalentes y graves, sistemas de información y vigilancia, bases para la atención a nivel colectivo y estadística aplicada.</p>	<p>Clases teóricas, paneles de discusión, resolución de casos y trabajos prácticos (ejercicios de investigación epidemiológica)</p>	<p>Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo</p>

<p>Desempeñarse con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para la promoción y educación de la salud, el diagnóstico, la prevención, la rehabilitación y el mantenimiento en salud de las afecciones del sistema estomatognático, a nivel individual y colectivo, con respaldo en la evidencia científica.</p>	<p>Atención odontológica en servicios y comunidad I (pasantía).</p>	<p>Realizar actividades en los programas educativo-preventivo-asistenciales a nivel escolar y en los servicios de salud bucal respecto a: Epidemiología oral, principales indicadores y encuestas. Programación y programas incrementales. Educación, conceptos básicos y técnicas de comunicación. Flúor y diferentes técnicas de uso en programas escolares.</p>	<p>Aprender trabajando siguiendo una estrategia de resolución de problemas concretos que actúen como disparadores de la creatividad y el espíritu crítico del estudiante. Actividades de coordinación con las personas que desde otros campos disciplinares se desempeñan en el local escolar, procurando un enfoque interdisciplinario de la realidad, así como con los servicios de salud de la zona y la comunidad organizada para difundir el programa, sus objetivos y actividades.</p>	<p>Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo.</p>
	<p>Cirugía bucomaxilofacial II (UDA 9/7 T y P)</p>	<p>Técnicas de diagnóstico y adiestramiento para el tratamiento quirúrgico de los focos sépticos derivados de patologías dentarias; conocimiento de las técnicas quirúrgicas en relación con la endodoncia, las infecciones y los quistes y pseudoquistes bucomaxilofaciales</p>	<p>Clases teóricas y grupos de discusión (40 horas) Curso clínico de práctica quirúrgica controlada y demostraciones teórico-prácticas en pequeños grupos sobre el diagnóstico y tratamiento de pacientes seleccionados (100 horas)</p>	<p>Saber y demostrar cómo: respecto a la valoración primaria del paciente, la bioseguridad, la exodoncia simple y la prescripción de fármacos Conocimiento teórico: sobre patología más compleja y procedimientos quirúrgicos relacionados a la misma</p>



<p>Desempeñarse con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para la promoción y educación de la salud, el diagnóstico, la prevención, la rehabilitación y el mantenimiento en salud de las afecciones del sistema estomatognático, a nivel individual y colectivo, con respaldo en la evidencia científica.</p>	<p>Pediatría I (UDA 10 T).</p>	<p>Atención integral del niño y el adolescente, crecimiento y desarrollo, enfoque de riesgo, semiología y diagnóstico, prevención de caries, paradenciopatías y disgnacias.</p>	<p>Clases magistrales, talleres de contenido teórico-práctico y práctico para ejercitar las destrezas necesarias para un correcto manejo. Atención de pacientes con dentición caduca o mixta (realización de historia clínica, diagnóstico pronóstico y planteo de objetivos del tratamiento, realización de las maniobras de prevención indicadas).</p>	<p>Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo.</p>
	<p>Odontología restauradora (UDA 11 T)</p>	<p>Prevención en operatoria dental. Diagnóstico, planificación del tratamiento, procedimientos restauradores coronarios específicos (parciales y totales)</p>	<p>Clases magistrales, seminarios y demostraciones didácticas. Demostraciones clínicas y reuniones grupales con discusión de problemas. Actividades asistenciales en niveles de restauraciones complejas para dientes pulpados y despulpados.tivo Integral</p>	<p>Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo</p>
	<p>Terapéutica periodontal (UDA 12 T)</p>	<p>Etiopatogenia y factores de riesgo. Diagnóstico, planificación terapéutica, tratamiento y mantenimiento del paciente con patología periodontal</p>	<p>Clases magistrales, seminarios, demostraciones clínicas a cargo de los docentes y actividades asistenciales a cargo de los estudiantes (historia clínica, educación para la salud y procedimientos preventivos)</p>	<p>Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo</p>

<p>Desempeñarse con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para la promoción y educación de la salud, el diagnóstico, la prevención, la rehabilitación y el mantenimiento en salud de las afecciones del sistema estomatognático, a nivel individual y colectivo, con respaldo en la evidencia científica.</p>	<p>Terapéutica endodóntica (UDA 13 T)</p>	<p>Diagnóstico y tratamiento endodóntico específico, con escasa referencia a los aspectos preventivos (UT 21)</p>	<p>Clases magistrales, grupos de discusión, ateneos y demostraciones clínicas</p>	<p>Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo</p>
	<p>Tratamiento de la edentación II (UDA 14 T).</p>	<p>Tratamiento mediante prótesis parcial removible: historia clínica, procedimientos previos, construcción de aparatos, su instalación y mantenimiento.</p>	<p>Clases magistrales y seminarios. Demostraciones clínicas a cargo de los docentes, ateneos a cargo de los estudiantes y ejercicios de diseño de prótesis sobre los casos en tratamiento.</p>	<p>Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo.</p>
	<p>Atención odontológica en servicios y comunidad II (pasantía).</p>	<p>Estrategia docencia-servicio-investigación, participación comunitaria, gestión del servicio, modelo asistencial (educación para la salud, comunicación educativa, adecuación a la realidad socioeconómico-cultural, control periódico), evaluación de los programas de salud.</p>	<p>Actividad preclínica, en que se trabaja en forma teórica la totalidad de los contenidos anunciados en el programa. Actividad clínica en los servicios (ateneos, presentación de historias clínicas y planes de tratamiento, atención supervisada de pacientes).</p>	<p>Los requisitos de evaluación refieren exclusivamente a la atención individual de los pacientes (conocimiento teórico, saber y demostrar cómo). No se consiga evaluación de los otros contenidos mencionados en el programa.</p>

<p>Desempeñarse con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para la promoción y educación de la salud, el diagnóstico, la prevención, la rehabilitación y el mantenimiento en salud de las afecciones del sistema estomatognático, a nivel individual y colectivo, con respaldo en la evidencia científica.</p>	<p>Pediatría II (UDA 15 T).</p>	<p>Atención odontológica en servicios y comunidad. Quimioprofilaxis de placa microbiana. Terapéutica endodóntica en dentición temporaria y permanente joven. Terapéutica farmacológica. Odontología restauradora en odontopediatría. Técnicas anestésicas. Avulsión en dentición temporaria y permanente joven. Semiología y patología en el niño y el adolescente. Traumatismos en dentición temporaria y permanente joven. Procedimientos quirúrgicos especiales. Particularidades en la atención de pacientes especiales/discapacitados.</p>	<p>Actividad preclínica: clases expositivas a cargo de los docentes, promoviendo la participación estudiantil. Actividad clínica: encuentros grupales de articulación teórico-práctica. Práctica clínica individual que comprende: tratamiento integral de los pacientes, presentación de sus historias clínicas y defensa del plan de tratamiento realizado.</p>	<p>Conocimientos teóricos, saber y demostrar cómo.</p>
	<p>Ortodoncia (UDA 16 T).</p>	<p>Evaluación diagnóstica de pacientes con diferentes tipos de disgnacias, pronóstico, plan de tratamiento, prevención, recursos terapéuticos, aparatología y su mantenimiento.</p>	<p>Clases magistrales, exposiciones a cargo de los estudiantes y prácticos (ejercitación de destrezas, conocimiento de diferentes materiales y su manejo, ejercicios de adiestramiento, confección de resortes, arcos, manejo del acrílico y ubicación de brackets). Ateneos de casos clínicos y actividad clínica con pacientes.</p>	<p>Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo.</p>

<p>Desempeñarse con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para la promoción y educación de la salud, el diagnóstico, la prevención, la rehabilitación y el mantenimiento en salud de las afecciones del sistema estomatognático, a nivel individual y colectivo, con respaldo en la evidencia científica.</p>	<p>Tratamiento de la edentación III (UDA 17 T).</p>	<p>Etiología, prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos temporomandibulares. Protondoncia fija (plan de tratamiento y diferentes tipos de prótesis). Mutilaciones bucomaxilofaciales y su rehabilitación.</p>	<p>Clases magistrales, seminarios, análisis de casos en grupo y demostraciones didácticas para el desarrollo del contenido teórico. Las actividades clínicas incluyen: demostraciones clínicas y asistencia a pacientes de baja o mediana complejidad.</p>	<p>Los contenidos referidos a los TTM de baja y mediana complejidad serían evaluados en los tres niveles (saber, saber cómo y demostrar cómo); mientras que los restantes contenidos solo serían evaluados en el nivel del conocimiento teórico.</p>
	<p>Cirugía bucomaxilofacial III (UDA 18/8 T y P).</p>	<p>Tumores de la región BMF, lesiones seudotumorales, enfermedades metabólicas del hueso, traumatismos dento-maxilofaciales y afecciones de la articulación temporomandibular y de las glándulas salivales.</p>	<p>Atención de pacientes, ateneos clínicos y seminarios de profundización teórica.</p>	<p>Conocimiento teórico, saber cómo y demostrar cómo.</p>
	<p>Asistencia odontológica en servicios y comunidad III. Pasantía.</p>	<p>Desarrollar una práctica preprofesional integrándose a los equipos de salud de los servicios con los cuales la facultad posee convenios, donde odontólogos (colaboradores honorarios de la facultad en servicios y comunidad) supervisan las tareas realizadas por los practicantes. Aprender prestando servicios con un abordaje interdisciplinario y multiprofesional.</p>	<p>Práctica en los servicios bajo la supervisión de profesionales odontólogos. Participación en tres talleres de orientación en la Facultad de Odontología con el docente coordinador de las pasantías. Entrega de informe final analizando la tarea realizada.</p>	<p>Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo, desempeño profesional supervisado.</p>

<p>Desempeñarse con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para la promoción y educación de la salud, el diagnóstico, la prevención, la rehabilitación y el mantenimiento en salud de las afecciones del sistema estomagnático, a nivel individual y colectivo, con respaldo en la evidencia científica.</p>	<p>Bases fundamentales de la atención a pacientes especiales (optativo).</p>	<p>El paciente discapacitado. Comportamiento del odontólogo. Asistencia ambulatoria de portadores de diversas patologías (síndrome de Down, retardo mental, parálisis cerebral, autismo, etc.). Integración de equipos multi e interdisciplinarios.</p>	<p>Clases teóricas y grupos de discusión.</p>	<p>Conocimiento teórico.</p>
	<p>Atención odontológica del adulto mayor (optativo).</p>	<p>Situación del adulto mayor en el ámbito nacional e internacional. Particularidades físicas, psicológicas, emocionales, comportamentales y sociales del adulto mayor y de los procesos de envejecimiento, desde los puntos de vista de salud y enfermedad, preventivo y asistencial. Características diferenciales de su asistencia. Enfoque multi-, inter- y transdisciplinario.</p>	<p>Clases magistrales, taller de búsqueda de información, actividades de observación y/o ateneos con pacientes, actividades asistenciales y de educación para la salud en la Facultad de Odontología, visita a las diferentes áreas del Hospital Hogar Piñeyro del Campo.</p>	<p>Conocimiento teórico y saber cómo.</p>

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

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

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



Comprensión de los determinantes sociales de la salud.	Salud colectiva I (UDA 2 OS).	Determinación social del proceso salud-enfermedad. Diferentes perspectivas. La equidad en salud. Género y salud. Etnicidad y salud.	Clases teóricas, paneles de discusión y resolución de casos.	Conocimiento teórico.
Cuidado integral y continuo centrado en la persona, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.	Salud y prevención (UDA 1 OS).	Los humanos como seres biopsicosociales. Concepto de salud pública, salud comunitaria, salud colectiva y salud bucal colectiva. Promoción, educación para la salud y prevención.	Clases teóricas, paneles de discusión, resolución en grupo de ejercicios o estudio de casos y visitas a servicios de salud con presentación de informe.	Conocimiento teórico.
	Atención odontológica en servicios y comunidad I (pasantía).	Realizar actividades en los programas educativo-preventivos-asistenciales a nivel escolar y en los servicios de salud bucal.	Aprender trabajando, siguiendo una estrategia de resolución de problemas concretos que actúen como disparadores de la creatividad y el espíritu crítico del estudiante.	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo.

<p>Cuidado integral y continuo centrado en la persona, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.</p>	<p>Incidencia de los factores psicológicos en la práctica odontológica (oprativo).</p>	<p>Concepción del paciente como sujeto. Cuerpo y subjetividad. Perspectiva desde las ciencias médicas y sociales. Análisis de los aspectos vinculares en la díada odontólogo-paciente. Imaginario social del profesional odontólogo. Factores psicológicos que inciden en la atención de niños y adolescentes y de personas de tercera edad. Impacto psicosocial que se produce en el odontólogo ante la experiencia de atención clínica y el estrés laboral.</p>	<p>Clases teóricas y grupos de discusión.</p>	<p>Conocimiento teórico y saber cómo</p>
	<p>Pediatría I (UDATO T).</p>	<p>Atención integral del niño y el adolescente, crecimiento y desarrollo, enfoque de riesgo, semiología y diagnóstico, prevención de caries, paradenciopatías y disgnacias.</p>	<p>Clases magistrales, talleres de contenido teórico-práctico y práctico para ejercitar las destrezas necesarias para un correcto manejo. Atención de pacientes con dentición caduca o mixta (realización de historia clínica, diagnóstico, pronóstico y planteo de objetivos del tratamiento, realización de las maniobras de prevención indicadas.</p>	<p>Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo.</p>

Cuidado integral y continuo centrado en la persona, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.	Terapéutica periodontal (UDA 12 T).	Factores de riesgo, concepto de multi-causalidad. Repercusión periodontal de afecciones sistémicas. Condiciones medioambientales, socioculturales y hábitos	Clases magistrales, seminarios, demostraciones clínicas a cargo de los docentes y actividades asistenciales a cargo de los estudiantes (historia clínica, educación para la salud y procedimientos preventivos).	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo.
Observancia de una conducta ética frente al paciente, el equipo de salud y la comunidad.	Salud y prevención (UDA 1 OS) Módulo 1.	Ética y moral. Breve historia. Bases y principios de la bioética principalista y latinoamericana. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de 2005.	Clases teóricas, paneles de discusión, resolución en grupo de ejercicios o estudio de casos y visitas a servicios de salud con presentación de informe.	Conocimiento teórico.
	Salud Colectiva II (UDA 3 OS) Módulo I.	Bioética. El principio de justicia. Poblaciones vulnerables. Odontología legal. Ética profesional. Código deontológico.	Exposiciones teóricas de los docentes, paneles de discusión de algunos temas del curso, trabajos grupales de tipo teórico-práctico centrados en la resolución de ejercicios o estudios de caso. Trabajo monográfico o de revisión bibliográfica en forma grupal.	Conocimiento teórico.
	Odontología Legal y Forense (optativo).	Bioética, ética profesional, normativa legal, responsabilidad civil y legal, mala praxis y documentación odontológica.	Clases teóricas, elaboración y presentación de trabajos grupales por los estudiantes.	Conocimiento teórico.

Conocimientos generales relacionados con las ciencias sociales y la realidad socio-política y cultural del país.	Salud y Prevención (UDA 1 OS).	Sistema de salud del Uruguay.	Clases teóricas, paneles de discusión, resolución en grupo de ejercicios o estudio de casos y visitas a servicios de salud con presentación de informe.	Conocimiento teórico.
	Salud Colectiva I (UDA 2 OS).	Elementos de estadística descriptiva, demografía, sociología de la salud, situación sociosanitaria del país, antropología cultural, diagnóstico comunitario y políticas de salud.	Clases teóricas, paneles de discusión, resolución de casos y trabajos prácticos (ejercicios de diagnóstico comunitario).	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo.
Exposición temprana del estudiante a prácticas comunitarias enmarcadas en la estrategia de APS.	Salud y Prevención (UDA 1 OS).	Observación del medio social (diagnóstico comunitario) y de las prácticas odontológicas que se desarrollan en los servicios de salud bucal de la Facultad	Visita a servicios de salud bucal, observación de las actividades de promoción y promoción que se desarrollan y elaboración de informe de sistematización de la práctica realizada.	Conocimiento teórico y saber cómo.
Capacidad para llevar a cabo investigaciones.	Curso de informática (optativo).	Conceptos básicos de informática y funcionamiento de una computadora. Manejo de programas informáticos. Procesamiento de textos, base de datos y presentaciones multimedia. Recursos de internet. Fotografía digital.	Clases teóricas conceptuales y clases prácticas.	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo.
	Curso de inglés (optativo).	Aspectos morfológicos y sintácticos de los textos en inglés.	Clases teóricas y ejercitación en la lectura de textos en inglés.	Conocimiento teórico, saber cómo.

Capacidad para llevar a cabo investigaciones.	Iniciación a la investigación científica (optativo).	El papel de la investigación, el proceso de investigación y su planificación, la búsqueda bibliográfica, la selección de la muestra y el protocolo de investigación. Estadística descriptiva e inferencial, conceptos de bioética y características del artículo científico.	Clases teóricas y actividades de ejercitación práctica.	Conocimiento teórico, saber y demostrar cómo.
	Salud colectiva I (UDA 2 del Curso de Odontología Social).	Ciencia y método científico. Proceso de Investigación. Introducción a métodos cuantitativos y cualitativos de la investigación. Búsqueda bibliográfica de literatura científica. Métodos cualitativos en la investigación en salud. Introducción a los métodos y técnicas de recolección de datos. Bioética.	Clases teóricas, paneles de discusión y resolución de casos. La actividad práctica consiste en un ejercicio de investigación socioepidemiológica.	Conocimiento teórico y saber cómo. El programa no precisa qué evaluación se realiza del ejercicio de investigación propuesto.
Capacidad para planificar, monitorear y evaluar el proceso de trabajo que se desarrolla en los servicios de salud.	Atención odontológica en servicios y comunidad I (pasantía).	Principios básicos de planificación y programación de actividades. Su importancia. Programas incrementales.	Solicitud de un informe final, monitoreado periódicamente por el docente, donde consten la programación, las actividades planificadas y las tareas llevadas a cabo.	.

<p>Capacidad para planificar, monitorear y evaluar el proceso de trabajo que se desarrolla en los servicios de salud.</p>	<p>Salud Colectiva II (UDA 3 OS) Módulo 2.</p>	<p>Administración y programación en salud. Etapas del proceso. Planificación estratégica. Importancia de la administración en el ejercicio profesional cotidiano. Elaboración de un programa de salud bucal. Gestión de servicios odontológicos individuales y colectivos. Economía de la salud. Trabajo en equipo. Relación médico-paciente. Gestión clínica. Calidad de atención.</p>	<p>Exposiciones teóricas por los docentes, paneles de discusión de algunos temas del curso, trabajos grupales de tipo teórico-práctico centrados en la resolución de ejercicios o estudios de caso. Trabajo monográfico o de revisión bibliográfica en forma grupal.</p>	<p>Conocimiento teórico.</p>
---	--	---	--	------------------------------

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

4. Competencias interculturales	Unidades involucradas	Contenidos	Estrategias de enseñanza previstas	Niveles en los que se evalúa la competencia
<p>Habilidades interactivas y de comunicación para trabajar con grupos étnicos, lingüísticos, religiosos o socioeconómicos diversos.</p>	<p>Atención odontológica en servicios y comunidad I (pasantía).</p>	<p>Educación, conceptos básicos y técnicas de comunicación.</p>	<p>No se especifican en relación a este contenido.</p>	<p>No se menciona en los aspectos a evaluar.</p>
	<p>Asistencia odontológica en servicios y comunidad III - Pasantía.</p>	<p>Relacionamiento con la comunidad y los grupos comunitarios, que permite el conocimiento de los ámbitos sociales de la actividad del servicio, sus características culturales, socioeconómicas, organizacionales que ubican la atención en el marco de la realidad de los grupos sociales participantes.</p>	<p>Actuación cuasiautónoma del pasante bajo supervisión del odontólogo integrante del servicio.</p>	<p>Se consigna la evaluación del «trato con los usuarios» en el nivel del desempeño, pero no se menciona la relación con la comunidad, ni las dimensiones socioeconómico-culturales.</p>





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 relacionadas 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