

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Tesis de Maestría

Tema:

“Análisis de educación permanente en salud odontológica y en el área de la prevención”

Autor: Leticia Argentina Rueda

Directora de Tesis: Prof. Dra. María Mercedes Medina

“Un ansia infinita de paz,
un esfuerzo de superación
el amor al bien y el mejoramiento
social de las personas”.

Agradecimientos:

A la Profesora Dra. María Mercedes Medina por la supervisión científica y las sugerencias realizadas, de quien he aprendido mucho en las horas de trabajo compartido.

A todos aquellos profesores y maestros que me formaron con la palabra y el ejemplo, contribuyendo a marcar mi trayectoria profesional.

INDICE

Introducción	.....	5
Objetivos	.....	7
Marco Teórico	.....	9
Diseño Metodológico	.....	117
Instrumento para la recolección de datos	.....	123
Observaciones	.....	136
Resultados	.....	138
Discusión	.....	190
Conclusión	.....	198
Bibliografía	.....	205

Introducción

Las razones por las cuales se decide formar determinado tipo de profesional no son generalmente bien definidas. Cuando se mencionan algunas razones, éstas difieren bastante de la práctica porque se aspira a formar un profesional que pueda contar con las herramientas básicas que le posibiliten el desempeño de su profesión bajo diferentes situaciones.

Cuando la evaluación de los planes de estudio toca diferentes aspectos que hacen a la profesión, aparecen diferencias de interpretación en los educadores profesionales. Esto puede considerarse como un tema central de investigación, por la importancia de involucrar a la institución educativa y al programa académico en particular.

Es de nuestro interés indagar de qué manera el proceso de enseñanza aprendizaje está efectuándose de forma apropiada para la formación del odontólogo que le habilite a ejercer su función en el área de la prevención.

El abordaje para el análisis y la discusión de la temática, requiere una revisión amplia de elementos que permita generar un panorama de la formación de los recursos humanos.

Tratándose del área de la salud, las currículas en su mayoría no parecen estar de acuerdo con las necesidades, que pueden ser diferentes o mostrar algo distinto que no es lo que plantean las universidades como metas a conseguir.

Al presente los procesos de formación de recursos humanos en este campo se caracterizan por presentar fenómenos variables según los grados de avance curricular observados.

Los cambios sociales emergentes en los últimos tiempos en América Latina, condicionan un análisis de reformas en educación permanente en las áreas de salud, que renueve las características y mejore la calidad y eficiencia de los profesionales.

La educación permanente en salud, muy especialmente en el área de la prevención requiere de las instituciones formadoras de recursos humanos nuevos procesos de reforma que mejoren el desempeño profesional, y se constituye en un desafío continuo de aprendizaje permanente.

Las facultades de odontología refuerzan su compromiso social y profesional para incorporar nuevos conocimientos y prácticas en la solución de problemas sociales que ocasionan problemas bucales en las comunidades.

Por ello el estudio de la formación docente, como requisito ineludible, la educación permanente, permitirá indicar necesidades, prioridades y problemas, para definir criterios de cambios que permitan enfrentar los problemas educacionales mediante una nueva manera de colaborar en el desarrollo operativo de la profesión dentro del área de la prevención. La dirección de la OPS da expreso mandato a la capacitación continua para desarrollar y fortalecer capacidades.

Hemos optado por comenzar históricamente por los cambios y evoluciones de la enseñanza superior, tratamos de desarrollar los temas considerados más centrales, que pueden ser de gran utilidad para prepararse continuamente sobretodo en un sector como la prevención, en el cual la enseñanza y el aprendizaje constituyen la esencia misma de su desarrollo.

Buscamos reconocer nuevos desafíos de la formación de odontólogos respecto a lo que se espera de su desempeño profesional, y reflexionar sobre su propia práctica.

Esta investigación apunta a recabar información que nos permita aportar contenidos apropiados que incluidos en el modelo de formación continua y permanente formen al odontólogo para ejercer su función en la práctica de la prevención.

Los datos presentados en este trabajo constituyen elementos importantes para realizar una planificación eficaz, para contribuir a situar la responsabilidad de la educación permanente en la formación de recursos humanos en odontología, en el área de la prevención.

Considerando que nuestra hipótesis establece que el área de los contenidos apropiados para una educación permanente se sostiene en una sólida formación pedagógica, que permita la formación docente para ejercer la función en el área de prevención.

Objetivos

General: Identificar los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales incluidos en el modelo de formación continua y permanente, apropiados para formar al odontólogo en el área de educación para la salud y habilitarlo para ejercer su función en la práctica de la prevención.

Específicos

- ❖ Identificar necesidades prioritarias de formación en prevención en las universidades.
- ❖ Identificar los servicios de salud para lograr la integración de formación universitaria y demandas sociales.
- ❖ Lograr la integración curricular de todos los componentes
- ❖ Examinar los problemas conceptuales y metodológicos generales y las estrategias posibles.
- ❖ Formular recomendaciones específicas sobre el currículum de las ciencias de la salud.
- ❖ Programar la educación continua

Marco teórico

CAPITULO I

“EDUCACION SUPERIOR”

Se denomina crecimiento, al aumento de dimensión de un organismo, y desarrollo al aumento de grado de complejidad, debido a la maduración del mismo, dichos conceptos pueden ser aplicables al sistema universitario, ya que el mismo es un conjunto de organismos o facultades, o Escuelas Superiores que poseen una función en común que es la formación académica de los alumnos universitarios, se determina así su inserción en la sociedad como individuos capacitados en determinada disciplina, y por lo tanto de acuerdo a su formación profesional ser incorporados al mercado del trabajo.

Si analizamos retrospectivamente los objetivos de estas instituciones no solo crecieron, sino también se desarrollaron, es decir aumentaron de acuerdo a distintos pensamientos vigentes, a saber: sociales, científicos, políticos, religiosos, económicos, artísticos, geográficos o la combinación de los mismos.

Este planteo es comprobable a partir de la observación de los curriculums de las universidades de la edad media, en las cuales era prioridad el estudio de las leyes, la teología y las artes, pues estas universidades dependían de la iglesia y los reyes, por lo tanto se estudiaba leyes, filosofía, artes y teología. Los docentes eran personas sin títulos muchas veces pero sí eran idóneos en la materia que dictaban. Los estudiantes pertenecían a una clase social alta y fundamentalmente la matrícula era de sexo masculino.

Las materias se cursaban en distintos lugares según estuviese el maestro, de tal forma que esto obligaba a los estudiantes a viajar de un sitio a otro para obtener el grado académico, lo cual era costumbre de la época pues se realizaban con frecuencia peregrinaciones, con el correr del tiempo la universidades se establecieron en determinadas ciudades, las cuales combinaban su posición geográfica con un cúmulo determinado de docentes.

Las primeras universidades fueron París en el siglo XII y Bolonia.

Se observaba recién en el siglo XV, es decir a partir del descubrimiento de América y con el avance y desarrollo científico determinado por los inventos que inician la Edad Moderna que se produce en Europa, un interés creciente por las ciencias, las cuales abrieron horizontes hacia la

astronomía partiendo de la matemática y de la física que ya conocían árabes y griegos.

Los viajes permitieron así, el intercambio de ideas y el conocimiento de la biología de plantas y animales desconocidos de Europa hasta ese momento.

Todo esto da origen a las distintas ramas del saber que contribuyeron a la creación de las distintas Facultades o Escuelas Superiores, aumentando la capacidad de la formación de grupos humanos que se acercaron en busca de conocimientos.

Las Universidades y su Tiempo

- **Orígenes y Modelos Universitarios.**
- **Relación entre objetivos y estructura universitaria.**
- **Modelo curricular y evaluación de la problemática actual entre los actores universitarios según perfil de docentes y alumnos.**

La palabra “universitas” que aparece por primera vez en los albores del siglo XII, designa en su origen, una hermandad o corporación de profesores y estudiantes que sin trabas de fronteras o localidades se esforzaban por asimilar los conocimientos impartidos dándose por misión construir una unidad, Ejemplo: en las escuelas sacerdotales de Egipto, de la India, de Judea, Grecia, Atenas y Alejandría, en los cuales la filosofía práctica abarcaba toda esfera del saber humano.

Construía la enseñanza principal sobre todo la última cuya formas perduró de tal manera que muchos la consideran como el verdadero origen de la ciencia.

Los romanos frecuentaban escuelas de este género, principalmente, los de Atenas, Rodos y Alejandría, estableciéndose tal vinculación de conocimientos y de ideas, que a su vez las letras y la cultura griega acudían a Roma provocando la creación de instituciones análogas en Italia.

Vespasiano fue el primero que otorgó remuneración a los maestros, Marco Antonio fundó las escuelas llamadas “Imperiales” y el “Atheneum”, creado por Adriano, subsistió cuando reinaron los emperadores cristianos.

A consecuencia de la caída del Imperio Romano cayeron en olvido, pero renacieron por la influencia del cristianismo, aunque esta época en plena edad media, envuelve con nieblas densísimas el nacimiento de las universidades propiamente dichas.

Se cree que Carlomagno, secundado por el inglés Alenivio, se preocuparon por renovar el cultivo de las ciencias en su Imperio.

En estas escuelas monásticas fueron los únicos establecimientos de mucho tiempo de educación superior, aunque solamente cubrieron algunas ciencias. Más tarde, a la sombra de ilustres maestros, se fueron creando establecimientos independientes de los monásticos.

La iglesia y el estado contribuyen con donaciones, subvenciones y privilegios; por ejemplo: la Universidad de París (teología) y Bolonia (jurisprudencia).

De lo cual se deduce que ya se perfilaban los modelos universitarios, y entre ellos el primero es el Modelo Medieval, cuyas características fueron corporativas, lo cual determinó que su origen fuera gregario y corporativo, clérigo de los gremios feudales, urbano y espontáneo, dicho modelo se desarrolló progresivamente hasta la institucionalización del mismo. Luego aparecen los “actos funcionales” de las universidades, es decir el régimen formal de las mismas por medio de bulas papales o de fueros laicos determinando así la organización de las universidades del siglo XII, las mismas fueron influenciadas por las migraciones colectivas, las peregrinaciones, el comercio, las cruzadas y las órdenes mendicantes.

“Desde el siglo XIII se considera que reflejan la canonización del saber debido a que se hallaban en espacios físicos deteriorados y que por lo tanto poseían edificios, laboratorios y bibliotecas”.

A modo de comentario se puede afirmar que según Perkin las universidades se crearon a partir del “Ethos”, determinado por una mentalidad descentralizada y orientada hacia una comunidad profesional que protegía sus

miembros. De tal forma que la universidad medieval vista desde el punto de vista institucional estuvo determinada por un criterio de universalidad, autonomía y disciplinas formativas del intelecto y del carácter.

El surgimiento de la Universidad de Bolonia (modelo de Universidad de los estudiantes), llamada la “Doctor”, en donde el centro neurálgico fueron los estudios de derecho civil, debido a varios motivos:

- 1) Geográficos, políticos, ya que construían un cruce obligado desde el norte de Italia hacia Europa, lo cual explica la gran confluencia de estudiantes europeos, los cuales se agrupaban con el modelo clásico de las corporaciones (gremios).
- 2) Motivo histórico jurídico, ya que coincide con el año 1140, que corresponde a la separación formal del derecho canónico de la teología, debido que hasta el año 603 y 1076 desapareció el “Digesto”, que es la parte más importante del “Corpus Juris Civilis”, y por lo tanto el estudio de los códigos romanos se circunscribió solo a estudio de retórica aplicado.

A su vez quedan así también constituidas otras ramas del saber, determinados por el estudio de la medicina, el derecho canónico, el derecho civil y la teología.

Se podría agregar un factor social determinante de las características de las universidades medievales, el llamado “Voto con los pies”, ya que este hecho determinaba que debido a que eran comunes las peregrinaciones y las migraciones humanas y las guerras, lo cual llevaba a los individuos deseosos de saber de un sitio a otro, según estuviera allí el profesor o maestro óptimo para su aprendizaje, lo cual producía el hecho de que se estudiaran materias en distintos lugares según la presencia del maestro.

El maestro era elegido y mantenido en su cargo y pagado por sus enseñanzas por los alumnos, de tal forma que si no cumplía con su tarea era separado de su cargo.

Para llegar a ser profesor se debía tener el grado de doctor, el cual se obtenía a partir de una serie de exámenes públicos y el título obtenido era el de Licenciado en Derecho Civil.

A su vez para poder realizar la tarea docente se requería la “Licencia Docente”, es decir un certificado habilitante para ejercer la docencia según obtenían el título de Magíster en Artes, Artes Liberales, o de Doctor en Leyes: es importante remarcar que ambos títulos eran en ese momento sinónimos y determinantes en los primeros esbozos del credencialismo.

Otro modelo universitario es la Universidad de París o la “Universidad de los Profesores”.

El origen se puede ubicar en la escuela de Notre Dame a comienzos del siglo XII ya que lo mismo funcionaba anexo a un monasterio, es decir fiel a las costumbres de la época, las más famosas eran: Lieye, Rheims, París, Orleáns y Castres.

La Universidad de París tuvo carácter aristocrático, ya que se hallaba en la capital de la monarquía francesa, el cual era centro geográfico, político y social de saberes y de nuevos conocimientos a partir de hechos que marcaron el rumbo de la historia occidental.

Representados por las cruzadas (s.XI al s.XIII) que favorecieron el conocimiento de las civilizaciones bizantino y musulmanes, marcando así el avance de las ciencias a través de Europa.

La fecha en que pasó de la escuela de Notre Dame a formalmente instituido como Universidad, no está bien determinada, pero sin embargo se consideró el año 1200 como fecha en que sucedió, ya que el rey Philip Augusto concedió un privilegio especial a los estudiantes de la Universidad, por el cual los mismos, si era necesario no podrían ser juzgados por los fueros locales, a su vez se considera que en el año 1231 fue reconocido por el Papa y concede ordenamiento en base al derecho de los estudiantes y de los maestros para elaborar constituciones y ordenanzas pasó al dictado de clases (lectura) (lectio) y los disputos (disputatios).

La currícula estaba constituida por el trivio el cual abarcaba gramática, lógica y retórica y el cuadrivio aritmética, geometría, música y astronomía.

Luego seguirán los estudios superiores en las facultades de Derecho (Civil), Medicina y Teología. Los estudios duraban como mínimo 7 años, y el

idioma que se utilizaba era el latín, el cual igualaba a los estudiantes de diferentes regiones.

El estudiante egresaba a los 21 años, comenzaba como auditor, cursos bíblicos bachiller sentenciado, bachiller formado, licenciado, y a los 30 años prestaba juramento y recibía la licencia Docenti a partir de allí formaba parte de la corporación de maestros y estaba autorizado a enseñar oficialmente, después de la ceremonia de “Inceptio”.

En París, Roberto de Sorbonne, creó el primer colegio anexo a la Universidad, que daba alojamiento a los estudiantes pobres, luego llamado “Sorbona”.

Se puede entonces considerar que siguiendo los diferentes modelos universitarios, es decir que surgen a partir de variados objetivos, y que determinaron los modelos curriculares de acuerdo a patrones socioculturales, políticos y geográficos, surge el 2do modelo universitario el cual corresponde al siglo 19 o de la “Universidad del saber” que es la época en la cual se pueden diferenciar los diferentes modelos curriculares, según la idiosincrasia de cada país.

De modo que de la universidad de Berlín con la influencia de Von Humboldt, surge la premisa “del saber” por el saber en sí, lo cual es determinante de una universidad, fundamentalmente de orientación científica y técnica.

Al mismo tiempo que en la Francia Napoleónica surge el llamado “Estado Docente” que corresponde a una universidad con orientación en la formación de dirigentes para ocupar los cuadros estatales.

En Inglaterra se caracterizó la universidad por ser elitista ya que los alumnos provenían de la nobleza o de la burguesía adinerada, es decir, que eran representantes de una sociedad económica y social determinada que una vez egresados seguirían engrosando a esa misma elite a que pertenecían inicialmente.

España en cambio, formó individuos dedicados a la preservación de la moral cristiana, lo mismo que la tendencia heredada por las primitivas universidades americanas, a propósito de ello surge en el siglo XVI la universidad de Lima y la Universidad de Córdoba (Universidad de los Abogados).

El tercer modelo universitario corresponde a la universidad profesionalizante del Siglo XIX caracterizada por Steger (1974) como la Universidad de los Abogados.

Dicho modelo universitario posee los siguientes objetivos: es laica, pragmática y estatista; lo cual formará profesionales, ciudadanos y administradores, de allí que exista una marcada relación entre el estado, entidades y la docencia, representados por el Ministerio de Educación, de allí que es llamado el “Estado Docente”. Las carreras que se podían cursar eran Derecho y Medicina. Con una orientación docente y profesional más que científica.

Los Objetivos de la Universidad en distintos momentos de su desarrollo histórico y su influencia en la Universidad Argentina

Orígenes y modelos universitarios:

Siglo XII orígenes de una hermandad o corporación de profesores y estudiantes sin trabas de fronteras.

Escuelas humanísticas, la Iglesia y el estado contribuyen con donaciones, subvenciones y privilegios (París, Bolonia).

Siglo XIII refleja la canonización del saber.

La Universidad Medieval, desde el punto de vista institucional, poseía autonomía y disciplinas formativas del intelecto y del carácter.

Universidad de Bolonia, estudiantes europeos (modelo clásico de las corporaciones).

Factor social determinante de las características de las universidades medievales llamado “voto con los pies”.

Otro modelo universitario. París (Siglo XII al comienzo), de carácter aristocrático.

2do. Modelo Universitario. Siglo XIX “Universidad del Saber”. Se diferencian los diferentes modelos curriculares según la idiosincrasia de cada país. En Berlín surge la premisa “del saber” por el saber en sí. En Francia, el “Estado Docente” forman dirigentes. En Inglaterra: Universidad Elitista. España,

preservación de la moral cristiana, tendencia heredada por las primitivas universidades americanas, siglo XVI Lima y en Córdoba.

El 3er Modelo Universitario en el siglo XIX, la Universidad profesionalizante, laica, pragmática y estatista con marcada relación entre el estado, entidades y la docencia.

Todo esto produce en la sociedad consumismo educativo y a un avance del credencialismo universitario, lo que lleva a una competencia entre los egresados y los diferentes universitarios.

En los distintos modelos se pueden comparar situaciones:

- 1) Geográficos – políticos, gran confluencia de estudiantes europeos por el cruce obligado Norte de Italia – Europa, se agrupaban con el modelo de las corporaciones (gremios).
- 2) Motivo histórico-jurídico: Desaparición del “Digesto”, quedando solo el estudio de retórica aplicado.
- 3) Factor social: determinante de las características de las universidades medievales el llamado “voto con los pies” pues eran comunes las peregrinaciones y las migraciones humanas y las guerras, lo cual llevaba a los individuos deseosos de saber de un sitio a otro según estuvieran allí el profesor o maestro.
- 4) Situaciones económicas: la Iglesia y el Estado contribuyen con las donaciones, subvenciones, etc. En la Argentina 1820 a raíz de la fundación de la Universidad de Buenos Aires, la Iglesia no posee el dominio de la Universidad y ésta pasa al estado.

Modelo Universitario Argentino

En nuestro país la Universidad tuvo influencias de todos los modelos universales europeos, pero fundamentalmente estuvo orientado hacia el modelo español, de allí que las universidades surgieron a partir de la iglesia (Universidad de Córdoba).

Para el mejor estudio comparativo de los objetivos universitarios y sus variables podemos dividir a la historia de la universidad Argentina según etapas,

que creemos fueron cruciales para el crecimiento y desarrollo a través de la historia.

- 1) Los objetivos de las primera universidad Argentina, que fue la universidad de Córdoba, en el año 1600 según el modelo de las universidades Españolas, en donde la orientación eran las leyes y la moral cristiana, este último tópico no ocupaba el sitio que, con el correr del tiempo e impulsado con el avance tecnológico científico, alcanzó un lugar preponderante por sobre las carreras humanísticas.
- 2) Fundación de la Universidad de Buenos Aires en 1821, a partir de la Universidad de Córdoba.
- 3) Fundación de la Universidad de La Plata en 1905: La de Odontología se creó en el año 1962 como Escuela Superior de Odontología.

Podrían identificarse tres problemas fundamentales que afectarían la práctica docente en la Universidad entorno a los siguientes interrogantes:

1. Los objetivos de la Universidad en distintos momentos de su desarrollo histórico, y su influencia en la Universidad Argentina. ¿Son suficientes para el cambio social los modelos de estilos ideológicos predominantes en su época? Diríamos que estamos frente a una fuerte corriente innovadora del pensamiento.

El universitario debe adquirir disciplina intelectual y capacidad de estudio y lectura, debe aprender a razonar, a lograr capacidad de formar juicio propio, capacidad de manejo bibliográfico, de selección y valorización de datos sobre problemas dados y una formación básica mínima en alguna disciplina, esto es lo que requiere hoy como formación de grado en la Universidad Argentina.

2. ¿Se construyen condiciones de calidad en la docencia y en la investigación?

Sí, a pesar de las adversas condiciones económicas del país y de la educación en general, y al esfuerzo de muchos docentes que han

construido opciones de calidad en determinadas áreas del conocimiento.

3. La eficiencia interna de las Universidades Nacionales está declinando. Esto puede ocurrir por diferentes motivos:
 - Métodos de enseñanza inadecuados
 - Bajo costo de los estudio, e ingreso libre
 - Falta de recursos complementarios
 - Estudiantes que prolongan sus estudios

Se asume como argentinos la compleja realidad del país, y se valora desde esta perspectiva el rol que debe jugar la Universidad Nacional como foco de educación y como transmisora y creadora de ciencia y tecnología.

Pareciera que está en juego el futuro de las instituciones que dan fundamento a la Nación, y los servicios que ellos prestan deben ser celosamente preservados por la sociedad.

Salir de esta situación implica una transformación para lo que es necesario disponer de conocimientos. Aquí radica el papel fundamental de la Universidad Nacional, por lo que a través del tiempo tiene ya hecho, por lo que está generando, y por lo que seguramente habrá de aportar.

En lo que se refiere a la orientación agraria surgió con el progreso del país, ya que en otros países donde no contaban con los recursos geográficos y naturales los objetivos universitarios eran otros. Por ejemplo: Perú, Bolivia y Brasil.

Es decir, que aquí ya está establecido el mapa de las carreras universitarias representados por las ciencias, las artes y las técnicas.

1) REFORMA UNIVERSITARIA DE 1918:

Este hecho histórico marca otro objetivo universitario, pero ya con dos fundamentos.

1. Participación Activa de los estudiantes en el gobierno universitario
2. Autonomía del poder universitario: Estatutos y reglamentos de concursos.

3. Implementación de concursos docentes-docentes capacitados.

- Competencia de saberes para el acceso a las cátedras
- Se observa la docencia como elemento formador de alumnos
- Aparición de la investigación.
- Relación entre docencia e investigación.
- Impulso a las relaciones entre facultades de diferentes universidades, nacionales y extranjeras, para el intercambio de conocimientos; becas, cursos, etc.
- Aparición de las especialidades de las diferentes carreras.

2) En 1958: La Ley Domingorena (Nro. 14.557) permite la creación desde 1958 a 1963 de Universidades Privadas; cuya creación tuvo origen en modelos: políticos, religiosos, liberales, nacionales y extranjeros.

Ejemplo: Universidad del Salvador, Universidad de Belgrano, dando por lo tanto verdaderas empresas educativas.

3) Aparece en 1960 el desarrollismo con Frondizi.

En 1967 se sanciona la ley 17604 de las Universidades Privadas, según por lo cual se rinden cada mes los exámenes para la habilitación profesional, hasta hallarse en iguales condiciones que las Universidades Nacionales.

4) En 1968: Se puede observar otro objetivo que aparece, es el expansionismo universitario determinado por la creación de universidades provinciales, en ese año se separa la Universidad del Litoral dando lugar a la Universidad de Rosario.

En otro orden de objetivos aparecieron los gremios docentes, es decir se vuelve a las antiguas cofradías que servían de protección a sus miembros.

Surgen también las carreras no tradicionales.

5) En 1968 el CONICET se planteó como objetivo educativo, esclarecer si el modelo educativo es el adecuado para el momento actual.

Para lo cual se replantea el rendimiento de las Universidades.

La teoría de la evaluación de los rendimientos académicos, científicos, pedagógicos, teológicos, informacional, cultural, social y económico.

Todo esto se produce debido a un sentimiento de crisis de la formación académica, según la evaluación de función formativa de acuerdo a los parámetros educativos actuales con fines a la preparación académica ideal.

MODELO PLURALISTA

Actualmente podemos considerar que la Universidad posee objetivos pluralistas, ya que a partir de su creación, por el estado, la iglesia y los capitales privados, han producido un estrato educativo en donde el estudiante puede elegir una misma carrera con distinta orientación o bien distintas carreras y a su vez variadas opciones de trabajo. Todo esto produce en la sociedad consumismo educativo, y a un avance del credencialismo universitario, lo que lleva a una competencia entre los egresados y las diferentes universidades.

Pensar en la Universidad, conlleva necesariamente a pensar en la sociedad a la que la misma va a servir.

Que la universidad es un reservorio intelectual, donde pueda asimilarse, adquirirse y conservarse el concomimiento científico que se va produciendo permanentemente y masivamente.

Pero la experiencia de los siglos prácticamente demuestra que la única forma de poder asimilar “el conocimiento científico en forma eficiente es produciendo nuevos conocimientos científicos”.

Es muy difícil para quien no se encuentra activamente desarrollando tareas de investigación poder asimilar conocimientos científicos nuevos. Para el

que está realizando trabajos creativos de carácter intelectual, sin embargo, ello es mucho más sencillo y rápido.

Por eso es rol fundamental de la investigación, y en particular la investigación básica, en el desarrollo económico de una nación.

No tanto por el conocimiento particular que produce un investigador científico, si no por la indudable capacidad que tiene ese investigador de digerir cualquier conocimiento que sea estratégico, requerido en un momento dado, lo cual se probó en la segunda guerra mundial.

Las tecnologías no se “compran” como creen los ingenuos desinformados, se asimilan y para ello es insuperable el potencial de la universidad, debido a que en la misma se halla la confusión de todas las disciplinas del saber.

Actualmente la visión del futuro universitario pasa por factores económicos sociales. Al egresar se plantea si su formación académica ha sido la adecuada, si tiene la inserción en el mundo.

También los docentes universitarios han constituido gremios para defender sus intereses, al igual de los existentes gremios de empleados no docentes de la universidad, cuya función es la defensa de los derechos del trabajador universitario.

El universitario en el nivel de grado debe fundamentalmente adquirir disciplina intelectual y capacidad de estudio y lectura, debe aprender a razonar, a lograr capacidad de formar juicio propio, debe tener capacidad de manejo bibliográfico, de selección básica mínima en alguna disciplina, esto es lo que se requiere hoy como formación de grado en la Universidad; esencial para el futuro profesional argentino.

La educación superior en la República Argentina, ha tenido una gran expansión manteniéndose a un ritmo acelerado, comparado con otras partes del mundo.

Hasta los últimos tiempos surgieron con frecuencia estudios sobre la educación superior, donde predominaba el concepto de crisis que acompaña a las universidades bajo el efecto de la masificación.

Se observa con preocupación el deterioro que se aproxima, a su vez que se esperan los beneficios que promete un nuevo cambio.

Varios estudios demuestran insistencia en el concepto de crisis, refiriéndose en particular a la educación superior y a las universidades, muy especialmente. Indagando estudios de diferentes épocas, aparece un período llamado “dorado” de la educación superior hasta recientemente donde la crisis se plantea en términos de “pérdida de identidad”, de la universidad.

Al final de la década de los ochenta otra noción comienza a sentirse la de “desafío”, son épocas de turbulencias y de cambios.

Si bien los investigadores se aproximan a la realidad, tienden a observar con agudeza la crisis que acompaña las transformaciones.

Si bien es preciso un profundo sentido de la realidad para no minimizar las limitaciones, pero por otro lado también hace falta mucha pasión y optimismo para no dejarse amilanar por la tremenda tarea que implica enfrentar las nuevas condiciones.

Es indudable que la crisis y desafíos de la educación superior tienen relación directa con las condiciones que atraviesan las sociedades latinoamericanas.

América Latina atraviesa una verdadera crisis económica, y con la confusión que produce el desvanecimiento de una época histórica y el comienzo de otra.

Es difícil aún perfilar los cambios que se divisan, no hay precisión, los pensadores de la época de las más diversas tendencias están abocados a la búsqueda de la identidad de una nueva transformación.

La Argentina se encuentra sumida entre la crisis derivada de los problemas acumulados del pasado que todavía no ha resuelto, alguno de los cuales como el pago de la deuda externa, la coloca en desventaja para enfrentar las nuevas condiciones de innovación técnica e inversión productiva, y la crisis asociada a las transformaciones planetarias que dan cuenta de los cambios en el patrón tecnológico.

La globalización cada vez más inclusiva de la economía, nuevas perspectivas de desconcentración geográfica de la producción y desarrollo acelerado de las nuevas tecnologías.

Este segundo tipo de crisis lo han estado viviendo los países desarrollados debido a los cambios profundos que debieron experimentar los sistemas productivos, las organizaciones tanto públicas como privadas, incluidas las instituciones de educación superior.

En las oportunidades que brindan la combinación de las nuevas tecnologías junto con las nuevas formas de organización y la importancia que en su desarrollo tiene el conocimiento y los recursos humanos en la nueva época que se vislumbra así como las nuevas formas de interrelación de los países en el nuevo orden mundial en donde posiblemente en el avance de los países líderes está implícito la posibilidad de desarrollo de los países pobres (al contrario del modelo anterior), hace que surjan algunos planteamientos esperanzadores para los países subdesarrollados.

Ahora bien, en América Latina los cambios que propugnan los nuevos contextos generados por la revolución tecnológica no pueden plantearse sin dejar de tomar en cuenta una comprensión de la fuerza con la cual actúan procesos y relaciones que son localizables en todos los ámbitos de la cultura (lo social, ambiental tanto como lo económico).

Sin esa base no se puede esperar que un proceso de transformación de las sociedades latinoamericanas tomando en cuenta las ventajas que pueden ofrecer los cambios tecno-económicos pueda tener la efectividad que se desea, y es así en las propuestas que hagan coincidir lo cultural y lo social de estos países con los aportes que pregonan los adelantos organizativos y tecnológicos donde la responsabilidad de los académicos y científicos e intelectuales es de fundamental importancia.

Algunas de esas preocupaciones están presentes en las propuestas que han sido expuestas últimamente por organismos regionales e internacionales. El modelo de transformación productiva con equidad privilegia objetivos de competitividad integracional y equidad en un contexto institucional democrático pluralista y participativo, y propone como tarea primordial y común a todos los

países la transformación de las estructuras productivas de la región en un marco de mayor equidad, la cual debe sustentarse en una mayor incorporación deliberada y sistemática del progreso técnico al progreso productivo.

Ahora bien, no parece posible llevar adelante estrategias de desarrollo con esas características sin que haya una articulación clara entre las distintas áreas del quehacer nacional a partir de un proceso de concentración entre los múltiples actores: Gobierno, empresas públicas, universidades, sector privado y la sociedad civil en general.

El estudio de la educación superior abarca todos los campos del conocimiento, razón por la cual estas instituciones especialmente la Universidad han sido preocupación de intelectuales y académicos de las más diversas áreas del saber. Así en épocas pasadas filósofos y sociólogos de la talla de Husserl, Humbol, Ortega y Gasset, Dahzendorf, Aron, entre otros, han escrito sobre las universidades. Sin embargo, paralelamente a la gran expansión de este nivel educativo a nivel mundial especialmente a partir de los años sesenta, el cambio de estudio sobre la educación superior ha pasado a ser responsabilidad de los especialistas.

En la Argentina es también a partir de los años sesenta cuando entran en escena los análisis sobre educación superior.

El período de transformación de la educación superior de elites a la educación de masas coincide con lo que algunos autores han llamado la “Edad de la inocencia”, ya que estuvo acompañada por las llamadas “teorías tradicionales”, recursos humanos y capital humano, estructuras, funcionamiento y empirismo metodológico”, existen en las tendencias mencionadas vinculadas a distintas disciplinas (a la sociología, en el caso del funcionalismo y del empirismo, y a la economía en el caso de los recursos humanos y capital humano), elementos comunes como los siguientes: a) la metodología es considerada como un factor neutro, b) se asume la racionalidad como elemento que hace posible la predicción en los cambios deseables, c) se considera que la educación es necesaria para la formación de los individuos, bien sea porque les ayuda a cumplir mejor sus roles sociales (de acuerdo al funcionalismo) bien sea porque hace a los individuos más productivos a la sociedad (teorías de recursos humanos, y capital humano), o

bien, porque la educación contribuye a que la sociedad sea más igualitaria, dentro del contexto del equilibrio (de acuerdo al empirismo metodológico).

En América Latina esas teorías, y muy particularmente la de recursos humanos se integraron a los análisis de la realidad regional a través del desarrollismo, esta corriente estuvo caracterizada por un optimismo economicista en el cual la educación aparecía como una garantía de mayor productividad y movilidad social.

En este período hubo trabajos importantes sobre educación superior caracterizados por la necesidad de propuestas que ayudaron a los países de América Latina a buscar un desarrollo de las universidades de acuerdo con las demandas que las transformaciones de las sociedades exigían en ese momento, entre ellos cabe mencionar el estudio “La Universidad Latinoamericana”, donde se considera que el desarrollo socioeconómico estaba en función directa de su desarrollo educativo.

Aparecen las teorías críticas que surgen como alternativa a las teorías tradicionales. Estas teorías lograron un cúmulo de conocimientos sobre la problemática socio-educativa que permitió analizar las situaciones de desigualdad que producen los sistemas educativos.

Esos análisis se plantearon a partir de las diferentes formas en que el conocimiento es seleccionado, distribuido y legitimado respondiendo a intereses de las diferentes clases sociales: en la selección y organización del conocimiento se encuentran los aportes de Bourdieu, Bernstein, en los aspectos de distribución del conocimiento y como funcionan las redes educacionales para establecer las diferencias, se pueden mencionar los aportes de Baudelot, en los de transmisión del conocimiento a través de los prácticos de enseñanza – aprendizaje y del rol del profesor, los aportes de Sowles, Yintis, Levin y en cuanto a las formas de legitimación de determinados códigos socio-lingüísticos en la comunicación de nuevo se puede mencionar a Bernsteins, en cuanto a la circulación del conocimiento a través del currículum oculto y del contenido de los textos fueron importantes los aportes de Wexler. En este período llamado por algunos autores “La Edad del Escepticismo” las teorías críticas develaron el carácter no democrático en que se realizaba la expansión de los sistemas educativos, a través

de la identificación de prácticas e ideologías difíciles de percibir a simple vista, pero que estas teorías pudieron develar y ese fue su gran aporte.

Paralelamente pero sin coincidencia con los enfoques teóricos o metodológicos de las teorías críticas, se prefirió en América Latina la emergencia de la investigación acción y/o investigación participativa, se extendió a la República Argentina. En la presencia de este tipo de investigación se reivindicaba el pensamiento de Paulo Freire y el trabajo analítico de Fals Borda.

Esta perspectiva de investigación se identifica con tres fases:

- a) la investigación temática, vinculada con los primeros planteamientos de Freire;
- b) la investigación acción desarrollada por sociólogos de los setenta y
- c) la investigación participativa que se promueve en los comienzos de la década de los ochenta.

En la educación superior este tipo de investigación ha tenido poca importancia a excepción de algunas experiencias de las escuelas de educación vinculadas con la educación de adultos. En efecto en el campo de la educación superior fueron las teorías nuevas de los países del centro (especialmente los del pensamiento crítico franceses, y la teoría marxista de conflicto norteamericano) los que se vincularon con los estudios de esa época. La influencia de esas teorías se transfirió a los análisis de nuestra región a través fundamentalmente de autores que se ubicaron en las corrientes teóricas que surgieron como crítica del desarrollismo. Estas corrientes teóricas que se asocian a un proceso de redefinición de los países subdesarrollados, tienen el mérito de considerar los problemas a partir de la perspectiva de sus propias regiones y va como problemáticas construidas a partir de la “normalidad de los países del centro”.

Se plantean los fenómenos de diferenciación y segmentación de la educación superior latinoamericana las que fueron interpretadas como los nuevos mecanismos surgidos en la etapa de gran expansión educativa de ese nivel.

En las últimas décadas aparece la necesidad de elaborar una propuesta de formación para la educación superior orientada a la creación de una

ciudadanía interesada en profundizar los estilos de vida basados en valores democráticos y en construir una sociedad más equitativa.

En ella se plantea un modelo de aprendizaje ético que tanto en su dimensión teórica como práctica, pretende dar respuestas y ofrecer pautas para la formación en valores en el mundo universitario.

Las universidades están abiertas a la innovación, al pensamiento crítico, al progreso y a la búsqueda de rigor y de verdad, pero a la vez son conservadoras, queda como una tensión entre innovación y tradición que en sus más nobles acepciones han caracterizado a las mejores universidades a lo largo del tiempo.

La sociedad actual está mostrando mayores niveles de exigencias en relación con la calidad de la formación universitaria, y quizás esté exigiendo que aborde su tarea desde una perspectiva más pedagógica y universitaria y menos formal e interesada.

A las universidades y a los universitarios no nos faltan estímulos que nos orienten hacia el cambio, si se observa que lo que falta quizás sea voluntad de cambio y garantía de que éste contribuirá a la mejora.

Se observa falta de nitidez sobre lo que es “mejora” y esta falta de nitidez sobre lo que es mejora en el mundo de la educación superior genera prudencia en los cambios en general.

Realizamos un recorrido por Facultades de Odontología de Buenos Aires, Córdoba, Mendoza y Complutense de Madrid; Facultad de Odontología de Barcelona y hemos de reconocer que si algo caracteriza negativamente a algunas instituciones y universidades, es el escaso tiempo dedicado a la planificación docente y a la determinación de objetivos terminales vinculados con los aprendizajes del alumno universitario.

Es posible que estemos viviendo una de las décadas más ricas en la aparición de necesidades de exigencias de adaptación dirigidos al mundo universitario, esto refuerza nuestra idea de la importancia de una educación permanente, para jerarquizar la profesión.

Otras necesidades a las que la universidad debe dar respuestas, están: la adaptación a la sociedad de la información y de las tecnologías, la integración

al fenómeno de la globalización y el análisis de su impacto en los diferentes ámbitos de la ciencia, la tecnología, la economía y el mundo del trabajo, la atención a la diversidad de los estudiantes y la preocupación por alcanzar la excelencia académica, entre otros.

Refiriéndonos al tratamiento pedagógico en el ámbito universitario no es solo cuestión de una modificación en el plan de estudios o de la incorporación de una nueva materia, es sobretodo un cambio de perspectiva en relación con lo que hoy representa lograr un buen nivel de formación universitaria y con lo que debería el compromiso con lo público de una universidad que pretende formar buenos profesionales y buenos ciudadanos.

La Universidad ha sido, desde sus orígenes la encargada de formar profesionales y especialistas en diversas áreas del conocimiento, hoy deberían ser también las encargadas de la formación de auténticos ciudadanos responsables y comprometidos con la realidad social que las rodea, es decir la formación de profesionales acordes con el nuevo paradigma social, que desarrollen las habilidades y capacidades necesarias para construir el conocimiento que les sea útil y de la forma más significativa posible, es decir que sepan que hacer respecto a su área de conocimiento y actúe en cada situación concreta.

Este cambio puede ser preciso para el objetivo que se propone desde nuestro particular interés: la formación continua del odontólogo, y muy especialmente la formación en el área de la prevención.

Referencias históricas de la formación del odontólogo

El análisis sobre esta temática requiere una revisión amplia de elementos que permitan observar un panorama general del desarrollo de la odontología en el marco del cambio social de los países.

Los procesos de formación de recursos humanos en el campo de la odontología se caracterizan por ser variables, según lo observado en cambios curriculares.

En otros países este modelo de práctica desarrollado a partir de la enseñanza recibida en las escuelas de odontología ha entrado en una crisis que no puede desligarse de las crisis que sufren algunos de ellos por el fracaso de sus modelos de desarrollo.

Habiéndose identificado la crisis y sus causales, las universidades buscan salida con planteamientos innovadores, para lograr cambios en la formación de sus actuales recursos acordes a la problemática social.

La educación odontológica a nivel continental ha tenido características similares en su desarrollo, influida primero por corrientes europeas y luego por la odontología flexneriana de los Estados Unidos de Norteamérica.

Algunos patrones formativos reflejan como la profesión se inicia de una manera artesanal y un tanto biologista, recalcando su carácter biológico, sin explicación social del proceso salud-enfermedad.

Más adelante se incorpora la odontología preventiva y social, como un ente separado.

Recientemente, los criterios sobre el proceso de formación de odontólogos han ido cambiando, aceptándose la existencia de variables no biológicas que están determinando las patologías, y que además son factores relacionados con las formas de vida de las sociedades.

Eso ha dado origen a planteamientos de globalidad para el abordaje de la educación.

Se busca modelos integradores en la enseñanza / aprendizaje que encaran la salud-enfermedad como un proceso que involucra factores biológicos y no biológicos, que afectan al individuo y a toda la comunidad.

Datos obtenidos al respecto, muestran claramente que en algunas Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología actualmente se encuentran en diferentes niveles en lo que hace a los modelos de formación de odontólogos.

Son pocas las instituciones que integran el conocimiento básico, preclínico y clínico; incorporando unidades de integración práctico-teóricas, mientras que un alto porcentaje mantiene la estructura tradicional.

Se ha reconocido la necesidad de cambio, con tendencias variables.

Parece ser que la odontología en Latinoamérica se ha convertido en vanguardia de cambios curriculares.

La preocupación está en formular diferentes perfiles profesionales que respondan integralmente a las necesidades que la problemática socio sanitaria va determinando a través de los procesos de salud-enfermedad.

En términos generales se puede esbozar las características del tipo de odontólogo que se requiere para el propósito de una nueva práctica en salud.

La formación de recursos humanos en salud debe responder a las necesidades de salud de los países y adquirir un perfil propio pero siempre articulado con la realidad. Por lo tanto la formación de recursos humanos en salud bucal bajo un nuevo concepto y acorde a los tiempos actuales debe ser permanente de carácter integrador, y debe contar con la participación continua de toda la sociedad.

Aún se está lejos de lograr una actividad racionalizada y destinada a resolver necesidades específicas.

Se sabe cuanto cuesta a algunos individuos aceptar un cambio, este reconocimiento obliga a buscar una enseñanza más individualizada ya que las personas aprenden a ritmos distintos, lo que exige una búsqueda continua para la individualización del proceso educativo razonando sobre estos conceptos no se está aún satisfecho con los esfuerzos tendientes a lograr una integración de la enseñanza de la formación de recursos humanos en salud bucal. Lo que sin lugar a dudas la enseñanza debe ser integrada con otras disciplinas de las ciencias de la salud, dentro de un proceso de integración más amplio y totalizador.

Se puede decir que en el panorama de la formación de recursos humanos en salud, la integración del proceso de enseñanza aprendizaje está enfocada hacia una integración total y continua.

Estas consideraciones han llevado a la necesidad de profundas transformaciones de las instituciones formadoras de recursos humanos en distintas áreas de la salud y más específicamente en el área de la prevención. Los cambios curriculares definen un nuevo perfil profesional capacitado entre otros aspectos para conocer las problemáticas de su país, y de sus responsabilidades

sociales, demostrar una constante actitud preventiva que permita atender al individuo y a la comunidad tanto en salud como en enfermedad.

Desarrollará en forma permanente la incorporación sistemática de nuevos conocimientos.

Tratándose del área de la salud los currículos en su mayoría no parecen estar de acuerdo con la realidad que puede ser diferente o mostrar algo distinto que no es lo que plantean las universidades como metas a conseguir.

Al momento los procesos de formación de recursos humanos en este campo se caracterizan por presentar fenómenos variables según los grados de avance curricular observado.

Aún se encuentran corrientes biologicistas que pretenden continuar formando odontólogos de corte científico-mecanicista, que no responden a la realidad social imperante, lo que se explica por el acentuado tradicionalismo en la formación y práctica, así como en la conducción del proceso educativo, en el cual persisten corrientes conductistas, que favorecen a los esquemas dominantes de los modelos económico-sociales sustentados.

La odontología como profesión se ha ido planteando la necesidad de determinar la capacidad del impacto social que ha tenido hasta el presente, por su incidencia en la modificación de la problemática de salud de la población, específicamente en el campo de la salud bucal, en cuanto a sus enfermedades prevalentes: caries y enfermedad periodontal.

En muchos países, este modelo de práctica, desarrollado en las escuelas de odontología, ha entrado en una crisis, derivada del fracaso de sus modelos de desarrollo.

Habiéndose identificado la crisis, las universidades buscan salidas a las mismas con planteamientos innovadores, para lograr cambios en la formación de los recursos actuales, y los nuevos derivados del análisis de la problemática social.

La preocupación por el deterioro de la salud de las poblaciones llevó a las autoridades de la Organización Mundial de la Salud a reunir los gobiernos de todos los países para proponer la meta de alcanzar “Salud para todos en el año 2000”.

Los recursos humanos en salud están comprometidos con esta meta, lo que permite predecir acerca de un proceso de formación de odontólogos consecuentes con los fines propuestos.

Indagando los patrones formativos reflejan como la profesión se inicia de una manera artesanal y un tanto biologista, pasando luego a recalcar su carácter biológico ignorando toda posibilidad de explicación social del proceso salud-enfermedad. Más tarde se incorpora la odontología preventiva y social como un ente separado, cuyo trabajo no tiene nada que ver con el proceso formativo visto como un todo.

Así mismo los criterios sobre el proceso de formación de odontólogos han ido cambiando reconociéndose la existencia de variables no biológicas, que están determinando las patologías y suelen ser factores relacionados con las formas de vida y producción de nuestras sociedades.

Esto ha dado origen a planteamientos de globalidad para el abordaje de la educación, procurando desarrollar los modelos integradores en la enseñanza / aprendizaje que consideren la salud-enfermedad como un proceso en el que intervienen factores biológicos y no biológicos que afectan al individuo, la familia y la comunidad.

Son pocas las instituciones que integran el conocimiento básico, preclínico y clínico a través de unidades de integración práctico- teóricas y un alto porcentaje mantiene la estructura tradicional, en forma aislada y no relacionada.

En algunas Facultades se mantiene el patrón conductista en la formación de odontólogos.

Por otra parte se ha privilegiado el modelo curativo y tecnologizado considerando secundariamente el aspecto preventivo de una manera desinteresada. Ese modelo está muy influenciado por la práctica hegemónica, que no ha producido un impacto social de amplia cobertura.

Las anteriores razones demuestran la importancia en la formación de recursos humanos, la capacidad para conocer e interpretar la problemática de salud de nuestras poblaciones y saber hacer propuestas que le permitirán al odontólogo incorporarse a las tareas multidisciplinarias en búsqueda de mejorar

los perfiles epidemiológicos, con una formación continua que le permita incorporar nuevos conocimientos.

La Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata no ha estado ajena de esta realidad y con el cambio curricular del año 1990 y su reforma de 1994 se planteó los interrogantes sobre la mejor forma de articular educación y formación; de esta manera se planteó un nuevo perfil profesional.

En términos generales se puede esbozar las características del tipo de odontólogo que, para los propósitos de una nueva práctica en salud, combine acciones interprofesionales, interdisciplinarias, interinstitucionales y multisectoriales.

Encontramos oportuno definir los actuales conceptos de salud enfermedad, que surgen de una realidad actual, cambiante y transformadora, que requiere y exige cada vez más amplios conocimientos para trabajar en la formación y educación para la salud, es decir además de la acción educacional propiamente dicha, esperamos que los componentes de capacitación sean parte sustantiva de la estrategia de cambio institucional.

CAPITULO II

**“CONCEPTO DE SALUD - ENFERMEDAD:
NOCIONES ACERCA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y
PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD”**

Enfocamos nuestro trabajo hacia la formación del odontólogo que lo habilita a ejercer en el área de la prevención.

Por lo tanto, es conveniente definir el significado de algunos conceptos tales como salud – enfermedad, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a los fines de aunar criterios, debido a que son términos que pueden variar su significado según los diferentes factores que los contextualicen.

Si queremos formar odontólogos en prevención debemos clarificar estos conceptos.

Como supuesto fundamental se puede decir que los procesos de salud y enfermedad se inscriben en el contexto social y cultural en el que se desarrollan las vidas de las personas, por lo que, la dimensión biológica de dichos procesos deben ser complementada con los aportes de las ciencias sociales, para poder comprenderlos en su total dimensión.

Esto también ayudará a desplazar el eje del estudio del plano individual al social, ya que muchos de los procesos que afectan a los individuos tienen sus comienzos en procesos colectivos.

El estado de salud – enfermedad de una comunidad, así como el sistema sanitario que se le ofrece, están íntimamente relacionados con la estructura de la sociedad a la que esta comunidad pertenece.

A lo largo de la historia han cambiado las patologías predominantes y su contenido científico – técnico para combatirlas.

Dichas patologías difieren entre diversas sociedades y en una misma sociedad, existen diferencias sustanciales entre clases y carácter social.

Un aspecto característico de la época que toca vivir, muy específicamente en la República Argentina, que a sido y es escenario de profundas modificaciones socio económicas recientes, es el cambio epidemiológico, han emergido nuevas patologías, sin que las antiguas hayan desaparecido.

Lo que se denomina transición epidemiológica, caracteriza a los países desarrollados en la que las enfermedades propias del envejecimiento y del estrés sustituyen cuantitativamente a las infecciones, se ha cumplido en los países

dependientes de modo tal que hoy se enfrentan paralelamente las nuevas y las viejas patologías.

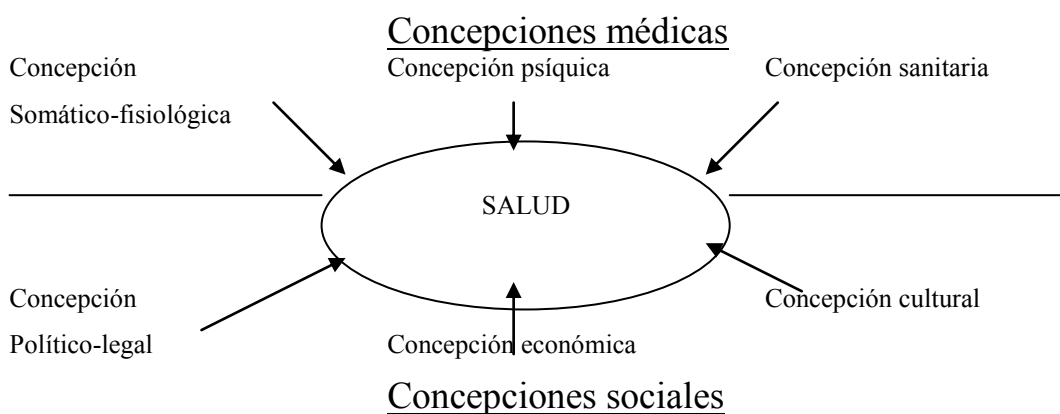
Por otra parte los procesos de salud y enfermedad no pueden apartarse de los comportamientos que las personas adopten respecto de ellos no de los sistemas de creencias que ellos sustentan con respecto a ambos.

El proceso salud enfermedad debe ser analizado como una construcción social solo comprensible en relación con un contexto histórico-social que le de sentido.

Esto significa que los factores socio-culturales, valores, normas, creencias, conocimientos y actitudes, condicionan las conductas que asumen las personas con respecto a su salud, y solo teniendo en cuenta estos factores, es posible comprometer esas conductas.

Teniendo en cuenta el contexto histórico – social, aparecen diversas concepciones de enfermedad y diversas prácticas en relación con la salud, porque la conducta con la salud y la enfermedad se aprende y se realiza en dicho contexto, que da contenido y significado a esos conceptos.

El concepto de salud aparece con una gama de concepciones según el enfoque de varias disciplinas que tiene que ver con ella.



Sobre este tema se citan las autoras Ana Lía Kornblit y Ana María Mendes Diz⁽⁶⁷⁾, de su libro “La Salud y la enfermedad: Aspectos biológicos y sociales” donde desarrollan su tarea conjunta que contribuye a la formación y la actualización de docentes que enseñan y se desempeñan en áreas de salud.

Concepciones Médicas

Las concepciones médicas de salud surgen, desde el punto de vista de la medicina, como actividad profesional; sin embargo, hay diferencias entre ellas según se ponga el énfasis en la salud somático-fisiológica, en la psíquica o en la sanitaria.

La concepción somático-fisiológica parte de la enfermedad en el organismo físico. La salud es, en esta concepción, el bienestar del cuerpo y del organismo físico, y la enfermedad es el proceso que altera este bienestar. Es evidente el peso que tiene esta concepción de la salud en la opinión colectiva y en la propia práctica médica y no puede negarse que la mayor parte del desarrollo de la medicina proviene de los adelantos en esta dimensión. Esquemáticamente pueden enunciarse diciendo que si el organismo físico no posee alteraciones visibles, existe salud y solo cuando haya una alteración del organismo existirá enfermedad.

Aún hoy la enseñanza de la medicina, la exploración y examen del enfermo y la terapéutica habitual se hallan principalmente en la identificación de alteraciones en el organismo en el nivel fisiológico. No en vano se conocía antiguamente a los médicos con el nombre de “físicos”, y aún en los países de habla inglesa (physician), ya que, tanto por sus instrumentos como por sus actos, la profesión era identificada por el público con la manipulación de los aspectos físicos del cuerpo humano. El éxito de la medicina somática, avalado por los numerosos descubrimientos en biología, física y química, contribuyó directamente a que ésta fuera la forma fundamental de practicar la medicina, o sea, diagnosticar la enfermedad y curar el organismo físico. La concepción

somática de la salud ha transcurrido más pendiente de la enfermedad que de la salud durante la mayor parte de la historia.

La concepción psíquica de la salud implica el reconocimiento de la estrecha interrelación entre cuerpo y psique en el organismo humano, lo que lleva a no restringir la experiencia de salud a la salud orgánica únicamente. En la historia de la medicina, la salud psíquica aparece como una categoría residual, o al menos, de importancia menor.

Puede decirse que la limitación fundamental con que se enfrenta la concepción psíquica de la salud es la subjetividad y la indeterminación de sus manifestaciones, en comparación con las manifestaciones somáticas. La sensación de bienestar psíquico es, en última instancia, una experiencia subjetiva frente a la que el médico no puede aducir pruebas “objetivas” de salud – como ausencia de gérmenes u otras causas patógenas- resultado de análisis y comprobaciones clínicas. El ejemplo más obvio del subjetivismo de la concepción psíquica de la salud es el caso del dolor. Aun siendo los tejidos musculares y nerviosos aparentemente semejantes y la agresión patógena de la misma intensidad, la sensibilidad de dos individuos puede ser muy diversa, sin que puedan establecerse medidas científicas objetivas acerca de la diversa intensidad del dolor que sufren dos pacientes.

La concepción sanitaria de la salud, propia de la salud pública como disciplina, coloca el énfasis en la salud colectiva de una población más que en la salud individual, como acabamos de ver en las dos concepciones descriptas más arriba.

Se caracteriza por tener un enfoque preventivo de los problemas de diversos grupos sociales diferenciados por edad, sexo, nivel socioeconómico, etc. Realiza generalizaciones, a semejanza del diagnóstico individual de la medicina clínica, orientadas a identificar el grado de salud o de enfermedad de una comunidad. Para llegar a esas conclusiones, los sanitaristas establecen medidas de lo que se considera saludable para cada comunidad o región de un país. Estas valoraciones de lo que se considera normal o patológico oscilan entre ciertos márgenes.

Recorriendo el Barrio de Colonia Urquiza, nuestro primer lugar suburbano de tareas comunitarias, convivimos con realidades muy cambiantes.

Ahí comprendimos que la normalidad, desde el punto de vista estadístico, se define en cada sociedad de acuerdo con un cúmulo de circunstancias económicas, sociales, del mismo ambiente, climáticas, que condicionan lo que se considera aceptable o normal en cada sociedad.

Esta concepción no aparece hasta el siglo pasado, cuando la magnitud de los problemas planteados por la industrialización y la urbanización, derivados del traslado de grandes masas que pasan a vivir en condiciones infrahumanas en los cinturones industriales de las primeras ciudades fabriles, acelera la necesidad de que el Estado adopte una actitud decidida para tutelar la salud de la población.

La concepción sanitaria de la salud posee un contenido amplio ya que se refiere esquemáticamente a dos aspectos:

- El medio ambiente físico, en el que se analizan las condiciones que facilitan u obstaculizan la difusión de la enfermedad teniendo en cuenta la totalidad del mismo: tierra, agua, aire, alimentos en sus diversas formas, etc.
- Las personas que ocupan el medio ambiente, a las que se agrupa por sus condiciones personales, como edad, sexo y su adscripción a determinados grupos sociales de residencia, trabajo, etc., identificando problemas de salud, estableciendo programas para actuar sobre ellos y controlando los resultados de la acción.

Concepciones Sociales

Desde la perspectiva de las ciencias sociales, la concepción de salud también responde a diferentes enfoques disciplinares, según se la conciba desde el derecho, la economía o la sociología, entre otras.

La concepción político – legal de la salud la considera como un bien general que interesa a todos. Cuando este bien es tutelado por el ordenamiento jurídico de un país, se convierte en derecho exigible por los ciudadanos según una amplia variedad de reconocimientos.

Jurídicamente, más que de un derecho a la salud habría que hablar de un derecho a la integridad física, lo cual supone la protección por parte del Estado en aquellos casos en que la integridad pueda verse en peligro. A este derecho a la integridad física corresponde correlativamente el deber y la obligación de mantenerla, reconocidos por todos los códigos penales, que, por lo tanto, identifican como delitos los actos que atentan contra ella. El atentar contra la salud, propia o ajena, es penado por el estado, dado que ello supone un ataque a un bien que debe protegerse.

Esta concepción de la salud se extiende por todas las latitudes y los sistemas políticos y, aunque las variedades de su reconocimiento como derecho sean diferentes entre diversos sistemas, existe un consenso común universal en la concepción político-legal de la salud que se reconoce en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

La concepción económica se impone en el mundo desarrollado debido a la importancia que la salud posee para la eficacia del factor humano en los procesos productivos, a los que aporta un elemento único y costoso. En otras épocas, el factor humano no era considerado un factor estratégico, lo cual llevaba a su poca estimación económica, mientras que un factor escaso como el capital atraía la atención principal y la preocupación del empresariado. En la situación actual, el factor humano ha pasado a constituir un elemento estratégico de los procesos productivos; de ahí la relevancia de mantener la productividad humana, para lo cual es necesario contar con una buena salud.

Un distinguido pensador francés, Alfred Sauvy⁽¹⁰⁵⁾, ha escrito: “... los objetivos, económico y ético, no se concilian sino raramente [...] en los numerosos casos en que las vidas humanas están en competencia con bienes materiales, se impone una elección...” y en su obra expone una serie de dilemas éticos a partir de casos en lo que la vida humana está en conflicto con un objetivo económico.

La definición cultural de la salud según el estado de desarrollo del país de que se trate y según cuales sean los roles sociales que la persona deba cumplir, lleva a enunciar lo que se ha denominado relatividad cultural de la salud y la enfermedad. Ello quiere decir que cada grupo social, sea tan extenso como una nación o tan reducido como un grupo familiar, poseerá una definición peculiar de salud establecida de acuerdo con lo que se considera normal en dicho grupo y que esta definición influye activamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a él.

La sola reflexión acerca de la diversidad regional que tiene nuestro país nos permite suponer múltiples situaciones que reflejan la relatividad cultural de la salud y la enfermedad existente.

Concepción de salud ideal

Supone un estado de salud no alcanzable por el ser humano en su realidad diaria. Responde a la definición teórica de una situación deseable en salud. Sin embargo tiene importancia, pues esas concepciones son guías inspiradoras de los actos cotidianos, aunque se sepa que nunca se alcanzarán plenamente dichos objetivos.

La concepción de salud ideal más conocida es la definición de la Organización Mundial de la Salud (1964), como “estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad”. Esta definición es a todas luces ideal, pues dicho estado de salud es imposible de alcanzar para toda una población; de todos modos, es una definición útil, pues sirve de guía para las actividades sanitarias que versan siempre sobre estados parciales de salud física, psíquica o social. Sin embargo, si bien esta definición ha sido un avance, el cambio es todavía insuficiente.

En realidad, la salud no puede ser considerada como un “estado”, como tampoco lo es la “enfermedad”. Ambas son parte de un proceso multidireccional, un proceso que podría llamarse de bienestar psicosocial. El individuo, a lo largo de su vida, se desplaza sobre un eje salud-enfermedad (y

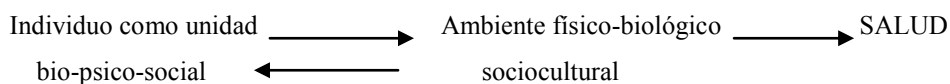
muerte), acercándose ya a uno ya a otro de sus extremos, según se refuerza o se rompe el equilibrio entre factores que están permanentemente interactuando: estos factores son físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales.

Es evidente que de la concepción de salud ideal conviene pasar a considerar niveles aceptables o inaceptables, que estarán condicionados por la situación global de cada sociedad.

Se podría entonces conceptualizar la salud como la posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía bio-psico-social al interrelacionarse dinámicamente con el medio en el que vive.

Esta dimensión implica, por un lado, considerar al hombre como unidad y, por el otro, significa no concebir la salud como estado inalterable ni como mera adaptación al medio. Supone reconocer que el hombre vive en constante interacción con el medio ambiente físico-biológico y sociocultural, recibiendo influencias tanto favorables como desfavorables, y que en esta interacción se configura el nivel de salud. No es, pues, lo conflictivo lo que define lo patológico sino la imposibilidad de resolverlo en cualquiera de las áreas física, psíquica o social.- Esto es lo que genera la idea de enfermedad.

Así el hombre tendrá salud en la medida en que pueda resolver los conflictos que se le plantean, lo cual implica, fundamentalmente, considerarlo como ser activo que participa en el logro de su salud.



Podría decirse, entonces, que un individuo se considera sano cuando:

- no presenta signos de enfermedad ni padece una enfermedad inaparente que podría curarse;
- padeciendo una enfermedad incurable, ésta puede ser controlada sin que se acorte su vida ni disminuya su actividad;

- aun teniendo una notoria incapacidad, esté acostumbrado/a a vivir con la enfermedad y esté integrado/a en su medio social;
- luche contra las dificultades ambientales sin dejarse dominar por la melancolía, la angustia o la desesperación;
- no viva con la preocupación obsesiva de la enfermedad y la muerte.

La salud así entendida se asocia con la vida, con la capacidad de vivir con el menor sufrimiento posible y de luchar para reproducir la vida, tanto satisfactoriamente para el individuo como para los conjuntos sociales.

Representaciones Sociales del Estado de Salud Ideal

Para acercarse a la idea de salud o de enfermedad en una población, se puede partir, como hemos visto, de diversas definiciones y de diferentes niveles de abstracción acerca de ellas. Sin embargo, sabemos que estas conceptualizaciones de los profesionales de la salud coinciden solo en parte con las de la población.

La representación acerca del estado de salud ideal no es independiente de otros componentes de la concepción del mundo sostenida por las personas. Así, las representaciones sobre este tema cubren un espectro que abarca desde una concepción “organicista”, en la que el estado de salud ideal incluye solo la dimensión del cuerpo y su buen funcionamiento, desgajado de la unidad psicofísica, hasta un modelo que podríamos llamar mentalista, en el que el estado de ánimo es la medida de la valoración del buen o mal estado de salud. La atención a sí mismo y al equilibrio interior son factores relevantes para los sujetos que definen de este modo el estado de salud ideal.

Entre estos dos polos figura el reconocimiento de la integración cuerpo-mente como estado de salud ideal.

Concepción	_____	integración	_____	concepción
Organicista		cuerpo-mente		mentalista

Salud y Prácticas Culturales

Así como hemos visto que la concepción de salud se entiende necesariamente dentro de una cultura particular que forma e influye fundamentalmente en el modo en que ésta se experimenta, lo mismo ocurre con la enfermedad. Las creencias sobre la enfermedad dan forma a los síntomas de quien las sufre y también dan cuenta de su ubicación social. La cultura forma parte de la naturaleza misma de la enfermedad.

Las diferencias se refieren a las maneras diversas de resolver la relación de los seres humanos con su entorno natural y social. Asimismo, en todas las culturas existen diversidades según niveles socioeconómicos, sexo, edad, religión, etc. Estas diversidades culturales influyen en la forma de pensar y actuar de las personas, por lo que la significación de la enfermedad y las implicaciones que tenga para cada sujeto tendrán características particulares, construyéndose así formas singulares de padecimiento.

Las definiciones que el común de las gentes tengan sobre padecimiento condicionan los tipos de ayuda buscada y las percepciones de las ventajas del tratamiento.

La resistencia a seguir las indicaciones terapéuticas, el consumo autónomo y por propia iniciativa de fármacos, la resistencia y/o incapacidad de asumir comportamientos preventivos, son todos factores que no pueden ser explicados y comprendidos sólo en términos de eficacia – no eficacia del sistema de salud. Todos ellos constituyen aspectos parciales de un fenómeno mucho más amplio vinculado con el hecho de que las personas tienen ideas, que a su vez se traducen en comportamientos, sobre lo que hay que hacer o evitar para mantenerse sano o para curar las enfermedades, en definitiva, sobre lo que es relevante respecto de su salud.

Existe, pues, un complejo mundo de creencias, valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud, que interaccionan permanentemente con la medicina oficial y que informan no solo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que el

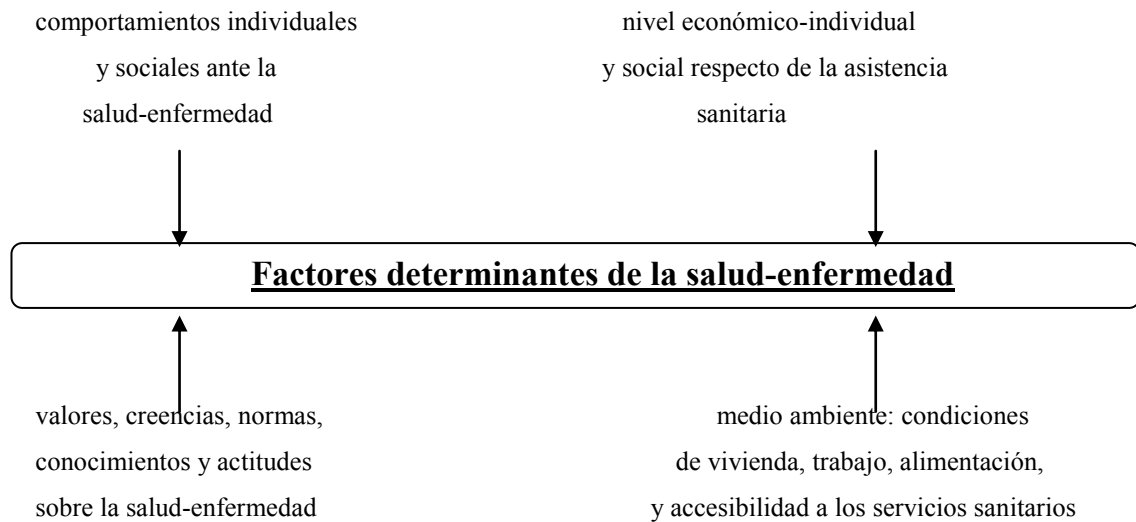
sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, con el conjunto de los servicios sanitarios, etc.

Considerar los comportamientos ligados a la salud y a la enfermedad como expresión de un sistema de creencias permite modificar algunos esquemas interpretativos y plantear la hipótesis de que los significados atribuidos a la salud y a la enfermedad dan razón y explican las acciones realizadas por una persona para afrontar una patología o para preservar su salud.

A partir de esta hipótesis interpretativa, los significados atribuidos a la enfermedad constituyen un filtro a través del cual el sujeto selecciona sus estrategias de acción, que no deben necesariamente presuponer la consulta al médico, sino que podría hacerlo a un familiar, a un amigo. A un curandero o a un sacerdote o permanecer sin consultar a nadie.

En el proceso de atribuir significado a su experiencia de enfermedades, el paciente no inventa los significados sino que usa los significados y las interpretaciones que su entorno social le proporciona y que él ha hecho suyos. Por ello, es posible predecir en buena medida la conducta de un conjunto de individuos sin tener en cuenta sus características individuales, sino refiriéndose únicamente al contexto sociocultural en el que participan.

Lo que cualquier persona reconoce como síntoma de un mal es, en parte, una función de la desviación del estándar cultural e histórico de normalidad establecido por la experiencia diaria. Si alguien considera que está enfermo y que necesita ayuda médica, lo probable es que encuentre aceptación y apoyo dentro de su medio cultural, siempre que muestre síntomas que a juicio de otros indican un mal y si los interpreta del modo que a los demás les parezca adecuado.



Concepciones y vivencias de enfermedad

En el año 1993 experimentamos un viaje de extensión, docentes y alumnos a la ciudad de Catamarca donde nos mezclamos con diferentes comunidades, hoy podemos confirmar la existencia de ideas populares sobre la enfermedad y señalar diversos modos de pensar las causas de las enfermedades. Estos modos de pensar constituyen lógicas que permiten entender la realidad enfermedad.

Pueden distinguirse las siguientes lógicas de comprensión de la enfermedad:

- una lógica de degeneración, en la cual la enfermedad sigue al desgaste del cuerpo;
- una lógica mecánica, en la cual la enfermedad es resultado de bloqueos o de daños a estructuras corporales;
- una lógica de equilibrio, en la cual la enfermedad sigue a la ruptura de la armonía ante las partes o entre el individuo y el medio; y
- una lógica de invasión, que incluye la teoría del germen y otras intrusiones materiales de las que resulta la enfermedad.

Estas lógicas implican concepciones de enfermedad que responden a la medicina científica en cuanto a centrarse en síntomas, causas y terapias de

enfermedades. Otro punto de vista sugiere que los conceptos vinculados con la enfermedad operan como símbolos que se relacionan con una amplia variedad de experiencias propias de una cultura. Los conceptos comunes de enfermedad no sólo nombran entidades en el cuerpo, también son imágenes poderosas asociadas con otros órdenes de la vida.

Puede hablarse de cuatro aspectos del fenómeno enfermedad para el individuo:

- estar enfermo, es decir, sufrir alteraciones a causa de enfermedades en el cuerpo y en sus funciones;
- sentirse enfermo, es decir, percibir tales modificaciones en el propio organismo;
- identificar la enfermedad basándose en los conocimientos adquiridos en su época y referidos al tema;
- poder estar enfermo, lo cual depende tanto del tipo de enfermedad como de los roles sociales que desempeña el sujeto.

Siguiendo esta línea de razonamiento, pueden mencionarse dos términos que se vinculan con las palabras inglesas *illness* y *disease* cuyos significados interesan para la reflexión sobre estos temas. La primera, que traducimos como dolencia o padecimiento, de índole subjetiva, resulta de alteraciones de la salud reconocidas y descritas por el individuo afectado, por lo que su carácter, duración y severidad dependen no solamente de las causas físicas de esas alteraciones sino de las características del paciente y sus circunstancias. *Disease*, en cambio, es una condición objetiva y reconocida mediante la mirada profesional, sería lo que la medicina considera como enfermedad y puede evaluarse, por ejemplo, a través de pruebas de laboratorio. Los pacientes sufren de dolencias, los médicos diagnostican y tratan enfermedades; o sea que podría decirse que el paciente consulta al médico por una dolencia y regresa a su casa con una enfermedad.

Por otro lado, las enfermedades son evaluadas de manera distinta según la sociedad, la época y las características de la persona que se enferma.

Algunas enfermedades han sido consideradas a lo largo de la historia como estigmatizantes. Es el caso de las enfermedades de transmisión sexual, consideradas como peligrosas por el riesgo directo para la salud de los otros, por la necesidad de descargar las miserias de la comunidad en un chivo expiatorio y por las dificultades y las angustias que la enfermedad introduce en la convivencia familiar y social

El caso del sida es paradigmático, ya que las personas son consideradas enfermas antes de estarlo, y esto lleva a una muerte social antes que a la muerte física, ya que se las margina, no se las selecciona para empleos,. Etc. Un proceso similar ocurre con el cáncer, cuya representación social es también altamente negativa.

Esta actitud generalizada hacia la enfermedad puede determinar reacciones emocionales y/o conductuales pesimistas y desesperanzadas, tanto en los sujetos sanos como en quienes han pasado a la condición de enfermos. El individuo rotulado como enfermo, luego del diagnóstico médico, recurre a la información existente en su medio social acerca de su enfermedad y adopta un determinado modo de pensar, sentir y reaccionar frente a ella. Por todo esto, para comprender las reacciones de los pacientes, por ejemplo, oncológicos o que viven con el virus del VIH, es fundamental considerar la representación cultural que el paciente tiene de la enfermedad, así como la actitud y el conocimiento que tiene acerca de ella. Todos estos factores darán cuenta de cómo el paciente vive su proceso y de esta vivencia surgirán las estrategias que pondrán en juego para convivir con su enfermedad.

De acuerdo con lo expuesto, podrías decirse, a manera de síntesis, que el paciente es un ser activo, responsable y creativo en el mantenimiento y en la recuperación de su salud; que la enfermedad es una dolencia personal pero también una construcción social y cultural y que la conducta adoptada al respecto debe comprenderse en el contexto familiar, institucional y social más amplio en el que se desarrolla. La formación del profesional juega un rol decisivo para la comprensión de dicho contexto.

La Percepción de enfermedad y la consulta médica

Las desigualdades que se registran en toda comunidad en relación con la demanda de la atención médica deben explicarse también por el grado de interés y atención que prestan determinados conjuntos sociales a las sensaciones mórbidas y al cuerpo mismo y por los umbrales de intensidad a partir de los cuales los individuos consideran anormal una sensación, por ejemplo, el dolor.

Este conjunto de normas conforman distintas culturas somáticas o corporales (modos de pensar y sentir el cuerpo) y regulan las conductas de las personas respecto del proceso salud-enfermedad.-atención. Resultan del lugar que las personas ocupan en la red de relaciones sociales en que se desempeñan y están condicionadas principalmente, aunque no absolutamente, por las situaciones materiales de existencia. El carecer de un termómetro, aunque parezca un hecho trivial, puede opacar la severidad de un cuadro de fiebre elevada.

Entendemos pues, que la percepción de la propia enfermedad está influida por la cultura y, a su vez, el sentirse enfermo está íntimamente relacionado con la percepción del propio cuerpo.

El fenómeno de la percepción de enfermedad se inscribe dentro del proceso general de la percepción. Este es esencialmente selectivo, dado que no percibimos todos los estímulos a los que estamos expuestos. La percepción implica una organización y reorganización de los estímulos en busca de sentido y una preparación para percibir. Las posibilidades de percibir son diversas y están socialmente condicionadas. Alguno de sus condicionantes son estructurales (sexo, edad, nivel socioeconómico) y otros, propios de la biografía personal, o sea, todo lo incorporado a partir de las experiencias vividas. Estas consideraciones sobre la percepción son igualmente válidas para las situaciones de riesgo de enfermar o morir.

Algunos de los factores que condicionan la percepción de las sensaciones relativas a la salud y la enfermedad son los siguientes:

- La riqueza y la precisión del vocabulario del individuo y su capacidad para manipular y memorizar las taxonomías mórbidas – o sea la denominación y la clasificación de enfermedades- que la medicina provee. Esta aptitud discursiva está desigualmente distribuida en la población y se relaciona especialmente con el grado de escolarización alcanzado. “Lo que no puede expresarse no existe”.
- El estrato socioeconómico al cual se pertenezca. En los sectores populares, la cultura somática –ese poder sentir, escuchar al cuerpo- es escasa y la lucha por la supervivencia “eclipsa” la temática de la salud; la imposición de conseguir el sustento diario hace que se retarde la concurrencia a la consulta médica y, a veces, dificulta el registro de las molestias hasta que éstas se imponen cuando ya es imposible no registrarlas.
- La falta de educación sanitaria, que dificulta la identificación de la enfermedad.
- El uso intensivo del cuerpo –característico de los estratos socioeconómicos bajos- actúa también como un factor de negación de los síntomas al elevar el “umbral” para sentirse enfermo.
- El momento evolutivo y la intensidad de la enfermedad: cuando el síntoma es muy alarmante o el dolor es muy intenso, se hace difícil negarlo. En su inicio, muchas enfermedades son asintomáticas y otras se mantiene así aun habiéndose instalado.
- El género, ya que son las mujeres, en general, las que se muestran más perceptivas a las sensaciones del cuerpo.
- La edad es otro determinante importante. Los niños y los ancianos por ejemplo, son los que están más presentes en la historia de salud familiar, por su mayor vulnerabilidad y por la conciencia que existe en la población respecto de indefenso.

El percibirse enfermo puede conducir hacia la puerta de entrada del sistema de atención de la salud, si el paciente decide consultar. Pero la

accesibilidad al sistema está condicionada por factores geográficos, económicos, jurídicos y psico-socio-culturales que dan forma al concepto de accesibilidad cultural.

La accesibilidad cultural al sistema de salud está determinada por valores, normas, conocimientos y actitudes propios de la población en relación con la salud y la enfermedad, que pueden facilitar u obstaculizar el acceso al sistema de atención y, por ende, condicionar los resultados de sus acciones.

La no utilización de un hospital por su alta complejidad asistencial y burocrática; el no pedir explicaciones sobre el diagnóstico o las indicaciones; el no comprender el lenguaje médico; el recurrir al personal de enfermería, al farmacéutico o a algún familiar o vecino con mayor “experiencia médica” son algunos ejemplos de situaciones de limitada accesibilidad cultural al sistema de atención médica.

A modo de síntesis, podríamos decir que en torno del proceso salud-enfermedad hay una configuración de ideas, valores y normas generadas y aprendidas socialmente, a su vez condicionadas por características estructurales, de accesibilidad económica, cultural, jurídica, etc. que posibilitan o dificultan la adopción de conductas saludables por parte de la población. Todo este complejo conlleva a pensar en la formación del profesional para dar respuestas satisfactorias.

La salud es un derecho humano y es un objetivo social.

Es motivo de preocupación la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, considerando urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y desarrollo de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, por lo tanto existe una política de salud definida y aceptada por todos los países del mundo.

La oficina regional de la OMS para Europa ha promulgado la justificación y estrategias para la promoción de la salud (OMS, 1985, en Nutbeam, 1996).

Un hito importante en esta acción es la conferencia sobre promoción de la salud (Ottawa, Canadá 1986) que constituye el marco y la dirección para traducir la teoría en medidas prácticas para promover la salud.

La salud involucra un equilibrio dinámico entre el ser humano y su medio ambiente, y la percepción del sujeto de ese bienestar, esto describe un proceso de adaptación y transformación que afecta a todas las manifestaciones de la vida humana.

Se asume un concepto integral de salud (psico-físico-social, considerándolo no sólo como la ausencia de enfermedad o de incapacidad., sino como el estado de bienestar físico, psíquico y social y la autopercepción del mismo.

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

Presentación del Concepto Salud – Enfermedad

Para otros autores es fundamental que se mire la enfermedad con un a visión amplia, que permita analizar no sólo la afección en sí, además debe estar ligada al contexto social y a patrones de comportamiento.

Concepto Salud-Enfermedad: La comprensión del concepto implica una reconocimiento de factores como la representación y el significado, que permiten construir conceptos para acercarnos a la realidad; históricamente se ha definido como un bien absoluto que no es modificable, al que el hombre aspira siempre y desde siempre. Sin embargo, cada época o momento histórico ha conceptualizado la salud y la enfermedad de manera propia, lo que ha determinado diferentes prácticas. Los momentos más destacados son: el mágico, el religioso y el científico-técnico; con el desarrollo de la semiología, la fisiopatología, la epidemiología, la antropología y demás disciplinas sociales se ha contribuido a su redefinición.

Históricamente la salud se ha concebido en función de su fenómeno opuesto: la enfermedad y sus manifestaciones, escasamente para su estudio se han considerado los aspectos psíquicos, sociales y culturales. Dicha concepción ha conducido, especialmente en el último siglo, a considerar la salud y la

enfermedad como estados fácilmente delimitables, momentáneos y contrapuestos.

Estudios antropológicos muestran cómo la respuesta de los individuos ante un mismo proceso de cambio, no es siempre la misma, por la existencias de elementos culturales que influyen en la percepción de los síntomas y el comportamiento frente a ellos. La enfermedad solamente existe dentro de un contexto social y cultural amplio, en el cual adquiere determinadas formas, y como tal se explica y trata.

A partir de estos conocimientos, se ha comenzado a replantear la concepción de la salud y la enfermedad como estados, y se propone interpretarlos como procesos resultantes de la interacción de múltiples determinantes que se articulan en última instancia a procesos sociales.

La mayoría de los estudios epidemiológicos tradicionales entienden lo social como un factor de riesgo más que participa en la aparición de determinada enfermedad, estos estudios suponen lo social como cualquier factor biológico, partiendo del concepto tradicional de la enfermedad. La sociedad, la cultura y la historia no pueden ser simples factores estadísticos de causalidad: son el receptáculo en el cual se da la vida humana. Lo social no es algo objetivo y externo a la enfermedad, es parte de ella.

A pesar de los elementos aportados por las ciencias sociales, no se ha logrado penetrar definitivamente la práctica de los profesionales de la salud; porque persisten obstáculos epistemológicos en la representación del proceso salud-enfermedad. Estos influyen sobre los modelos de acción que aplicamos para promover la salud y enfrentar la enfermedad. El concepto de salud y enfermedad no puede desligarse de la concepción del mundo para poder confrontar modelos de comprensión y acción, articulados a cada grupo social, teniendo en cuenta un orden integrador generado por la cultura, la religión, la cosmología y la naturaleza.

El abordaje del concepto salud-enfermedad debe estar inserto en un contexto de valores, creencias, conocimientos y prácticas de los grupos humanos, enmarcados en el entorno social, cultural y político de cada época y lugar.

Lo relativo a la salud: La Organización Mundial de La Salud (OMS) la define como bienestar físico, mental y social; el requisito para ser alcanzado es satisfacer las necesidades de cambio o adaptación al medio ambiente. Otros requisitos son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad; denominados satisfactorios de vida, sin los cuales no es posible conseguir ese estado deseable. Este concepto lleva implícita la definición de salud como un hecho positivo, que debe ser buscada en forma activa por individuos y grupos con un potencial de salud que puede ser reforzado y mejorado para lograr un mejor estado vital.

En 1986 la OMS da un giro al concepto calificando la salud como un recurso para la vida e impulsando la promoción de la salud. Turner habla de la salud como un recurso que se puede ahorrar y guardar igual que el poder, el dinero y el prestigio. Seehouse identificó cuatro teorías de salud a saber: como el estado ideal, estar en buena forma física y mental, para realizar tareas cotidianas; como comodidad, que se puede comprar o dar; y como fortaleza o habilidad personal, ya sea física, metafísica o intelectual.

No es casualidad que la salud sea cada vez más importante a medida que transcurre la edad cronológica, como acontecimiento complejo que regula al individuo en sus actitudes y actividades sociales; considerada como dimensión mayor, proceso complejo y dinámico que integra todos los elementos del ser humano en la búsqueda de compensaciones para el desarrollo de la vida.

Las ciencias sociales han trabajado la salud desde lo político y lo legal como un derecho u obligación universal, que permite la participación del estado, con un reconocimiento legal para que pueda ser promocionada; también como un condicionante para el aparato en salud y costo en enfermedad.

Foucault afirma que la medicina ha actuado siempre con un poder autoritario, como funciones normalizadoras, que van más allá de la demanda del paciente enfermo o no, imponiendo siempre su autoridad.- Las tendencias actuales están encaminadas a eliminar esta actitud, de allí surgen los planteamientos de la medicina social con los aportes de otras disciplinas. Es importante el aporte de la cultura en el concepto de la salud y su interpretación profesional. El hecho de plantear el concepto de salud desde esta perspectiva, así

como el abordaje en su intervención, es algo que trasciende el campo meramente profesional de la medicina.

La Medicina Social, conceptúa el proceso salud-enfermedad mirando como momentos y expresiones de la dinámica social, por lo tanto se ha de analizar en los contextos del acontecer económico, político e ideológico. Se han encontrado dos tendencias de pensamiento: una que se fundamenta en el proceso de producción de la salud y otra que examina las condiciones de vida y la salud.

Lo relativo a la enfermedad: La enfermedad se ha manejado siempre como desequilibrio, en los tiempos de Hipócrates se habló de “dismetría de los humores”, Aristóteles insistió en que debería existir un ordenamiento y una dosificación adecuada de las causas. Siglos más tarde Claude Bernard, introduce los conceptos de medio interno, homeostasis y estrés; con la enfermedad como lucha activa del organismo viviente, frente a estímulos que alteran el equilibrio del cuerpo.

Con el avance de la ciencia se empiezan a desarrollar modelos de Salud-Enfermedad: el basado en la unicausalidad, con un factor desencadenante único, el bicho o el microorganismo; y el modelo multicausal donde intervienen otros factores como el medio ambiente, factores psíquicos y sociales.

Otro concepto de la enfermedad como proceso biológico cuyo resultado es el estado físico alterado del individuo, puede ser identificado mediante una serie de pruebas científicas. En la posición biologista la medicina impone su autoridad, ignorando al sujeto como portador de la enfermedad, quien la siente y define según su estado de afección; históricamente la medicina se ha limitado a mirar los síntomas corporales desligados del contexto social. Es importante para la construcción social del concepto salud-enfermedad, una visión más amplia, estando el individuo en la colectividad como parte de ella.

En el mundo moderno es la visión médica sobre la enfermedad la que está sancionada oficialmente y que administrativamente se impone sobre lo profano. La enfermedad, considerada como un asunto del profesional de la medicina, quien es el experto para diagnosticarla y tratarla, pero no podemos

perder de vista otros enfoques como el de las ciencias sociales y el de la salud colectiva.

Esto puede permitir comprender mejor las conductas preventivas y su aplicación.

Aún se requiere de cambios estructurales no solo en los modelos de atención, por lo cual es necesario reevaluar los esquemas educativos, cambiando el paradigma centrado en la enfermedad y la muerte.

Si se considera la salud en su concepción individual y colectiva intervienen complejas acciones entre procesos biológicos, ecológicos, culturales y económicos-sociales que se desarrollan dentro de la sociedad. Por lo tanto es la sociedad a través de su estructura, de la forma de organización del estado, del lugar donde se desarrolla (clima-características geográficas, recursos disponibles entre otros), la que contribuye a determinar las condiciones de salud-enfermedad de sus individuos.

Naturalmente se puede considerar a la salud como un proceso social de constante búsqueda de mejores oportunidades para asegurar una mejor calidad de vida.

El concepto de salud/enfermedad podemos decir que está construido socialmente, colectivamente, entre diferencias culturales, por lo que es un concepto evolutivo, dinámico, distinto para toda la humanidad.

No obstante, la claridad de estos conceptos no son suficientes para modificar los modelos existentes de las políticas de salud. Es común observar aún hoy que a pesar de algún que otro cambio en la formación profesional se siguen hablando de bases biomédicas y persiste la tendencia de ignorar la necesidad del trabajo multidisciplinario en la tarea de la salud. Debemos de pensar en que un nuevo paradigma no significaría dejar de lado lo clásico sino complementarlo, para armonizar lo tradicional con los nuevos aportes.

Se requiere que todos los actores sociales se involucren e interactúen entre sí para determinar un enfoque multidisciplinario e intersectorial.

Indudablemente al sector salud es a quien corresponde determinar sus limitaciones y responsabilidades.

La salud es un componente fundamental en el proceso de desarrollo de una sociedad, y de un país.

Los individuos tienen derechos de contar con recursos suficientes para garantizar la capacidad de trabajo humano, para poder incrementar la producción y la productividad con equidad para obtener el bienestar, la paz y la justicia social.

Se ha hecho mucho en estas últimas décadas en el sector salud, pero aún no es suficiente, la sociedad está exigiendo más. Se han ido generando respuestas del sector salud nuevas reestructuraciones y reformas pero los resultados en salud ya no dependen solamente de este sector, están involucrados todos los factores que aportan desarrollo social, económico, ecológico y cultural de cada país.

Es evidente que las políticas anteriores en salud no han solucionado los problemas prioritarios de salud, y persiste la injusta distribución de los recursos para salud.

En el año 1970 aproximadamente surge como estrategia la atención primaria en salud, puesta al alcance de todos los individuos comprometiéndolos con su plena participación. Seguidamente aparece la planificación de salud con ideas nuevas innovadoras que responden a las actuales necesidades de salud.

Seguidamente la XXIII Conferencia sanitaria Panamericana (1990) incorpora la promoción de salud, con la finalidad de dar respuestas a la compleja situación de salud, floreciente en el mundo.

En la carta de Ottawa se define la promoción de la salud, afirmando sus principios básicos. Hasta el momento actual se considera una respuesta válida para lograr equidad en salud.

Resurgen con mayor interés las actividades preventivas y educativas, que generan y difunden conceptos de estilos de vida, con participación comunitaria para el logro de cambios de conducta para una mejor salud. Pese a la importancia que esto significa deben ser abordados con precaución de delegar toda la responsabilidad sobre la salud a las personas.

Hemos querido desarrollar el enfoque actual vigente de aquellos autores que de acuerdo a esta realidad amplían el concepto de salud.

Definir ideas sobre lo que hay que hacer para mantenerse sano es importante pero no es suficiente, tenemos que comprender que en muchas situaciones, no es solo el individuo quien ha de cambiar.

Hay otras cosas que influyen en el modo en que se comportan las personas: el lugar donde viven, las gentes que los rodean, el trabajo que realizan, todos estos factores tienen gran influencia y debemos tomarlos en consideración.

El significado del concepto salud, que se ha ido modificando a través del tiempo y que en definitiva refleja la visión que una sociedad asume como valor cultural y que necesariamente debe reflejarse en las políticas implementadas, en las acciones concretas que la gente recibe como producto de la tarea de gobierno, permite esbozar algunas hipótesis o al menos pensamientos que expliquen el difícil proceso que conduce al deterioro de la salud de la gente y para lo cual debe superarse necesariamente la visión con que algunos profesionales tradicionalmente han tenido.

Las políticas económicas aplicadas en los últimos años en nuestro país comienzan a demostrar su impacto en la calidad de vida de las personas y como consecuencias la aparición de la enfermedad.

Son muchas y diversas las situaciones que afectan a la gente comprometiendo su salud.

La interrelación con el medio en el cual viven, sus rápidas y cambiantes modificaciones, los problemas que acarrear los cambios económicos, las necesidades básicas insatisfechas, la despreocupación, el fenómeno de la marginalidad, la violencia, la pérdida del sentido solidario y de la pertenencia social, la falta de políticas que tienden a unificar el desarrollo económico y social con sentido de equidad y justicia generan sin lugar a dudas nuevas y complicadas enfermedades.

La gente frente a este panorama tiene más probabilidades de enfermar y más probabilidad de enfermar, y una falta notable en la capacidad de trabajo por lo tanto baja producción y miseria.

Ante esta situación se rescatan los conceptos de equidad y solidaridad como valores humanos que aseguran el sentido de desarrollo de un país: la equidad de su gente.

La investigación en salud en la República Argentina ha gozado tradicionalmente de innegable prestigio debido a sus importantes contribuciones.

De manera semejante a lo que ocurre en otros sectores de la actividad social, la investigación en salud sufre las consecuencias de la crisis propia del país, al depender casi exclusivamente del estado, lo que todavía no impide que siga demostrando su gran potencial y creatividad.

En un sentido sociopolítico y moral, nuestra sociedad tiene la idea de que cada persona tiene derecho al cuidado de la salud.

Lo que significa en general que cada uno tiene acceso a lo que hay disponible en cuanto al cuidado de la salud.

Sin embargo, la provisión de tan acceso y disponibilidad está cargada de problemas de tal magnitud que la sitúan casi fuera de toda solución.

No existe un acuerdo unánime en como lograr ese acceso y esa disponibilidad universal y surgen dudas sobre en quien confiar para establecer las prioridades de cuidado de salud y sobre como van a ser financiadas esas prioridades.

Está muy claro que el cuidado de salud es uno de los grandes dilemas de nuestro tiempo que se agrava aún más ante la realidad social y económica del país.

Tenemos la convicción de que el cuidado de salud es un derecho, pero la igualdad bajo ese derecho es una construcción teórica, no una realidad social.

Cuando se habla de tales temas, parece necesario repetir que la salud no es una tarea médica sino un proyecto social ligado a las responsabilidades políticas.

Una visión de la salud como dimensión de la calidad de vida, una articulación de los desafíos actuales y futuros a los que se enfrenta el país.

En resumen, surge el compromiso de enfrentarse a los desafíos de reducir las desigualdades, incrementar el ámbito de la prevención y ayudar a los ciudadanos a afrontar sus circunstancias.

Podría lograrse una importante mejora de las perspectivas de salud de la población, particularmente de los grupos desfavorecidos que corren los

mayores riesgos, garantizando su acceso a unas condiciones de vida que protegiesen su salud y que oscilaran desde la vivienda y la atención médica hasta el empleo y la seguridad ciudadana.

Este enfoque exigiría situar los intereses de la salud pública en los planes de trabajo de una amplia gama de campos de acción política, enraizando la salud en políticas y programas capaces de crear y salvaguardar las condiciones sociales y de otro tipo que favorecen la conservación de la salud.

Surge un concepto nuevo que habla de tener capacidad para responsabilizarse de la salud que implica tener la seguridad suficiente para tomar decisiones propias en relación a la salud y una preparación adecuada para poder participar en la determinación de medidas colectivas a favor de la salud, y para intervenir a favor de los grupos locales y las organizaciones comunitarias.

Responsabilizarse de la salud significa utilizar toda información referente a la salud para transformarla en conocimientos.

El concepto de una sociedad en proceso de aprendizaje implica una amplia interpretación de lo que es la educación, incluyendo la enseñanza no formal, la informal y la autodidáctica en diferentes lugares y contextos. El aprendizaje sobre la salud es un proceso de por vida con una necesidad permanente de adquirir nuevos conocimientos.

Recientemente se ha reconocido que la forma más efectiva de responder a las necesidades y prioridades en materia de salud es fortaleciendo y coordinando los grupos, Instituciones y organismos que están suministrando servicios en salud en el contexto de la estrategia de Atención Primaria de Salud, de esta manera se afirma así que la participación social es esencial, para hacer llegar atención y educación para la salud a toda población y en particular a aquellos grupos de mayor riesgo y con la menor posibilidad de acceso a la atención de salud.

El proceso de participación social tiene como finalidad hacer que las personas se conviertan en sujetos históricos que construyan su propio futuro. De esta manera se reivindica la participación ciudadana en la definición de prioridades, en la búsqueda de opciones y en la toma de decisiones.

En la dimensión política, participación social se equipara con democracia.

De entre los múltiples aspectos que se relacionan con la salud de los individuos considerados conjuntos sociales, y de las personas, es de importancia destacar la interrelación entre salud y ambiente, dada la relación que tiene el ambiente con la salud ya que se ocupa de todos los componentes del ambiente humano.

A modo de conclusión queremos enfatizar, que en el repensar los problemas de salud cabe desempeñar un importante papel a las Universidades, a los Institutos de Investigación y a otras Instituciones que están comprometidas con la sociedad y la salud como parte esencial del bienestar de los ciudadanos.

En el año 1973 la Organización Mundial de la Salud celebra en Alma Ata la Conferencia Salud para Todos en el año 2000, donde se adoptó por primera vez una definición más amplia para establecer la promoción de la salud como interés prioritario.

Cuando se hace referencia a la promoción de la salud ésta aparece ligada a la denominada “Carta de Ottawa” surgida de la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en 1986 en Ottawa, Canadá con la concurrencia de 112 participantes de 38 países.

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud establece principios claves que marcan los lineamientos de la promoción de la salud, entre otros se destaca que la promoción de la salud involucra a la población como un todo, y no focaliza en personas en riesgo por enfermedades específicas.

La promoción de la salud está orientada a actuar sobre los aspectos determinantes de la salud y no de la enfermedad, combina enfoques diversos pero complementarios. Persigue específicamente la participación de la población e involucra a los profesionales de la salud principalmente a los que se encuentran desarrollando sus tareas en centros de atención primaria, tienen un rol fundamental en hacer posible la promoción de la salud.

La carta de Ottawa contiene la síntesis de los enfoques orientados a la promoción de la salud donde se establece que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su

salud y ejercer un mayor control sobre la misma, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, para lo cual es necesario que los individuos sean capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades de cambios o adaptarse al medio ambiente.

Cuando se trata de realizar acciones orientadas a la Promoción de la salud es conveniente tener muy claramente los principios que involucran la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios, sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación, son acciones multisectoriales.

Esta acción es la participación activa de la población, se trata de incrementar opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud, y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.

La acción comunitaria implica que la población se organice y participe más activamente en la planificación de sus propios servicios, éstos deberían centrarse en la solución de los problemas que se hayan identificado.

La participación entonces debería entenderse como un proceso que comienza con la realización de actividades promovidas por otros pero que progresivamente lleva a tomar parte en la capacitación, la difusión, la evaluación, el planeamiento y la toma de decisiones.

La coordinación de políticas saludables contribuyen a proporcionar a los ciudadanos las oportunidades de mejorar su salud, facilitar la elección de opciones saludables, como políticas de empleo, vivienda, educación, transporte, etc.

Un entorno saludable contribuye a la creación de las condiciones que ayuden a conservar y aumentar la salud de las personas, implica asegurarse de que existen políticas y prácticas que proporcionen a las personas un medio ambiente saludable en el hogar, en la escuela, en el trabajo o donde quiera que estén.

Suele considerarse que la promoción de la salud se consigue mediante la coordinación de acciones y decisiones que sirvan a los individuos

para exponer sus dificultades y adoptar de común acuerdo estrategias para atenuar dichas dificultades.

La promoción de la salud requiere de participación de la población, acción multisectorial, acción comunitaria y políticas saludables.

La promoción de la salud forma parte de una nueva concepción de la salud pública, obliga a superar el modelo bio-médico para considerar las influencias sociales y ambientales sobre la salud y la conducta vinculada con ella.

La prevención debe considerarse como un proceso educativo que deberá sobrepasar el marco de la mera información, poniendo énfasis en la participación protagónica de los diferentes actores sociales.

La prevención apunta a anticiparse a situaciones de riesgo que faciliten contraer enfermedades, evitar aquellas carencias que agredan a la salud.

Trata de conseguir y posibilitar un cambio de actitud y comportamiento en las personas.

Entendemos la prevención como la capacidad que posee el ser humano y su grupo social para anticiparse, con diferentes estrategias a situaciones que puedan provocar diversos tipos de daños, posibilitando crear y/o fortalecer los conocimientos, actitudes, habilidades y valores que ayudarán a impedir o minimizar el daño.

Es prevención promover la salud, diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, o rehabilitarlo para evitar complicaciones.

Según los objetivos que se intente lograr hay tres niveles de prevención, primaria, secundaria, terciaria.

Prevención primaria, evita la aparición de un proceso o problema o reduce su incidencia, puede ser específica cuando su acción particular.

Inespecíficamente, cuando hace promoción de la salud en general, orienta para el uso del tiempo libre y el mejoramiento de la calidad de vida.

Prevención secundaria, interviene específicamente a partir de una temprana identificación del daño y del inicio de un tratamiento precoz.

Prevención terciaria, efectúa la recuperación una vez rehabilitado el paciente de las secuelas de la enfermedad, la terapia física ocupacional y la

psicológica tratan de conseguir que los individuos se adapten a su situación y puedan ser y sentirse útiles a sí mismos y a la sociedad.

Cuando se asocia el concepto de vulnerabilidad con la noción de factor de riesgo como característica o circunstancia cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca un daño o resultado no deseado, se habla de enfoque de riesgo.

Factores de riesgo son ciertas variables asociadas con el riesgo de desarrollo de una enfermedad, pero que no son suficientes para provocarla.

El concepto de factores protectores que se ha incorporado ha enriquecido la utilidad de este enfoque, ya que se pone el énfasis en la promoción de la salud más que en la prevención de posibles daños.

Los factores protectores facilitan el logro o el mantenimiento de la salud y pueden encontrarse en las personas mismas, en las características interaccionales del microambiente familiar, escolar, etc., en las instituciones de la comunidad: educación, trabajo, vivienda, etc.

En algunos individuos se ha observado la capacidad de reacción o inmunidad cuando están expuestos a situaciones difíciles o agresiones, estas personas logran sobrepasar los niveles de resistencia y hasta terminan con más energía protectora que antes de la exposición a las situaciones adversas, tienen una capacidad de recuperación, que lleva a un gran interés por descubrir los factores residentes, es una situación inversa a la de riesgo o complementaria de él.

En lugar de poner el énfasis en los factores negativos que permiten predecir quien va a sufrir un daño, se trata de ver aquellos factores positivos que a veces contra lo esperado protegen a las personas.

El interés en descubrir los factores residentes va unido a un jerarquización de las acciones de promoción de la salud y a la búsqueda de actividades que en lugar de evitar daños específicos tienden a mejorar las condiciones de vida de los seres humanos, quiere decir que se trata de modificar el modelo epidemiológico del enfoque de riesgo llevándolo hacia una concepción menos rígida, menos determinista.

La complejidad de la solución de factores de riesgo y la prevención, obligan a una formación sólida y comprometida en la educación de recursos humanos en salud.

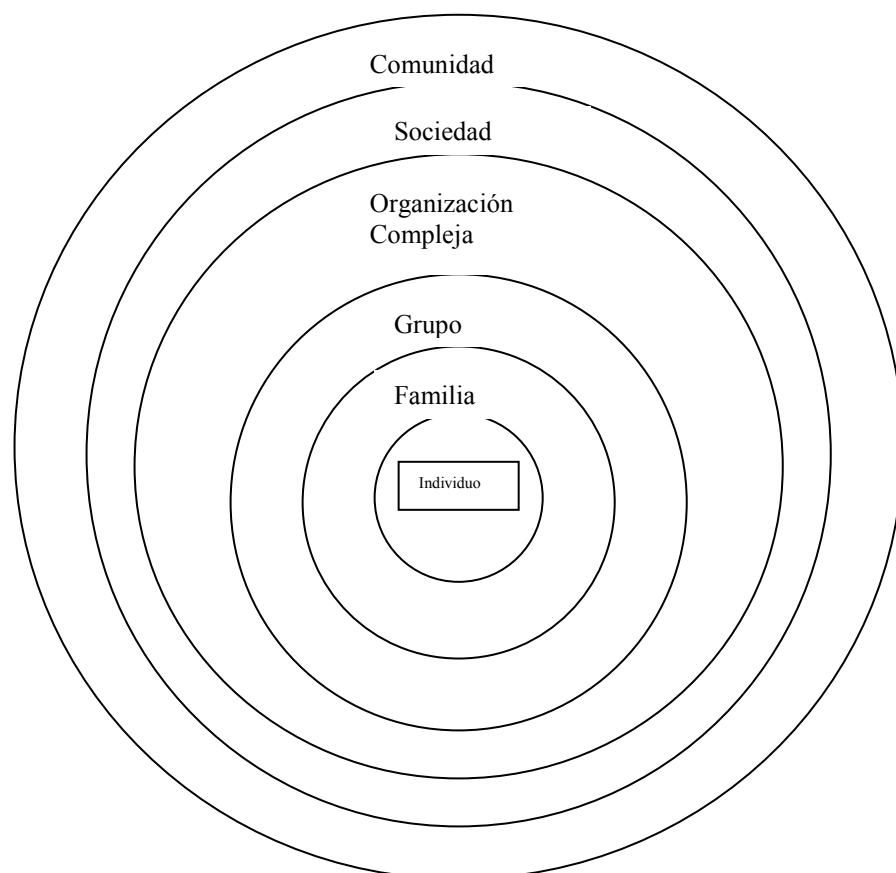
CAPITULO III

“ESTRUCTURA SOCIAL”

En este capítulo se detallan algunas características de la estructura y organización social, y los cambios que ésta ha ido sufriendo en estas dos últimas décadas.

A los fines de comprender los resultados arrojados por las encuestas a la comunidad que tiene como principal objetivo identificar el tipo de demandas de la sociedad a los profesionales de la salud bucal y poder actuar en consecuencia, al momento de formar a nuestros alumnos sin perder de vista dichas necesidades.

Sociedad es el término usado para referirse a un grupo de personas organizadas para llevar a cabo las condiciones necesarias para la vida en común, generalmente se construye a la sociedad como un gran sistema social que contiene muchos subsistemas que pueden considerarse como una jerarquía interrelacionada de sistemas humanos, incluidos los individuos como seres sociales, las familias, otros grupos, organizaciones complejas y comunidades.



Jerarquía de los sistemas sociales

Los individuos son seres separados que se interrelacionan como los componentes que forman familias y otros grupos. La sociedad y sus sistemas de componentes sociales poseen estructura, que persiste en el tiempo y les da las características por las que pueden ser identificados. La estructura social se compone de cultura y de organización social.

Por cultura se designa a un cuerpo de patrones transmisibles de conducta que prevalecen en la sociedad.

El término organización social ha sido utilizado para indicar la diferencia entre el ideal definido por la cultura y los patrones reales de conducta de los miembros de una sociedad.

Por organización social se entiende una red organizada de interacción a nivel de la sociedad total o de cualquiera de sus subunidades. La organización social es dinámica en virtud de las muchas variables que interactúan para producirla.

La organización social es explicada en función de procesos interaccionales que ocurren dentro de los sistemas sociales y entre ellos.

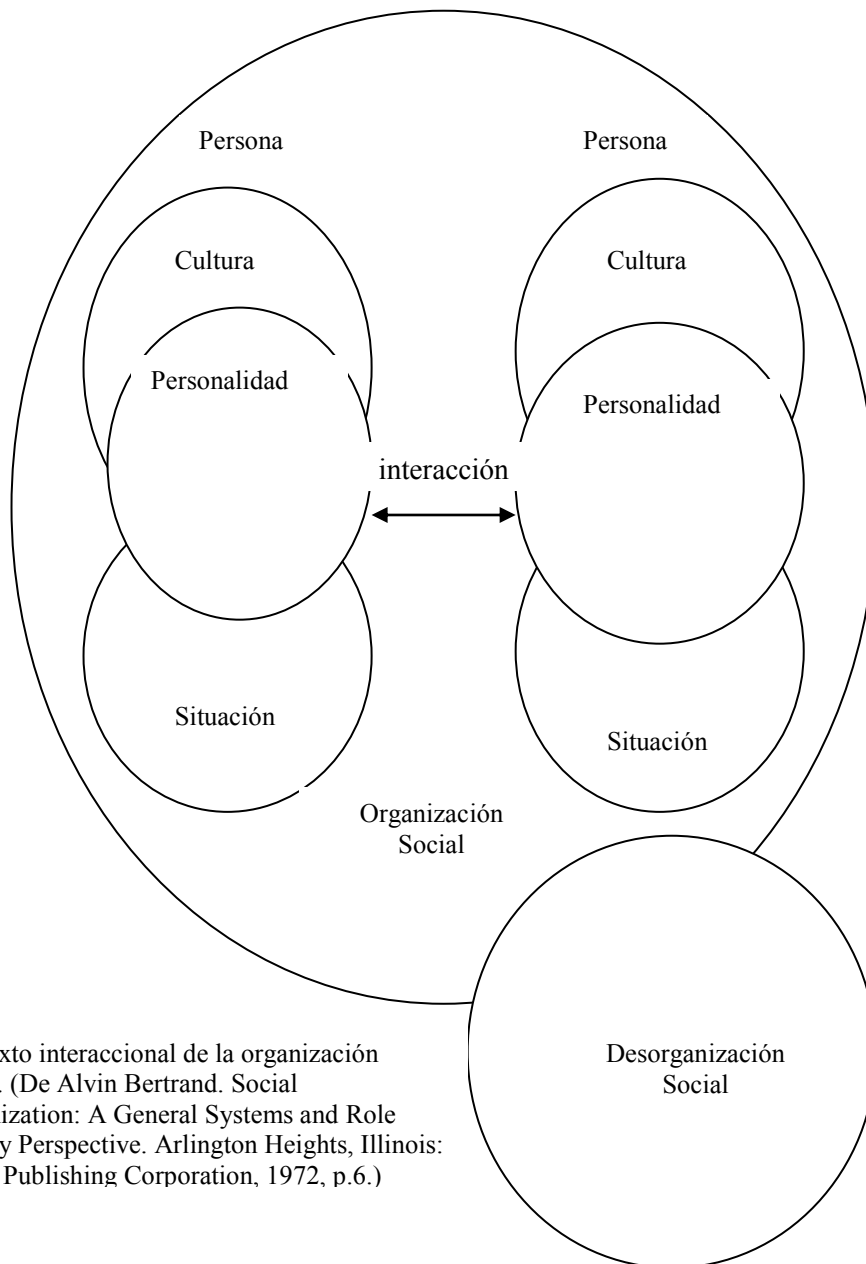
El modelo desarrollado por Bertrand demuestra los procesos interaccionales, que representan tres conjuntos de variables en la determinación de un hecho dado.

Los tres conjuntos de variable son el cultura, el de personalidad y el situacional en la naturaleza.

Según Bertrand las variables culturales representan las expectativas idealizadas compartidas para la acción que cada persona ha adquirido mediante la socialización (el proceso de aprendizaje de los patrones culturales de la sociedad de uno) y que cada individuo aporta a la situación interaccional.

El mismo autor dice que se necesitan tres puntos de vista básicos para comprender la significancia que las variables culturales tienen para la acción y la dinámica de la organización social.

Interacción de la organización Social



Como elemento estructural de los sistemas sociales Bertrand, propone tres elementos básicos que componen la estructura de todos los sistemas sociales: la norma, el rol y la posición.

Clases de sistemas sociales:

Por debajo del nivel de sociedad, existen tres clases genéricas de sistemas sociales.

- 1) Los grupos

- 2) Las organizaciones complejas
- 3) Las comunidades

La familia es considerada un tipo especial de grupo pequeño.

La distribución básica entre grupos, organizaciones complejas y comunidades como sistemas sociales radica en la estructura de grupo simple frente a la estructura de multigrupo.

Un grupo es algo más que un simple agregado de individuos, es un sistema social en el que sus miembros comparten roles y se identifican entre sí sobre una base personal en el tiempo.

Las organizaciones complejas representan el segundo nivel en la clasificación de los sistemas sociales, frecuentemente se los llama instituciones, los hospitales, sanatorios particulares y agencias de salud domiciliaria son ejemplos de organizaciones complejas. El término institución está reservado para uso en el nivel de sociedad.

Comunidades son el siguiente tipo más complejo de sistemas sociales después de las organizaciones complejas.

Las comunidades consisten en un número de grupos y organizaciones complejas que se reúnen formando una red de relaciones sociales. Una comunidad es un sistema social que encierra un número suficiente de estructuras sociales institucionalizados para individuos, grupos y organizaciones con objeto de satisfacer sus necesidades mediante la formación de relaciones simbólicas de rol que cortan por el camino más corto en la estructura total del sistema. Por ello una comunidad es la unidad más pequeña de estructura social que puede mantenerse por sí misma.

Las sociedades representan el tipo más grande de sistema social que puede concebirse fuera de un sistema mundial.

Una sociedad debe encerrar dentro de ella más de un grupo o una organización compleja.

En general consiste en un número de comunidades, aunque es posible que una sociedad dada pueda no ser mayor que una simple comunidad.

Una definición formal de sociedad es un sistema social de tamaño y organización suficientes para llenar el mínimo de condiciones necesarias para la supervivencia como unidad estructural social independiente.

El término de sociedad se emplea para referirse a personas lo suficientemente organizadas para cumplir con las condiciones necesarias para vivir juntos en el correr del tiempo.

El problema social

La década de los 90 se inicia para gran parte de los países de Latinoamérica en el marco de un persistente recesión económica y una pobreza creciente para amplias capas de la población. Se conforma un escenario social cuya estructura se va modificando; se asiste a un proceso de fragmentación y exclusión en el que las clases redefinen sus lugares evidenciándose mayor polarización y heterogeneidad.

La contracción del Estado y el retiro de sus funciones redistributivas, los cambios en el mercado de trabajo con aumento de la precarización y el desempleo, la caída de los ingresos y el aumento de la pobreza con la incorporación a ella de los sectores medios, son elementos que conducen a un mayor deterioro social.

Surgen cada vez más evidencias de que la crisis y el proceso de ajuste que la acompañó, han afectado con especial dureza a determinados grupos respecto a sus condiciones ambientales, de salud, nutrición y educación. Uno de los indicadores que permiten visualizar la agudización de estas condiciones es el riesgo sanitario.

Como parte de este proceso aparecen también modificaciones en la dinámica entre demanda, cobertura y organización de la oferta en salud y educación.

Lo distintivo de la crisis ha sido el surgimiento de un nuevo grupo social: “los nuevos pobres”. Se trata de aquellos sectores medios de la población que, por el deterioro de sus ingresos, se encuentran ante la imposibilidad de

acceder a los bienes y servicios básicos de alimentación, salud, transporte, educación y vivienda. Es un grupo heterogéneo y con diferentes niveles de concentración (dispersión) en todo el espacio urbano.

La pobreza urbana se incrementó y se alteró su composición, siendo el universo de los pobres ahora más heterogéneo: a los pobres estructurales (población con NBI), grupo conformado por aquellos que sufren carencias básicas de infraestructura sanitaria y de vivienda, se incorporan otras familias; algunas “expobres estructurales” y otras pertenecientes a sectores medios, los “nuevos pobres”, que ven disminuir su poder adquisitivo.

Un estudio del Banco Mundial señala que el deterioro en las condiciones de vida de la población ha implicado un crecimiento del porcentaje de la población por debajo de la línea de pobreza: de un 27% en 1980 ascendió a un 32% en 1989.

¿Quiénes son los nuevos pobres? Maestros, obreros industriales, jubilados, empleados públicos y de comercio, profesionales, cuentapropistas, pequeños propietarios de campo: todos los hombres, mujeres y familias –de diferentes edades que en los últimos años se han empobrecido y han visto caer, con diferentes ritmos, sus ingresos y niveles de vida. En muchos casos pierden el acceso a determinados servicios, como las obras sociales o la jubilación; en otros, los bajos ingresos que perciben ni siquiera les permite satisfacer adecuadamente sus necesidades alimentarias, por lo tanto sanitarias.

Con distintas trayectorias sociales y orígenes familiares, que es lo que marca la distinción con los pobres estructurales, poseen un capital social y cultural que se constituye en el principal –por no decir el único- recurso y/o herramienta con que cuentan hoy los nuevos pobres.

Como señala Minujin (1995), utilizando recursos que adquirieron, sin seguir ninguna lógica más que la del propio origen e historia personal, los nuevos pobres llegan a satisfacer necesidades de lo más diversas. Pero en muchos casos, dado lo fortuito y aleatorio de los recursos con que se cuenta, hay muchas demandas que quedan insatisfechas o se hacen más “elásticas”. Se recortan gastos, se modifican, limitan y suprimen prácticas, conjuntamente con cambios en la utilización de los servicios: salud, educación, etc.

Los programas de investigación en las áreas de Salud y Educación constituyen una dimensión de las políticas sociales que desarrollan el Estado, en primer lugar, y las organizaciones no gubernamentales, luego. La evaluación de estos programas, no obstante formar parte del proceso global de planificación, suele ser un aspecto considerado en forma secundaria.

En nuestro país la discontinuidad de políticas sociales, debido tanto a interrupciones del sistema democrático como a variaciones político-partidarias, no han facilitado el desarrollo de programas sociales susceptibles de ser evaluados en el mediano y largo plazo.

La Provincia de Buenos Aires, cuyo número de habitantes excede el 30% de la población total del país –concentrados especialmente en el conurbano capitalino- configura un área de alta complejidad en cuanto a las problemáticas sanitarias, educativas y psicosociales en general. En la región, una multiplicidad de variables interactúan para que exista un 20 a 30% de la población con sus necesidades básicas insatisfechas, ya sea considerada, por lo tanto, de alto riesgo. La necesidad de asistencia y prevención de aspectos vinculados con el mejoramiento de la calidad de vida, son una prioridad nacional.

Uno de los cambios que se viene produciendo en las Políticas de Salud, es la incorporación de la planificación estratégica, una de cuyas características es la incorporación de actores de la comunidad para el abordaje de diferentes problemáticas sociosanitarias. El fracaso que representó la planificación tradicional ha llevado a la elaboración e implementación de una serie de programas en algunos sectores populares encabezados no sólo por el Estado sino también por organismos no gubernamentales; basando su diseño estratégico en la aplicación de metodologías participativas.

Frente a estas características dinámicas de la sociedad podremos comprender hacia donde apuntan las demandas sociales de salud, principalmente en el aspecto odontológico.

Cambios en la política de salud, en paralelo a los cambios sociales evidencian modificaciones en el tiempo, de las prioridades, necesidades y por ende, demandas de la gente a los servicios de salud.

El crecimiento de la pobreza cada vez más creciente, conforma una sociedad compleja para determinados grupos. Esto nos obliga a reflexionar si el profesional mantiene una capacitación adecuada para desarrollar su práctica acorde a las grandes transformaciones, las cuales requieren de un sólido conocimiento profesional. Y surge la idea claramente, de la necesidad de una rápida visión sobre la capacitación recibida. Este propósito reafirma la necesidad de una educación continua que le permita actuar con reflexión y eficacia.

Expresa la Dra. María Cristina Davini⁽³⁴⁾ en su libro “Educación permanente en Salud” N° 38 (pág.43) “Hay casos en que es necesario transformar los comportamientos técnicos y reorientar el conocimiento que los sustenta”. La autora habla en otro párrafo (pág.40) de una “formación en profundidad”, no se trata de una transmisión de conocimientos, es una modificación profunda de las actitudes ligada a un enriquecimiento en los conocimientos”.

Nosotros realizamos una fase exploratoria a través de una entrevista en profundidad a estudiantes avanzados de la carrera de odontología, y a docentes de esta casa de estudios para conocer sus opiniones, los registros resultantes de las entrevistas expresaron ser necesaria una educación permanente.

CAPITULO IV
“PROCESO ENSEÑANZA – APENDIZAJE”

El presente trabajo apunta a la formación del odontólogo en el área de la prevención por lo cual se hace necesario definir conceptos que están claramente asociados a la labor docente.

A los fines de clarificar dichos conceptos que, desde el área pedagógica, favorecen la labor profesional, se desarrolla a continuación el marco teórico de los aspectos que más adelante son observados y consultados a los docentes de las distintas cátedras de la Facultad de Odontología en las encuestas y entrevistas.

Esta terminología aparecerá frecuentemente citada en el desarrollo de todo el trabajo de tesis.

1- Proceso enseñanza – aprendizaje

¿Cómo hace el alumno para captar, comprender, hacer significativo o asimilar lo que el profesor trata de enseñarle?

Las distintas teorías de enseñanza aprendizaje intentan responder a este interrogante.

Los procesos de enseñanza – aprendizaje se consideran el centro de la investigación y la práctica didáctica. Nadie pone en duda que toda intervención educativa requiere apoyarse en el conocimiento teórico – práctico, ofrecido por disciplinas específicas en el tema.

La mayoría de las teorías psicológicas de aprendizaje son modelos explicativos que han sido obtenidos en situaciones experimentales (laboratorio en algunos casos) que pueden explicar relativamente el funcionamiento real de los procesos naturales del aprendizaje incidental y del aprendizaje en el aula. Estas teorías deberían afrontar estos procesos como elementos de una situación de intercambio de comunicación entre el individuo y su entorno físico y socio cultural donde se establecen relaciones concretas y se producen fenómenos específicos que modifican al sujeto (G. Sacristan 1997).

Aprender es una cualidad evolutiva vinculada al desarrollo de los individuos, derivados de su necesidad de adaptación al medio físico y cultural. Fomentar y cultivar el aprendizaje y facilitar la enseñanza son elementos inseparables de un mismo proceso: el de la enseñanza – aprendizaje.

Las teorías de aprendizaje más significativas se pueden organizar en torno a dos amplios enfoques con sus diferentes corrientes:

- 1) Teorías asociacionistas, de condicionamiento en la que se distinguen dos corrientes:
 - a) condicionamiento clásico: Pavlov, Watson, Guthrie
 - b) condicionamiento instrumental u operante: Hull, Thorndike, Skinner.

- 2) Teorías Mediacionales: se distinguen múltiples corrientes:
 - a) Aprendizaje social, condicionamiento por imitación de modelos: Bandura, Lorenz, Tinbergen, Rosenthal.
 - b) Teorías cognitivas, dentro de las cuales distinguimos varias corrientes:
 - Teoría Gestalt y Psicología fenomenológica: Kofka, Köhler, Rogers.
 - Psicología genética cognitiva: Piaget, Bruner, Ausubel.
 - Psicología genética – dialéctica: Vigotsky, Luria, Wallon.
 - c) Teoría del procesamiento de la información: Gagné, Simon, Mayer.

Detallaremos sólo algunas de ellas.

Pavlov y las reacciones condicionadas ej: perro-campana – saliva – comida. Aprendizaje por relación asociativa, acompañada de una reiterada ejercitación, entre la acción y el estímulo condicionante. La enseñanza basada en la repetición de ejercicios asociada con premios y castigos. La repetición no garantiza la asimilación de una conducta, sino su ejecución (sabe multiplicar,

pero no cuando debe hacerlo). Esta teoría tuvo valor ya que permitió vincular aprendizaje con motivación.

Teoría conductista: Thorndike. “Ley del aprendizaje causal”. “El organismo intenta repetir aquellas acciones particulares que tienen una relación causal aparente con el resultado deseado”. Es decir “lograr el éxito”, que se asocia con el resultado esperado. El estudiante no aprende si no está motivado, y una de sus principales motivaciones puede ser saber que puede alcanzar el éxito. Otro aporte fue el descubrimiento del “ensayo y error” para el aprendizaje humano. Frente a una nueva situación, por ejemplo, se van realizando una serie de pruebas, que a veces por casualidad conducen a un resultado esperado. La pauta que el individuo usó para este procedimiento queda interiorizada.

Una presentación puede ser también estímulo para el aprendizaje.

Las implicancias que derivan de este modelo, llevan a considerar al estudiante, un mero ejecutor de lo programado por el profesor, a no tener en cuenta las conductas y los aprendizajes divergentes, a cultivarse en el almacenamiento de la información y no en su procesamiento, a fomentar comportamientos y respuestas homogéneas.

El aprendizaje mediante penetración comprensiva. Modelo acumulado a la escuela de la Gestalt.

Está vinculado a la idea de Asociación. El individuo puede superar la dificultad y encontrar solución por medio de la comprensión repentina o “intuición”, es decir comprender una situación minimizando la necesidad del ejercicio. Lo que se aprende por comprensión no es mecanizado y puede transferirse mejor a otras situaciones. El aprendizaje se responsabiliza de la situación de aprendizaje. Lo que primero debe hacer un individuo es estructurar la información, y analizar los elementos de la misma y relacionarlos con situaciones precedentes.

Los elementos que permiten establecer esta relación son los que tienen valor significativo (Ausubel)⁽⁹⁾. El que aprende tiene rol activo.

El contenido del aprendizaje se reconstruye de manera personal hasta llegar a formar parte de su propio bagaje de conocimientos.

Esta forma descarta el aprendizaje por mera mecanización.

El aprendizaje por descubrimiento: Inductivista. Teoría progresista, también llamada Escuela Activa, que pretendía conectar la experiencia de aprendizaje escolar con la vida cotidiana, ambiente físico y social. (Dewey). La enseñanza ha de basarse en la acción, en la solución de problemas cotidianos y en la creencia de que el niño aprende de lo que investiga y descubre.

Este modelo asemeja sus pasos al del método científico, al descubrimiento. Se adiestra al alumno en el descubrimiento.

En este caso, lo aprendido por descubrimiento no se transfiere con facilidad a otras circunstancias. Demanda además más tiempo.

Se rescata de esta teoría el hecho que el docente tenga en cuenta a la hora de planificar y desarrollar la enseñanza, el momento personal y cognitivo del alumno; y que por medio de su acción y no sólo la verbalización, se facilita el aprendizaje.

El aprendizaje como proceso constructivo.

Su objetivo se basa en el estudio de cómo los procesos de aprendizaje que se encuentran relacionados con la edad se vinculan estrechamente con las estructuras cognitivas del individuo. La fuente de conocimiento radica en la interacción entre objetos y sujetos.

La interacción es constructiva, por un lado el sujeto construye un modelo de la realidad ajustado a sus modelos internos y por otro lado construye esquemas mentales que se adecuan a la realidad, realizando una progresiva diferenciación y reorganización de tales esquemas. Piaget estableció tres tipos de actividades mediante las cuales el ser humano se relaciona con el medio: Asimilación, Acomodación y Adaptación. Asimilación: acción del organismo según los objetos que los rodea. Depende de las conductas anteriores relacionadas con ese objeto. Acomodación: se refiere al hecho que los seres vivos

reaccionan a lo que los rodea, comparando la nueva situación con experiencias y estructuras que ya poseía.

Adaptación: es el equilibrio entre asimilación y acomodación. Los factores dependientes son el estadio y la riqueza del medio en que se encuentra.

Cuando nuestros esquemas no se adecuan a la realidad que se intenta asimilar, el proceso de acomodación promueve la reconstrucción y la evolución de los mismos. Son los desequilibrios que se producen entre los mecanismos de asimilación y acomodación los responsables del desarrollo cognoscitivo.

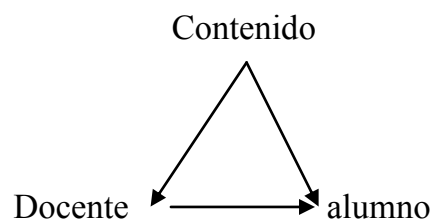
Lo cognoscitivo estructura pero el afecto es el motor del aprendizaje.

Carretero considera que: 1) el aprendizaje es un proceso de interés, el individuo reconstruye la información por una experiencia interna. Esto no es espontáneo sino con ayuda; 2) el grado de aprendizaje depende del desarrollo cognitivo del alumno; 3) los esquemas sucesivos se van modificando hasta comprender la información; 4) la forma más eficaz de lograr el aprendizaje es la creación de contradicciones y conflictos cognitivos; 5) el aprendizaje se favorece con la interacción social, el que aprende no sólo piensa, sino que también actúa.

Un acto educativo necesita interacción docente – alumno.

Proceso de enseñanza – aprendizaje

Triángulo didáctico



Vygotsky es el autor que hace referencia a las “Zonas de desarrollo próximo” es decir, la distancia existente entre el nivel real al desarrollo, determinado por la capacidad de resolver de forma independiente un problema, y un nivel de desarrollo potencial que se establece mediante la resolución de un

problema bajo la ayuda de un adulto o compañero más capaz. El adulto “andamia” y fuerza al niño a entrar en la zona de “desarrollo próximo”.

El aprendizaje como procesamiento de información

Existen tres tipos de operaciones relacionadas con la memoria:

- 1) Para aprender un nuevo contenido (habilidad, información) el individuo tiene que tener una mínima cantidad básica de información acerca del mismo. La información se va acumulando de forma gradual en la memoria: operación de acción, por incremento acumulativo.
- 2) Si la novedad de la información es total, los esquemas de la memoria pueden ser inadecuados, y requiere “reestructuración” de los esquemas para organizar el crecimiento. Esto supone flexibilidad para adaptar y reestructurar esquemas de información.
- 3) Los nuevos esquemas necesitan ajustarse, sintonizar con la nueva información. Todo esto no aparece en forma mecánica o refleja, sino que el docente ayuda.

El aprendizaje significativo por recepción

El aprendizaje es significativo, no cuando el alumno lo repite de forma mecánica, sino cuando lo relaciona con conocimientos previos.

Ausubel aportó al aprendizaje significativo por recepción, los aportes del aprendizaje por descubrimiento y aspectos de la teoría del aprendizaje basada en el procesamiento de la información.

Proceso:

- 1) el profesor hace un diagnóstico inicial según el conocimiento que tiene el alumno.

- 2) Esa información sirve para organizar el proceso enseñanza – aprendizaje.

Relación enseñanza – aprendizaje según las teorías de la instrucción

a) Teoría de la Asimilación: (Mayer) Semejante a Teoría de aprendizaje significativo de Ausubel. Incide en la significatividad lógica y psicológica del material informativo que se emplea como mediador de la relación enseñanza – aprendizaje. Con la asimilación, el aprendizaje se logra por la vinculación o asimilación de algún aspecto de la estructura cognitiva recientemente organizada, que integra el viejo y el nuevo conocimiento. Para facilitar el aprendizaje significativo, como mínimo debemos reunir tres condiciones:

- 1) que el alumnado reciba en forma positiva el material que ha de aprender.
- 2) debe darse al alumno alguna referencia ya conocida por ella de forma que pueda ser usada para organizar y asimilar el nuevo material.
- 3) facilitar el proceso.

Esta teoría se basa en los “organizadores previos” (Ausubel):

- Conjunto leve de información de tipo verbal o visual.
- Presentación, antes del aprendizaje, de un corpus amplio de información.
- No ha de incluir contenidos específicos de la información que se va a aprender. Pero su uso se ha comprobado en determinadas condiciones y con individuos que tienen dificultades para incorporar nueva información.

b) Teoría de la elaboración: (Reigeluth y Merrill). Es una teoría parcial que hace referencia a los modos de organizar la instrucción cuando aborda una materia altamente estructurada.

En el extremo superior se sitúa el Epítome, o sea el conocimiento general y simplificado. A partir de aquí se hace necesario trabajar con parte de la materia con más detalle, ese es el primer nivel de elaboración, ahí se revisa la presentación general inicial y se elabora el epítome ampliado.

En cualquier disciplina se pueden distinguir: constructos y estructuras. Entre los constructos cabe diferenciar: a) los conceptos: conjunto de objetos, sucesos o ideas que tienen ciertas características comunes. La adquisición de un concepto requiere poder identificar, reconocer, clasificar o describir un objeto fenómeno o idea; b) los procedimientos: conjunto de opiniones ordenadas, dirigidas a la consecución de un objetivo. Permiten conocer como se hace algo c) Principios, relación causa – efecto.

Estructuras: a) de aprendizaje; b) de proceso ; c) taxonómicas.

2- Currículum

El concepto de “currículum” es, tal vez, uno de los más controvertidos de todos que normalmente se encuentran en cualquier análisis disciplinar de la educación. Los intentos que hasta ahora se han llevado a cabo para definirlo nos ha devuelto un conjunto de acepciones portadoras de una visión socio-política específica sobre la educación, el conocimiento, el cambio social en general del estudiante y por supuesto de la institución.

En su acepción más frecuente currículum es todo aquello que debe ser llevado a cabo en la institución, es el plan o la planificación por la cual se organiza el proceso enseñanza – aprendizaje. En un segundo sentido, el currículo es un fenómeno digno de ser estudiado, como una región disciplinar que se nutre de la investigación de cualquiera de las vertientes en las que como fenómeno el currículum se presente. (Gimeno y Pérez 1983; Schubert 1982).

Taylor (1973) señala que una definición bastante limitada del mismo es la que lo equipara con un curso de estudio, en el otro extremo también puede ser considerado como “todo aquello que transpira en la planificación, la enseñanza y el aprendizaje de una institución educativa”. A pesar de su limitación, el currículum parece siempre y a primera vista que es el contenido o conocimiento valioso y digno de ser aprendido.

A su vez Taylor introduce un matiz muy importante, cuando afirma que currículum es ese transfondo que subyace tanto a las “actividades” de planificación, como a los procesos de enseñanza aprendizaje. De esta manera nos señala que el currículo como “proceso” abarca no solo los encaminados a crear un “plan de enseñanza” sino los procesos reales de enseñanza. El currículum comprende los propósitos que guían la acción, así como la acción misma. Esto quiere decir que el análisis adecuado del currículum ha de extenderse desde un extremo propiamente prescriptivo a otro propiamente interactivo.

Las distintas concepciones de currículum pueden ser agrupadas en tres apartados fundamentales:

- a) Currículum como contenido
- b) Currículum como planificación
- c) Currículum como realidad interactiva

Currículum como contenido:

Para Taylor y Richards (1979) el Currículum se refiere al “contenido de la educación”. Esta es una asunción válida si por “contenido de la educación” queremos decir el curso de estudio que se ha de seguir para adquirir una educación.

También refiere al “conocimiento disciplinar” que ha de ser estudiado, la “experiencia educativa” que aporta la institución, o más simplemente las “materias de aprendizaje”.

Gagné (1967) aporta a esto “currículum es una secuencia de unidades de contenido organizadas de tal manera que el aprendizaje de cada unidad puede ser logrado por un acto simple, apoyado por las capacidades específicas de las

unidades anteriores (en la secuencia) y que ya han sido dominadas por el alumno”.

Es indudable que todo currículum construido y ofertado tiene que incluir un conocimiento cultural seleccionado por su valor educativo y social; pero un currículum construido sólo como contenido (o conocimiento cultural) sirve de poco para orientar el trabajo educativo.

Currículum como planificación educativa:

El currículum es entonces un documento escrito en el que se representa el alcance y la organización del programa educativo proyectado para una escuela. Para Pratt (1978) es un “conjunto organizado de intenciones educativas y de entrenamiento”, en donde se presentan tanto lo que ha de ser aprendido y enseñado como los materiales, los métodos de enseñanza, etc.

El currículum debe mostrar la relación de elementos tales como fines, objetivos, evaluación, materia, análisis de costos (Pratt 1978).

Para Hirts (1974) propone que currículum sea definido como un programa de actividades diseñadas para que los alumnos, a través del aprendizaje, alcancen ciertos fines u objetivos específicos, por lo tanto incluirá actividades cuya finalidad es el logro de objetivos, es un plan que supone a su vez otros dos elementos, un contenido para ser usado y unos métodos para ser empleados para el aprendizaje.

Currículum como realidad interactiva:

Oliver (1965) ... “Currículum es lo que les sucede a los alumnos en la escuela como resultado de lo que los profesores hacen. Incluye todas las experiencias educativas de las que la escuela es responsable”.

Esta perspectiva asume que, en última instancia, un currículum es una construcción realizada entre profesores y alumnos, y en general la creación activa de todos aquellos que directa o indirectamente participan en la vida de la escuela.

Los profesores planifican por adelantado para el aprendizaje de sus alumnos. Pero con un currículum compuesto sólo por intenciones del profesor sería insustancial. Para adquirir significado el currículum debe ser “escenificado”

por alumnos y profesores, es decir, converja en una comunicación significativa, conversaciones, escrituras, lectura de libros, colaboración, aprendizaje de los que hay que decir y hacer y cómo interpretar lo que los otros dicen y hacen.

A esto Westbury (1978) aporta, “currículum solo encuentra su significado en la enseñanza, en las acciones y relaciones entre profesores y alumnos ocupados en las actividades mutuas que llamamos educación”.

Elementos del Currículum

Elementos del modelo didáctico: los elementos didácticos que elijamos, es decir que tipo de objetivos, que variables de contenido tomamos, van a condicionar el modelo didáctico con el que trabajemos.

A veces, se ha tratado de reducir los métodos didácticos y hasta la propia ciencia de la enseñanza a la dimensión relación profesor-alumno (característica del Profesor y el problema de la interacción).

Si el aprendizaje como proceso es condicionado por el modelo didáctico en su totalidad la explicación causal de sus resultados tiene que hacerse a partir de la totalidad del sistema didáctico- psicológico – ambiental.

Los objetivos didácticos

Finalidades, metas, propósitos son términos que quieren significar la intervención de las acciones, su guía orientadora y el logro al que se aspira para hacer algo (G. Sacristán 1997) ⁽¹⁰⁰⁾. Generalmente “finalidad” hace alusión a formulaciones más amplias, mientras que “metas” y “objetivos” se suelen referir a aspiraciones más concretas.

Si el modelo didáctico es sistémico, el elemento objetivo es un componente decisivo. Toda la enseñanza, considerada como una técnica, parte de un elemento en función de que esta técnica busca alcanzar objetivos.

“Las finalidades son el parámetro decisivo de la educación, la orientación misma de la investigación se subordina a ella”. El sistema educativo debe ser orientado con un rumbo definido para elaborar un proyecto de hombre y sociedad.

La pedagogía que parte de los objetivos, está centrada en el aprendizaje, por que se fija en los productos fruto del aprendizaje. Los objetivos expresan una exigencia respecto a la actividad didáctica del profesor; ya que todas las actividades del profesor, todas las decisiones didácticas, sus prácticas, deben referirse al proceso de aprendizaje. Partir de los objetivos supone un marco de referencia y validación en el aprendizaje de los alumnos.

Los objetivos explícitos son metas claramente especificadas. Objetivos significan un elemento de una estructura formal, condición de racionalización de la acción. Pero no implica un contenido determinado en esos objetivos.

La existencia científica de la técnica no significa autoritarismo o imposición sobre el alumno, no debe ser rígida ni ponerse al servicio de objetivos autoritariamente establecidos, pero esto ha existido, formando parte de Modelos Educativos Cerrados.

La teoría conductista ha interpretado a los objetivos desde su perspectiva y ha sido muy difundida. Esta teoría da lugar a un modelo cerrado de educación que busca el equilibrio entre un objetivo y la conducta final del alumno. Se pretende con este término que la conducta del alumno se acomode a los objetivos pretendidos. Para ellos solo son objetivos lo que representan conductas observables. Estos objetivos se concatenan para alcanzar objetivos más generales y de acuerdo a un proceso lineal de aprendizaje. Se intensifica el objetivo propuesto (en el subsistema didáctico) con el objetivo – resultado del aprendizaje (subsistema psicológico).

Un modelo abierto debe estimular la diversidad individual, poniendo énfasis en el proceso mental más que en el resultado final. Así los objetivos se convierten en orientaciones y no estados a los que hay que llegar, el camino a seguir, que tiene diferentes ramificaciones y estados terminales para los distintos sujetos.

Popper dice que en enseñanza hay cuatro tipos de objetivos combinando las dimensiones de intencionalidad y mensurabilidad (medible).

		Objetivos		
		Intencionales	No anticipados	
Objetivos	{	Medibles	A	B
		No medibles	C	D

Los de la casilla A son conductistas. A diferencia de esto el modelo tecnológico le da otra interpretación: Estructuran prácticas pedagógicas abiertas que no conciben al objetivo en sentido restringido y cerrado, sino que potencian los matices creadores del aprendizaje. Establecen objetivos desde un principio. Da estatus de racionalidad y camino de científicidad a la práctica didáctica. La enseñanza que parte de objetivos tiene las siguientes cualidades positivas:

Dimensiones relevantes a los objetivos

1) Explicación de los objetivos

Que los objetivos sean explícitos es condición para hablar de técnica racional de la enseñanza.

Una enseñanza planificada debe partir de objetivos conocidos y clarificados de antemano.

A veces se alcanzan objetivos múltiples que desbordan a los que primeramente se han planteado, a estos se los llama efectos colaterales del método u objetivos secundarios, es decir no se los ha explicitado al principio, pero por ser implícitos no quiere decir que no sean reales.

Sin haber objetivos explícitos no puede haber técnicas científicas. Clarificar objetivos es ofrecer a discusión las metas de la educación a todos los que en ella están inmersos, según todos los alumnos. Puede mejorar el nivel de motivación del alumno por clase, las

razones de sus actividades, favorece al aprendizaje significativo. Tampoco quiere decir que planteando los objetivos se logre todo esto, pero es un paso importante.

2) Contenidos de los objetivos

Es determinante de la planificación de una estrategia didáctica. Ese contenido del objetivo se convierte en un elemento decisorio de toda la estrategia didáctica, de todos los demás elementos del modelo didáctico. Un objetivo determinado puede requerir un material apropiado, unos métodos concretos, unos contenidos de aprendizaje delimitados y hasta un procedimiento de indicación peculiar.

Taxonomía de objetivos: es un marco que diferencia al profesor del espectro de resultados (objetivos) posibles, facilitando la elección de los mismos.

Proporcionan una descripción sistemática, ordenada y argumentada de los roles de la enseñanza. Tienen las taxonomías las siguientes características:

- a) Son parciales, abarcan determinado campo de aprendizaje. Ej. Taxonomía de Bloom (dominio cognitivo). Gagné, Russell, Raths (Taxonomía Psicológica).
- b) Otras taxonomías centran su atención en el contenido, en el conocimiento científico, en la clase de conocimientos (hechos, formas, normas) (Phenix, Beth).
- c) Un objetivo de enseñanza implica: contenido científico y función psicológica. Pero la taxonomía no decide: es un marco para decidir.

3) Fuentes de decisión sobre los objetivos

Esta dimensión es determinante del modelo didáctico.

Las fuentes de decisión son: la sociedad a través de la institución escolar; el profesor, como agente de esa sociedad; los contenidos

de la cultura y el alumno (aunque este último en lo tradicional no participa pero si se lo incluye, ya la alternativa es distinta).

4) Individualización de los objetivos

Sabemos desde lo psicológico que los alumnos tienen diferentes capacidades, motivaciones, ritmos de aprendizajes, base, experiencias, forma de trabajo, etc. Frente a esto la educación puede ser: unificadora o diversificadora. Lo psicológico reclama individualización pero a través de un modelo didáctico flexible, ya que si se plantean objetivos generales para todos los alumnos, el modelo es más rígido. (Esto también depende del punto 3 ¿quién lo elige?)

5) Nivel de abstracción de los objetivos

- Generales: formulaciones de resultados educativos de cierto grado de complejidad.
- Específicos: transparenta un efecto educativo sencillo y más delimitado.

Los generales afectan períodos más largos de escolarización y son más difíciles de ser observados.

6) Secuencialización de los objetivos

Plantea la necesidad de coordinar diferentes estrategias que lleven a un proceso de aprendizaje complejo capaz de conseguir esos objetivos. Aunque como dice Bruner “no existe una sucesión única para todos los que aprenden dependiendo de una variedad de factores que influyen en el aprendizaje”.

3- Contenidos

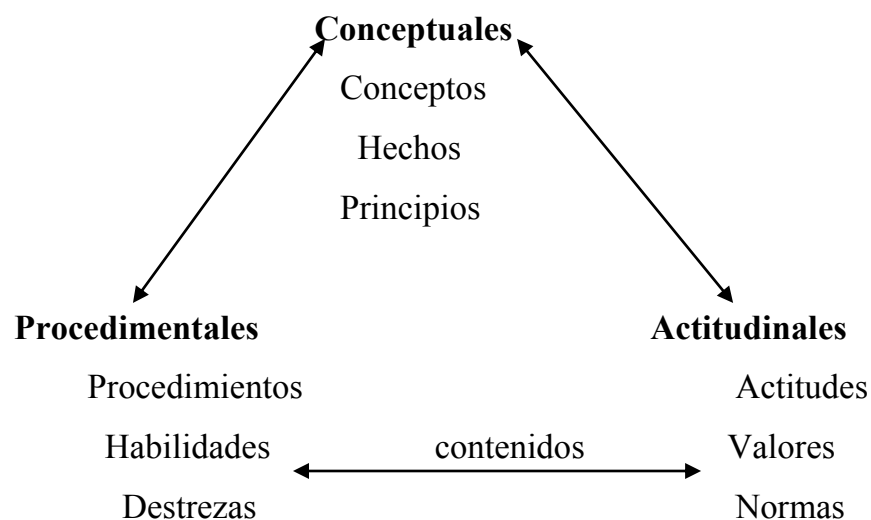
Los contenidos responden al “que” enseñar en el proceso enseñanza aprendizaje.

Incluimos dentro de esta categoría los contenidos:

- a) Conceptuales: temas, hechos, conceptos, propios de la asignatura que se va a enseñar.
- b) Procedimentales: incluye el accionar de los alumnos, los procedimientos, el “hacer” en el aula o laboratorio por ejemplo.
- c) Actitudinales: refiere a los valores, normas y actitudes demostrados por los alumnos y promovidos en el accionar docente.

Los tres tipos de contenidos deben ser abordados por el docente en sus clases y son proclives a ser aprendidos. La propia actitud del profesor es fundamental para que esto ocurra. Difícilmente se puede promover en los alumnos una actitud que uno mismo no mantiene.

Podríamos organizarlos en un gráfico triangular:



La necesidad de separar los objetivos de los contenidos, de tomarlos como elementos separados en el modelo didáctico, es porque el contenido es un medio para algo y no un fin en sí mismo (o al menos no siempre).

Poner los contenidos en términos de objetivos, supone plasmar el valor de aplicación que pueden tener esos contenidos en la vida social, en la protección, en la modificación del hombre y la sociedad, en el logro de una cierta utopía o en el propio perfeccionamiento formal de las funciones cognoscitivas.

Es decir, a los contenidos se los pone al servicio de algo. Lo que significaría dar lugar a una pedagogía no meramente transmisora de contenidos acabados.

La pedagogía centrada en los contenidos ha sido deformadora de esos contenidos, se ha preocupado de transmitirlo como algo acabado y cerrado.

Identificamos cuatro dimensiones en los contenidos (como otro elemento del modelo didáctico):

- 1) Valoración y caracterización del conocimiento: los contenidos tienen una perspectiva lógica interna y una significación psicológica y experiencial que ese contenido alcanza en el que lo aprende. Desde este punto de vista es necesario dar importancia al proceso y no simplemente a los contenidos.
- 2) Selección de los contenidos: fuente de decisión: La pedagogía no puede seguir el ritmo de la ciencia, ya que esta se duplica cada quince años aproximadamente. Por eso se impone la selección de contenidos, clasificando los criterios por los cuales se los selecciona. Sabemos bien que la escuela y las universidades parcelan, es decir ofrece una muestra de todo el ámbito del conocimiento científico.

En la teoría curricular hay tres órdenes de criterios:

- a) Estructura de la propia ciencia: dentro de la materia de estudio distinguimos: contenidos (hechos

específicos, ideas básicas) y procesos (métodos de investigación).

Los contenidos carecen de valor si no despiertan procesos mentales. El contenido seleccionado debe tener las condiciones de validez, representatividad, profundidad y potencialidad múltiple para lograr objetivos didácticos, estas propiedades darían al contenido un alto poder de transferencia.

- b) Variables del sujeto que aprende: el sujeto que aprende y el proceso mismo de aprendizaje es otra fuente de decisión de los contenidos. La importancia que se le da a esto define un estilo de educación distinto centrado en el sujeto. Interesan del sujeto: sus capacidades, intereses, nivel de desarrollo, etc. a la hora de planificar la enseñanza.
 - c) Las fuerzas sociales que buscan en la educación algún tipo de utilidad. El sistema educativo está llamado a cumplir una función social, que puede ser conservadora o innovadora. A la educación le corresponde la crítica de los propios contenidos que la sociedad le encarga transmitir, lo que plantea la necesidad de que desempeñe un rol de cambio. El currículum responde a las necesidades sociales, siempre que éstas sean las necesidades de toda la sociedad y no sólo un grupo.
- 3) Organización de los contenidos para su enseñanza.
- ¿Cuál es el punto de referencia para hacer esa ordenación?
- a) o bien obliga al alumno a que aprenda el contenido de acuerdo con el orden lógico que estructura las disciplinas, o bien atenerse al orden que mejor

favorezca el aprendizaje, al margen del orden lógico de la materia. La ordenación de la que se parta condiciona la secuencialidad del proceso de enseñanza y aprendizaje. A lo largo de la historia de la didáctica se han ensayado distintas formas de organizar el contenido científico.

Asignatura o materia de estudio: Es la agrupación del contenido más tradicional. Es un sistema que clasifica el saber en comportamientos estancos de acuerdo con la historia de su propio desarrollo y que debe su unidad a su propia lógica interna. La organización curricular ha sido criticada por parcelar el conocimiento y no facilitar la comprensión global de la realidad, el conocimiento científico crece en las fronteras interdisciplinarias y porque resulta difícil conectar el contenido con los intereses del alumno y facilitar el aprendizaje significativo.

- b) Intedisciplinarietà: La preocupación por el saber unificado. La interdisciplinarietà como forma de organizar el conocimiento, buscando elementos comunes a las distintas materias.
- c) Modelos de pensamiento y
- d) Áreas disciplinares: aspiran a una integración del pensamiento científico, basándose en elementos integradores comunes a varias disciplinas, pero manteniendo una cierta distinción entre áreas.
- e) Globalizaciones de orden psicológico: la globalización de los conocimientos diversos pueden agruparse en centro de interés para los alumnos. “Centro de interés de Decroly” es complementario a la integración disciplinar desde lo científico.

f) Soluciones equilibradas: procesar la integración significativa de lo aprendido, con vistas a la aplicación práctica de tales conjuntos de conocimientos: núcleos básicos o grandes temas núcleos.

4) Significatividad del contenido

Como dice Ausubel, aprovechar el significado lógico de las estructuras científicas. Cada método debe establecer una conexión entre el conocimiento científico y los conocimientos experienciales del alumno. Los contenidos curriculares deben descender hasta donde sea preciso hasta conectar con el nivel del sujeto y elevarlo al nivel de pensamiento científico.

Para garantizar la conexión debe atenderse a la aplicabilidad del contenido a situaciones, hechos etc. como recurso para unir lo experiencial, la vida real y el conocimiento científico.

Tener en cuenta el valor de decisión del alumno, ej.: optar por un tipo de asignatura no obligatoria.

Puede llamar la atención el que no se considere la propia materia de estudio como una dimensión relevante a la hora de condicionar el método o la estrategia didáctica. De hecho es una opinión bastante extendida la que considera que la materia determina el método y que ciertos métodos son más propios de unas disciplinas o áreas, que de otras.

El método o estrategias didácticas son resultado de opciones múltiples en cada uno de los elementos del modelo didáctico y no solo en la dimensión del área temática del elemento: contenidos.

4- Evaluación

“Una vida sin examen no merece ser vivida” Sócrates

La evaluación se conformó históricamente como un instrumento ideal de selección y control. En el siglo pasado aparece como actividad y técnica, cuyo nombre fue examen, que pretendía valorar los conocimientos que poseían los alumnos después de la enseñanza impartida. De la misma manera se denominó a la habilidad para relacionar y aplicar las adquisiciones logradas por los aprendices y la adecuada exposición a las mismas.

Constituye un valioso instrumento didáctico para controlar el aprendizaje que realizan los alumnos y un medio de información de la manera en que se realizó la actividad académica para revisarla y reorientarla.

La evaluación educativa ha nacido y se ha desarrollado en el siglo XX al amparo de la psicología experimental. Es una actividad sistemática integrada dentro del proceso educativo y su finalidad es optimizar el mismo. Tiene por objeto proporcionar la máxima información para mejorar este proceso, reajustando los objetivos, revisando críticamente los planes, programas, métodos, y recursos, facilitando la máxima ayuda y orientación a los alumnos.

Permite así elevar la calidad de los aprendizajes y aumentar el rendimiento de los alumnos.

Veamos algunas definiciones del concepto evaluación a la luz de diferentes autores:

Stufflebeam D (1987) “es el proceso de delinear, obtener, y proveer información para juzgar alternativas de decisión”

Para Lafourcade P “es una etapa del proceso educativo donde se ponderan los resultados previstos en los objetivos que se hubieran especificado con antelación”

De Ketele (1980) “evaluar significa examinar el grado de adecuación entre un conjunto de informaciones y un conjunto de criterios adecuados al objetivo fijado con el fin de tomar una decisión. De modo que , ambos aspectos, de “juicio “ y toma de “decisiones” interviene en la evaluación educativa.

“La evaluación tiene por objeto descubrir hasta que punto las experiencias de aprendizaje, tales como se las proyectó, producen realmente los resultados apetecidos” a decir de Tyler (1973). Ella (la evaluación) debe juzgar la conducta de los alumnos, ya que la modificación de conductas es precisamente uno de los fines que la educación persigue. Puesto que la evaluación se propone reunir elementos que certifiquen los cambios de conductas en los estudiantes.

Bloom define a la evaluación como “... la reunión sistemática de evidencias a fin de determinar si en realidad se producen ciertos cambios en los alumnos y establecer también el grado de cambio en cada estudiante”.

Como vemos, responde siempre a una finalidad que la mayoría de las veces significa tomar una decisión respecto al objeto evaluado.

Cabe señalar que cualquiera sea la definición que se elija siempre supone una referencia al objeto evaluado y a los criterios que se usan como referente.

En lo que coinciden todos los autores es en considerar a la evaluación como un proceso, que comienza antes de suministrar la prueba y termina mucho después, debido a que los resultados deben ser analizados para la reflexión sobre el proceso enseñanza aprendizaje y el ajuste del mismo en función de dichos resultados.

Podríamos hacer una sencilla clasificación de los distintos tipos de evaluación respondiendo determinados cuestionamientos, a saber:

¿Qué evaluar?: no solo el aprendizaje de los alumnos sino todo el proceso educativo. Desde las personas a los centros educativos y sistemas.

¿Para qué y cuándo evaluar?: Evaluación inicial o diagnóstica, para conocer el estado de situación; evaluación formativa: para evaluar los programas en curso; evaluación sumativa para evaluar el producto educativo(acreditación).

¿Cuánto evaluar?: de manera global: se centra en todo los elementos del objeto, la totalidad; o parcial: elige analizar solo algunos componentes.

¿Dónde evaluar? Interna: los evaluadores son los mismos protagonistas del objeto evaluado (autoevaluación, heteroevaluación, coevaluación) o externa: los evaluadores son ajenos a la institución.

¿De qué manera? : explícita: planeada previamente o Implícita: se puede evaluar sin dispositivos previos para evitar estrés.

Toda actividad de evaluación se puede reconocer como un proceso en tres etapas (Jorba y Sanmartí, 1996):

- a) recogida de información, que puede ser por medio de instrumentos o no;
- b) análisis de esta información y juicio sobre el resultado de este análisis, y
- c) toma de decisiones de acuerdo con el juicio emitido.

El *sentido* de las decisiones tomadas es lo que diferencia las funciones de la evaluación, y pueden ser de *carácter social* o de *carácter pedagógico*.

La evaluación es parte del proceso educativo que como tal constituye un *sistema de actividad* (Engeström, 1992) humano complejo y privilegiado para la construcción de los futuros ciudadanos. En este sistema de actividad existen *sujetos* que aprenden, *objetos* a aprender, *instrumentos*, pero además existe una *divisiones de tareas* asignadas por la *comunidad* toda a la *institución* y al docente como elemento en el cual se condensa la institución dentro del aula.

El resultado de esta evaluación es lo que llamamos *calificación* (la calificación es en realidad el producto de esta evaluación).

Las *decisiones de sentido pedagógico* son las orientadas a identificar los **cambios** que se han de introducir para que el aprendizaje sea *significativo*. Forman parte de acciones dentro de la actividad general y su meta, su objetivo, es analizar el *statu quo* para ayudar a los alumnos en su propio proceso de construcción del conocimiento y se pueden referir tanto a cambios que el profesorado debe introducir en el proceso de enseñanza diseñado, como a cambios que el alumnado debe promover en su proceso de aprendizaje.

Esta evaluación tiene la finalidad de regular tanto el *proceso de enseñanza* como el de *aprendizaje* y se acostumbra a llamar *evaluación formativa* (Black y Wiliam,1998).

Según San Martí (op cit) el momento del proceso de aprendizaje en el que evaluamos, respondiendo al CUANDO se evalúa, podemos distinguir entre:

- La *evaluación inicial* tiene por objetivo obtener información sobre las concepciones previas, los procedimientos intuitivos que el estudiante tenderá a utilizar para aprender y comunicarse, los hábitos de trabajo y las actitudes del estudiante al inicio de un proceso de enseñanza-aprendizaje, todo ello con la finalidad de adecuar dicho proceso a las necesidades de los estudiantes. Su función es fundamentalmente de diagnóstico.
- La *evaluación a lo largo del proceso de enseñanza* permite detectar los obstáculos que va encontrando el alumnado durante el proceso de construcción del conocimiento. La información que se busca se refiere a las representaciones mentales de los alumnos y a las estrategias que utilizan para llegar a un determinado resultado (Allal, 1979). La finalidad es entender las causas de las dificultades que se presentan en el proceso de aprender para poder ayudar mejor a superarlas.
- La *evaluación al final del proceso de enseñanza (o sumativa)* sirve para identificar los conocimientos aprendidos, así como la calidad del proceso de enseñanza aplicado, todo ello con la finalidad de plantear propuestas de mejora y/o tenerlos en cuenta en el estudio de otros temas o al repetir dicho proceso de enseñanza.

Actualmente también se habla de «*evaluación formadora*» (Nunziati,1990) para referirse a aquella evaluación en la que la responsabilidad de la regulación recae en el propio alumnado. La evaluación formativa se centra en acciones que realiza el profesor. En cambio, en la «*evaluación formadora*» se

busca una reflexión de propio accionar del alumno , de sus fortalezas y debilidades, un auto-análisis, en donde sea el propio alumno quien detecte sus errores, reconozca por qué los comete y encuentre sus propios caminos de mejora con la ayuda del docente y de los compañeros.

La evaluación formativa se caracteriza por no tener calificación, sino una apreciación de la calidad del trabajo académico realizado pues es la que nos permite determinar en cada segmento o tramo del curso o carrera, los resultados obtenidos para realizar los ajustes o adecuaciones necesarias para llegar al éxito, con la excelencia que demanda la sociedad actual en estos tiempos pos modernos.

Así, la evaluación formativa posibilita una retroalimentación, indicando al alumno su situación respecto a las distintas etapas por las que debe pasar para realizar un aprendizaje determinado, y por otro indica al profesor cómo se desarrolla el proceso de enseñanza y aprendizaje, así como los mayores logros y dificultades de los que aprenden.

De hecho, la evaluación formativa-formadora tiene como acción una orientación hacia la “toma de conciencia” de parte del alumno y persigue la finalidad conseguir unos *aprendizajes más significativos* y, con ello, que los resultados de la evaluación final (y la calificación) sean mucho mejores. Cuando no estamos imaginando un “mea culpa” respecto de “*debí haber estudiado más*” sino a una *toma de conciencia* en el sentido de una reflexión sobre las estrategias elegidas y su calidad y eficiencia para afrontar problemas diversos y nuevos.(esto puede incluir más y mejor calidad de estudio, pero también implica lectura reflexiva, continuidad de trabajo, etc)

Una visión de la ciencia “verdadera”, empirista y cerrada conlleva evaluar si los alumnos saben reproducirla. Una visión de la génesis de la ciencia como resultado de la aplicación de procesos racionales de tipo inductivo o deductivo, conlleva centrar la evaluación en los procesos. Y una visión de la ciencia como construcción social de modelos explicativos conlleva concebir la regulación como aspecto central del proceso de génesis de dichos modelos.

En los modelos de tipo *transmisivo*, que tienden a predominar en el Nivel Superior, para evaluar los aprendizajes finales se plantean habitualmente preguntas orientadas a recuperar los contenidos vertidos sobre el alumnado. Buscan comprobar si el alumnado es capaz de reproducir conocimientos introducidos. Se considera que los instrumentos a utilizar deben poseer buenas cualidades *psicométricas* (Camillioni) y proporcionar resultados cuantitativos que permitan comparar lo aprendido por los distintos miembros del grupo-clase.

Las preguntas son fundamentalmente reproductoras de lo que se ha dicho o hecho en clase y muy poco contextualizadas. Se suelen cambiar algunas variables o pequeños datos de «problemas tipo» que han sido trabajados en el aula, se piden definiciones y su aplicación a situaciones. Se pueden cambiar algunos ejemplos o los datos de un problema.

Se supone que estas pruebas, cuanto más cerradas son las preguntas más fielmente (objetivamente) recogen el conocimiento aprendido por el alumnado. Sin embargo, ello es muy discutible ya que una *buena prueba objetiva es muy difícil de preparar*, para que no resulte una mera repetición, con lo que la mayoría de las veces influyen en su resolución muchas otras variables: la capacidad lectora del estudiante, las inferencias que hace sobre lo que se considera que se pide, su habilidad en ‘intuir’ opciones descartables, etcétera. (Bender 2005)

No se debe olvidar que en pruebas con preguntas cerradas el estudiante además de demostrar sus saberes *debe inferir qué es lo que pregunta el profesor*, (tarea para la cual ha estado “entrenando” durante el desarrollo de la unidad temática) , y que en el momento de la administración del instrumento ambas habilidades (intuición y exposición) se mezclan.

En las preguntas abiertas la situación se invierte y es el profesor quien debe inferir lo que el alumno piensa. Generalmente se realizan muchas ‘pruebas’ o exámenes a lo largo de la unidad, en las que se va preguntando sobre contenidos parciales o ‘lecciones’. La calificación final se confecciona básicamente a partir de realizar el promedio de los resultados obtenidos en los

exámenes parciales con alguna matización en función de la calidad de algunos otros trabajos realizados o de la actitud del alumnado.

Modelos contemporáneos de evaluación

- Evaluación cuantitativa o esquema tecnológico o pedagógico por objetivos, o evaluación objetiva.
 - 1) Busca la objetividad de la evaluación por eso necesita aplicar instrumentos para recoger y analizar datos que sean válidos y fiables. Tratamiento estadístico de la información y cuantificación de las observaciones.
 - 2) Énfasis exclusivo en el producto o resultado de la enseñanza.
 - 3) Se mide situación inicial del alumno (pre-test) y la situación final (post-test), después de un período razonable de tiempo para ver las adquisiciones académicas y comprobar la relativa eficacia del método.
 - 4) Se deben controlar las variables intervinientes: aula similar a un laboratorio, luz artificial.
 - 5) Difícil de manejar efectos secundarios.
 - 6) Educación: proceso tecnológico. Los datos son útiles para determinada persona.
 - 7) Comprueba el cumplimiento de objetivos planteados previamente.

- Evaluación cualitativa
 - 1) La evaluación pretende comprender y valorar los procesos y resultados de un programa educativo.
 - 2) La evaluación debe responder a cuestiones de justificación ¿por qué aprender x? ¿Qué aprendimos además? ¿Qué dejaron de aprender?
 - 3) La vida en el aula es un sistema abierto de intercambio, evolución y enriquecimiento. No puede limitarse sólo a comprobar objetivos.

- 4) Los efectos secundarios o a largo plazo son tan importantes y significativos como los inmediatos y planificados.
- 5) El campo de análisis se amplía y no se limita a lo observable o medible (habilidades, conocimientos, conductas).
- 6) Se traslada el énfasis de los productos a los procesos de la práctica educativa para ofrecer información para formular y reformular la acción didáctica.
Gronban Ch... “los que aprenden aprenden según ellos mismos y su comportamiento” ...
- 7) La evaluación centrada en el proceso enseñanza – aprendizaje intenta capturar la singularidad de situaciones concretas.
- 8) Lo cualitativo no rechaza lo cuantitativo, es decir que sólo se atiende al proceso desatendiendo los resultados.
- 9) Más que medir, la evaluación implica, valorización.

Paradigma Experimental

1. Enfoque de análisis de sistemas
 - Enseñanza tecnológica. Deben alcanzarse resultados preestablecido de aprendizaje.
 - “proceso-producto” se correlaciona el accionar docente con los resultados a través de pruebas objetivas.
 - Los objetivos se plantean primero y en forma externa a la práctica educativa concreta. Eficacia a corto plazo.
2. Evaluación por objetivos de comportamiento
 - Semejante al análisis de sistema enseñanza tecnológica o conjunto de técnicas que conducen a un fin preestablecido.
 - Se usan test de rendimiento y desea observarse el cumplimiento de los objetivos en el comportamiento de los alumnos.

- Deben para ello elaborarse minuciosamente los objetivos y en función de ellos elaborarse test de medición o rendimiento.
 - Modelo más usado y popular.
 - Se prioriza la evaluación sumativa y no la formativa. No permiten la modificación de los programas.
 - Se valora lo previsto y no lo imprevisto o efectos secundarios.
3. Modelo de evaluación como información para la adquisición de decisiones
 “Evaluación es un proceso de diseñar, obtener y proporcionar información útil para juzgar alternativas de decisión”.

El evaluador debe ayudar a tomar decisiones proporcionando información útil.

Decisiones:

- De planificación: diseñar metas y objetivos.
- De estructuración: especificar los medios para alcanzar los fines
- De aplicación: proceso real del desarrollo del programa (enseñanza interactiva).
- De reciclaje: constatar resultados y propósitos

Para cada decisión un tipo de evaluación.

- De planificación: Evaluación de contexto
- De estructuración: Evaluación de diseño
- De aplicación: evaluación de productos
- De reciclaje: evaluación de contexto

Posee tendencias a la imposición.

4. Modelo de evaluación sin referencia a objetivos.
- La función de la evaluación refiere al uso que se hace de la información recopilada por el evaluador.
 - Evaluación formativa: de proceso. Evaluación sumativa: de resultados.
 - Medir objetivos no es suficiente ya que si estos estuvieran mal elaborados sería inútil medirlos. Hay que medir el proceso en función de los objetivos.

- La importancia de los efectos secundarios (currículum oculto) más que los que se proponen con los objetivos.
 - Analizar necesidades del consumidor y no sólo del productor.
5. Modelo de evaluación basado en la crítica artística.
- Concepción de la enseñanza como arte y el profesor como artista. El evaluador es un experto en educación que interpreta lo que observa tal como ocurre en el medio cultural lleno de significados. Se interpreta el contexto.
 - Comprender y valorar la cualidad de la práctica educativa y sus consecuencias.
 - Posee carácter descriptivo; interpretativo: busca significados, entender lo que ocurre más allá de lo observado; valorar juicios de valor: valorar situaciones concretas y peculiares. Para Eisner la objetividad pura es imposible.
 - Enseñanza como proceso artístico más que tecnológico.
6. Modelo de evaluación basado en la negociación. (Stenhouse, Mc Donald)
- “El modelo de negociación concibe a la enseñanza como un proceso dinámico cuyos significados y cualidades cambian continuamente; son raramente predecibles y a menudo no pretendidos. Surgen a partir de numerosas negociaciones entre participantes y audiencia, en un contexto dado analizable sólo por estudios de casos”.

Evaluación iluminativa: Parlett y Hamilton.

- Se preocupa más por la descripción e interpretación que por la medición y predicción.
- Analiza proceso más que producto.
- Se analiza en condiciones naturales o de campo y no de “laboratorio”.
- Método de recolección: observación y entrevista.

Terminología del modelo:

- Sistema de instrucción: conjunto de supuestos pedagógicos, plan de estudios, cuerpo de técnicas y equipos.
- Medio de aprendizaje: contexto material, psicológico y social dentro del cual trabajan alumnos y profesores.
- El objeto de estudio es el análisis de los procesos de negociación que se dan en el aula.
- Los problemas se definen en el curso vivo de los acontecimientos.
- Las estrategias surgen producto del contexto o acuerdo entre los participantes.
- La realidad de cada aula es singular e irrepetible. No se puede generalizar.

Dentro de esta perspectiva:

A) Evaluación respondiente (Stable)

- Que responde y sirve a los problemas e interrogantes que se plantea el profesor.
- Se da más importancia a los problemas que a las teorías.
- Describe el programa educativo.

B) Evaluación democrática (Stenhouse, Mc Donald, Ellioty)

- Los participantes se expresan, opinan, y esto debe aparecer en la evaluación.
- Facilita y promueve el cambio: Transformación real de creencias, concepciones “profesor como investigador” y “autoevaluación”.
- Evaluador orientador, favorece al diálogo, discusión, búsqueda de análisis.
- Evaluación: actividad de análisis y valoración. No se imponen pensamientos.
- Evaluador: observador que recoge y organiza la información. No formula teorías sino que las produce para esclarecer

procesos y perfecciona la práctica. Da interés a los efectos secundarios.

- La evaluación cualitativa o naturalista debe precisar sus métodos, sus supuestos y sus lenguajes para entender, analizar y contratar los informes.

El docente debe analizar las características del grupo y su propia formación para poder seleccionar el modelo pertinente a su clase. Donde él pueda actuar con capacidad y comodidad con el grupo en un *feedback* constante creando el clima apropiado para garantizar el proceso enseñanza – aprendizaje. El docente debe identificarse con el modelo seleccionado y ser coherente en todas las instancias del mismo, por ejemplo, el desempeño de los trabajos prácticos debe ser coherente a la forma en que luego el alumno será evaluado.

Todo este marco admite pluralismo, cambio, flexibilidad y precisión.

CAPITULO V

**“FACTORES INTERVINIENTES
EN LA FORMACIÓN DEL ODONTÓLOGO”**

La producción de conocimientos en la odontología se ha ubicado en el concepto fundamental biológico del proceso de salud / enfermedad.

El saber odontológico se ha movido entre los límites establecidos por un lado por la herencia científica biologicista, tomada de la medicina, y por otro la práctica determinada por las restricciones del mercado de trabajo profesional.

En general el desarrollo de las ciencias de la salud está vinculado con las características de la estructura social.

En los tiempos actuales nos toca experimentar un cambio social, económico y político, caracterizado por cambios estructurados que dan origen a situaciones colectivas e individuales.

Este contexto aporta nuevas reflexiones sobre los modelos de formación del odontólogo, como así también pautas y estrategias metodológicas para desarrollar nuevas alternativas para formación de los odontólogos innovadores, autónomos y críticos.

Surgen las exigencias de contextualizar los procesos de formación permanente en la propia realidad educacional vinculando aspectos individuales, institucionales, curriculares y sociales.

La idea es lograr progresión del conocimiento y actuación profesional.

El docente universitario está más preocupado con la transmisión del conocimiento de la especialidad que con el desarrollo de capacidades de los estudiantes vinculadas con el planteo de problemas, búsqueda de diferentes soluciones, conformación de equipos de trabajo y desempeño interdisciplinario.

En realidad estas son las tareas que los futuros profesionales tendrán que enfrentar al incorporarse en el campo profesional. En el momento que nos toca vivir, las características de la dinámica social conllevan a un cambio en la formación universitaria, más centrado en el que aprende más, en los resultados del aprendizaje que en las formas de enseñar, y más en el dominio de unas competencias procedimentales y actitudinales que en los informativos y conceptuales, la eficacia y la excelencia en la formación de futuros profesionales compromete a pensar en un nuevo modelo en la enseñanza odontológica que responda por un lado: con el nuevo paradigma social, la sociedad de la comunicación y de la información (Castells, 1997-1998).

Esta sociedad ya no demanda al mismo profesional de antes, la figura profesional ya no corresponde con la de una persona llena de conocimientos, que desempeñaba en su trabajo una serie de funciones y/o actuaciones profesionales cerradas y repetitivas, actualmente se requiere de un modelo profesional en constante movimiento, con continuas y aceleradas incorporaciones de nuevos conocimientos y técnicas de trabajo.

Lo que queremos decir es que por un lado se trata de la formación de profesionales que construyan de una forma autónoma y estratégica su conocimiento, y por otro lado la formación de ciudadanos que actúen de forma responsable, libre y comprometida.

Los procesos de formación de recursos humanos en el campo de la odontología aún hoy, no todos responden a un cambio en el proceso educativo, en algunas escuelas y facultades de odontología, todavía persisten corrientes conductistas, favorecedoras de los esquemas dominantes de los modelos económico-sociales sustentados.

En la Facultad de Odontología de la U.N.L.P. se ponen en práctica planteamientos innovadores, para lograr cambios sustanciales en la formación de sus recursos humanos acordes a la problemática social.

Estudios realizados en la Universidad del Salvador, sobre los patrones formativos reflejan como la profesión se inicia de una manera artesanal y un tanto biologista, pasando luego a reafirmar su carácter biológico, careciendo de toda explicación social del proceso salud-enfermedad. Mas adelante se incorpora la odontología preventiva y social, como un ente separado.

Recientemente los criterios sobre el proceso de formación de odontólogos han ido cambiando, aceptando variables no biológicas que determinan las patologías y que son factores relacionados con las formas de vida y producción de nuestras sociedades. Esto a originado desarrollar modelos integradores en la enseñanza / aprendizaje, que consideran la salud-enfermedad como un proceso en el que intervienen factores biológicos y no biológicos, que afectan al individuo, la familia y la sociedad.

Las Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología en algunas zonas de América Latina se encuentran trabajando respecto a los modelos de

formación de odontólogos, se pueden considerar pocas las instituciones que integran el conocimiento básico, preclínico y clínico por medio de unidades de integración práctico-teóricas, y un alto porcentaje mantiene la estructura tradicional en forma aislada y no relacionada.

En muchas facultades se mantiene el patrón conductista en la formación de odontólogos, basado en las conferencias repetitivas y la enseñanza libresco acrítica.

Privilegiando el modelo educativo y tecnológico, al aspecto preventivo.

Por todas estas razones llegamos a pensar que existe un deterioro en los procesos de formación de pregrado.

Sin lugar a dudas estamos frente a una necesidad eminente de cambios curriculares, que desarrollen modelos alternativos de enseñanza-aprendizaje.

Con capacidad para conocer e interpretar la problemática de salud de los individuos y saber hacer propuestas que le permitan al odontólogo incorporarse a las tareas multidisciplinarias en pos de la salud bucal de la comunidad.

Deducimos de lo dicho anteriormente que la realidad del cambio está en formular diferentes perfiles profesionales que respondan de una forma integral a las necesidades que la problemática sociosanitaria va determinando a través de los procesos de salud-enfermedad, variables en el tiempo y el espacio.

En la Facultad de Odontología de la U.N.L.P. donde centramos nuestra tarea aparecen mejores esquemas de formación de recursos humanos, y una mayor eficiencia en la capacitación, orientación y utilización de los mismos.

Por lo tanto podríamos esbozar las características del tipo de odontólogo que para los propósitos de una nueva práctica en salud, combine acciones interprofesionales, interdisciplinarias, interinstitucionales y multisectoriales.

La Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata con un cambio curricular en el año 1990 y su reforma en el año 1994, propone que debe existir un perfil institucional de formación.

Perfil del Odontólogo

Los grandes cambios sociales contemporáneos como la migración urbana, el aumento de población, el incremento de la movilidad social y de las comunicaciones, de la publicidad y el consumo, etc., así como los cambios y adelantos odontológicos con nuevas técnicas para el diagnóstico temprano y para la prevención de las enfermedades, mayor organización y planificación de la odontología, mejor conocimiento de la misma y de la epidemiología de afecciones de interés general y finalmente la aparición de nuevas y numerosos agresores a la salud, han originado una nueva orientación en el tratamiento, con nuevas técnicas eficientes que llevan al profesional a realizar cada actividad con criterio preventivo. La enseñanza de la prevención debe lograr en el profesional una conducta equilibrada que lo lleve a corregir las diferentes situaciones y a establecer las condiciones adecuadas para la salud, debe ser capaz de restaurar la salud y de crear nuevas posibilidades para que las comunidades aprendan a vivir saludablemente.

El estado natural del individuo desde el punto de vista odontológico, es un sistema de tejidos en completa normalidad.

La pérdida de esta normalidad provoca la necesidad de restituir ese estado, cumpliendo con todos los métodos y procedimientos aplicables para que no se produzca la vulnerabilidad del sistema bucal.

Este es el punto central para tener en cuenta la formación odontológica con base doctrinaria para ver a la salud como el estado normal de vida; a la prevención de la salud como lo más inmediato que debemos realizar, si esto no se entiende así, difícilmente se podrá hablar y hacer algo satisfactoriamente en prevención.

Las primeras encuestas que realizamos sobre educación y formación de estudiantes universitarios y graduados docentes la realizamos en el ámbito de la Facultad de Odontología de la U.N.L.P., la encuesta diseñada expresa diversos momentos de su historia educacional, así como factores intervinientes en diferentes períodos del desarrollo educativo, a los efectos de indagar si su

formación es la adecuada para cumplir sus funciones en el área de la prevención. El problema que más nos preocupa es el de la educación permanente de capacitación continua, eje principal de esta tesis, para lograr mantener la actualización de los conocimientos con la incorporación de nuevas tecnologías.

Cuando un profesional entiende que prevenir es ejecutar una serie de normas técnicas, en forma perfectamente determinadas, estará demostrando que el objetivo que persigue se traduce en una gran tranquilidad de no estar verdaderamente preocupado por tratar de conseguir transmitir firmemente una conciencia preventiva.

Es decir, que el futuro profesional necesita una conciencia preventiva conjuntamente con una adecuada preparación básica en odontología y actualización permanente para ubicarse en su verdadero rol protagónico del conductor de la salud bucal de la comunidad.

Los objetivos de la enseñanza de la odontología preventiva se detallan básicamente; tanto los estudiantes como los profesionales deben adquirir los conocimientos teóricos relativos a la prevención de las enfermedades, y la formación de la salud a nivel individual familiar y los de la salud pública a nivel comunal, nacional e internacional.

Uno de los aspectos cruciales de la formación de profesionales de odontología es que debieran aprender a establecer prioridades preventivas de acuerdo con las características socio-culturales y epidemiológicas de la comunidad, de la familia y de las propias de cada paciente, por lo tanto encontramos necesaria una actualizada capacitación para organizar y adiestrar los profesionales para planear y realizar sus labores preventivas con la participación de sus pacientes y familiares de los mismos.

Para que la preparación básica y la enseñanza de la odontología preventiva tengan éxito y se traduzcan en la conformación de una nueva mentalidad y una práctica indispensable, ajustada a las circunstancias, es requisito indispensable que los programas docentes se basen en la realidad de su país. Preparar estudiantes de odontología, con una educación dirigida a la práctica en el mundo actual, y en los cambios sociales; ayudar a que sean capaces de tratar más eficazmente no solo con individuos, sino también con poblaciones

de gente, poblaciones en riesgo, grupos vivos, ocupación, estilos de vida, necesidades comunitarias y de salud-enfermedad, se debe desarrollar métodos que permitan llegar a todos los individuos de una población, tanto a los que buscan ayuda como a los que no lo hacen.

Todas son necesidades que se deben conocer desde el interés primario por el individuo al interés por una población determinada.

Un interés por todos llevará a entender y ayudar a que cada individuo recibirá el cuidado que necesita.

Solo se puede entender a los seres humanos cuando se los ve como partes interrelacionados e interdependientes de un todo mayor.

Como prestadores de salud promover, mantener y restituir la salud, prevenir la enfermedad y facilitar el aprendizaje que tenga importancia para la conducta relacionada con la salud.

Los movimientos y las presiones sociales requieren procesos de cambio en la distribución del cuidado de la salud, y en este contexto es donde encontramos la necesidad de crear programas de educación permanente para mejorar la actividad profesional.

La gente está desarrollando en todas partes una conciencia más profunda acerca de quienes son los profesionales de la odontología y lo que son, es el resultado de las elecciones que se hacen individual y colectivamente y esas elecciones realizadas en cualquier nivel afectan a la totalidad de los individuos.

Por todo eso apoyamos como base para todo conocimiento, una educación permanente en salud y organización comunitaria para lograr una vida saludable, armónica, en salud física y mental de los individuos y las comunidades.

Ponemos énfasis en los sistemas humanos, centralizamos la preparación de los estudiantes y graduados que siguen cursos de salud comunitaria en una preparación y actualización permanente capaz de brindarles un adiestramiento sólido en la resolución de problemas individuales y comunitarios, para promover, mantener y restituir la salud integral del individuo y los pueblos.

La Práctica Profesional en Argentina

El ejercicio de la odontología en Argentina como en otros países no es más que la consecuencia de la formación de los recursos humanos, como del modelo de atención que reproduce en la enseñanza las formas tradicionales de su práctica.

Desde comienzos del siglo el modelo de trabajo odontológico dominante en la Argentina ha sido netamente mecanicista y ha hecho un gran énfasis en la aplicación de técnicas, buscando la solución de problemas bucales.

La atención odontológica de la población ha obedecido a un paradigma que hace un marcado énfasis en los aspectos restaurativo y mutilador.

Algunos autores dicen haber observado en la década de los años 70 que más del 85% de las actividades clínicas efectuadas por los odontólogos se ubican en la etapa del “después” de la enfermedad, el 25% en la del “durante” y solamente el 10% en la del “antes de” la enfermedad.

Desde el punto de vista epidemiológico el impacto de la profesión en la salud bucal de la población argentina es poco significativa.

Los resultados de atención y la oferta de servicios no parecen haber impactado de manera importante en los indicadores epidemiológicos bucales de la población Argentina.

Diversos factores mezclados con el panorama económico vigente en el país seguramente han contribuido de manera importante en la enseñanza y práctica de la odontología, como las tendencias oficiales en cuanto a las formas de evaluación y control de las universidades en relación a los diseños curriculares y perfiles de sus egresados, que influirá en la asignación, de sus presupuestos así como las modificaciones que determinarán algunos aspectos trascendentales del ejercicio como lo son la Ley del Seguro Social, y las Normas Oficiales de Salud.

DISEÑO METODOLÓGICO

Luego de haber realizado una indagación acerca de la existencia de trabajos previos sobre la temática a abordar, se optó por un estudio de tipo descriptivo, debido a que los pocos antecedentes encontrados, tanto en la Unidad Ejecutora como en otras instituciones similares, abordan la cuestión desde un enfoque en un nivel macro, acerca de los modelos en formación de recursos humanos en salud. Por lo tanto, se requiere una primer mirada sobre la situación actual de las estrategias de enseñanza en este campo, que permita en una segunda instancia de investigación, intentar avanzar hacia una reconceptualización de las mismas desde lineamientos didácticos construidos específicamente para estas disciplinas.

Realizamos un estudio de tipo descriptivo con un enfoque cuali-cuantitativo. En el siguiente cuadro se expone sintéticamente la matriz de datos con la que se trabajó.

- **Unidad de Análisis:**

Estrategias de Enseñanza de las especialidades Clínicas en la Carrera de Odontología.

- **Variables:**

1. Supuestos Espitemológicos

- 1.1 Acerca del propio campo disciplinar

- 1.2 Acerca del aprendizaje

- 1.3 Abordaje metodológico

- **Indicadores*:**

- Definición del propio objetivo de estudio
- Organización lógica del contenido
- Contenidos seleccionados
- Relación con otras disciplinas (básicas y clínicas)
- Operación Cognitivas
- Tipos de aprendizaje
- Actividades que se realizan

- Secuenciación

* Los indicadores señalados podrán ser reformados o integrarse otros durante el transcurso de la investigación.

La recolección de información se realizó utilizando tanto fuentes primarias, tales como observación de clases y entrevistas a informantes claves, como fuentes secundarias, tales como las programaciones.

El presente trabajo persigue, mediante la constatación de la observación de la práctica con la normativa teórica sobre la preparación del odontólogo en el área de salud y prevención, explicar y comprender las causas del fracaso práctico, prácticas de la educación recibida en dicha área y elaborar lineamientos para la construcción de modelos didácticos, capaces de responder a la realidad de las prácticas y a las demandas teóricas, metodológicas, disciplinares y a las demandas sociales, vinculadas con las prácticas de actividades de prevención. Se dio cumplimiento de lo expuesto de la siguiente manera:

1- Trabajo de Campo:

Recuperación de prácticos a partir de observaciones en los niveles del sistema educativo en odontología. Las observaciones se complementaron con entrevistas abiertas y semiestructuradas a profesores, alumnos y población en general.

2- Búsqueda, selección y clasificación de elementos de la normativa teórica en textos y documentos seleccionados para la posterior constatación con el discurso teórico y las prácticas reveladas

3- Constatación crítica para la explicación e interpretación de las divergencias entre la teoría y la práctica de la prevención y las demandas que la sociedad y las instituciones educativas formulan.

- 4- Elaboración de conclusiones que permitan la construcción de lineamientos de modelos didácticos capaces de orientar el tratamiento de inserción de la prevención en el proyecto educativo general a partir de la detección de los problemas propios de la disciplina.

3- Plan propiamente dicho:

Etapas – Cronograma

Se diseñaron actividades continuas y permanentes a lo largo del desarrollo del trabajo, éstas son:

1ra Etapa – 6 meses

- Diseño del Marco Teórico Conceptual:
 - a) Teórico
 - b) de Experiencia
- Creación de fuente de datos de la temática.
- Luego como actividad de la 1ra etapa, se procedió a la búsqueda de material teórico y de experiencias.
- Análisis de la educación odontológica continua.

En la 2da y 3ra etapa se realizó un:

2da Etapa – 1 año

Trabajo de Campo con una duración de 1 año y 6 meses que incluyen las siguientes tareas:

- Delimitaciones de la muestra
- Encuestas semiestructuradas
- Observaciones – entrevistas

3ra Etapa – 6 meses

- Elaboración de Resultados
- Elaboración de Conclusiones

El estudio se llevó a cabo en la población de profesores, docentes y alumnos de las diferentes asignaturas de la Carrera de Odontología de la Facultad de Odontología de la U.N.L.P.

Integrantes de la comunidad de la zona de Melchor Romero que se acercan a los consultorios de extramuros para recibir educación para la salud y esclarecer sus dudas sobre temas relacionados a la salud bucal, por parte de docentes coordinadores y alumnos de 1° a 5° año de la Carrera, integrantes de la asignatura Odontología Preventiva y Social.

El presente trabajo consistió, mediante la constatación de la observación de la práctica con la normativa teórica sobre la preparación del odontólogo para ejercer en el área de la prevención de la salud bucal, con la intención de conocer la realidad de las demandas sociales vinculadas con las prácticas de actividades de prevención.

Este trabajo es un testimonio, ya que es producto de una línea de investigación desarrollada dentro de un mismo campo de conocimiento especializado y en contacto directo con los actores, docentes, alumnos y comunidad, con los que se estableció una dedicación sostenida.

Se inició con una fase exploratoria a través de la realización de observaciones, entrevistas en profundidad y encuestas a estudiantes de la carrera de odontología.

Se elaboraron informes de base de los temas centrales que pudieron ser indagados. Los datos fueron procesados con Epilnfo versión 6.0 (ede).

Se analizaron para cada pregunta diferencias significativas entre respuestas (prueba chi cuadrado, $p < 0.05$).

La información recogida permitió caracterizar la transición de la teoría a la práctica.

Se analizaron las encuestas a docentes y comunidad cuyos resultados deducen como indispensable para validar el perfil profesional que la comunidad necesita y quiere tener.

Las encuestas arrojaron datos para impulsar una metodología de educación permanente, como un mecanismo de dinamización y actualización permanente, por lo que decimos que todas las instancias de coordinación son

necesarias e imprescindibles para obtener una formación de recursos humanos en salud capaces de responder a las demandas de la sociedad.

**INSTRUMENTOS PARA
RECOLECCION DE DATOS**

ENCUESTAS

Encuesta a Profesores de Odontología

Es nuestra idea considerar en esta encuesta su aporte más adecuado para adquirir, elaborar, conservar y evaluar oportunamente, conocimientos y habilidades consideradas necesarias para la información formativa del individuo dentro de la carrera en el área de la prevención.

Le agradecemos la gentileza que han tenido en responder esta encuesta, muchas gracias.

DATOS:

1- Acciones de enseñanza

1.2. Indique si existe relación entre los conocimientos que Usted dicta en la materia y las nuevas concepciones de salud, a partir de la actualización de la curricula.

- Totalmente
- Parcialmente
- Escasamente
- No existe
- NS/NC

1.3. Indique si la enseñanza de prevención en el plan de estudios debe.

- Ampliarse
- Reducirse
- Mantenerse
- NS/NC

1.4. Califique el espacio concedido en el plan de estudios al área de prevención.

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- NS/NC

2- Contenidos del Programa

2.1 ¿El programa que desarrollan los alumnos de acciones preventivas está actualizado en la búsqueda de igualdad de oportunidades saludables?
Expresar su opinión

- Muy Buena
- Buena
- Regular
- NS/NC

2.2 Indique si los contenidos del programa de su materia están orientados a desarrollar una educación permanente en salud y prevención.

- Totalmente
- Parcialmente
- Escasamente
- No están orientados

2.3 Indique si los cambios curriculares que se han realizado son los adecuados para formar al profesional en la preservación de la salud y la prevención.

- Totalmente
- Parcialmente
- Escasamente
- No son adecuados
- NS/NC

2.4 Indique si los contenidos de su programa son los apropiados para dar soluciones educativas.

- Totalmente
- Parcialmente
- Escasamente
- No son apropiados
- NS/NC

3- Estrategias de Enseñanza.

3.1 Indique si la enseñanza impartida a los alumnos tiene el sentido y el alcance de un enfoque de aprendizaje ético.

- Totalmente
- Parcialmente
- Escasamente
- No tiene
- NS/NC

3.2 Indique si las estrategias didácticas que se utilizan en las clases deben

- Ampliarse
- Reducirse
- Mantenerse
- NS/NC

3.3 Indique si la planificación de sus clases tiene basamento en alguna teoría de enseñanza-aprendizaje.

- Si
- No

De responder Si:Cuál?

3.4 Indique en qué medida las estrategias metodológicas utilizadas en sus clases favorecen la construcción del conocimiento en el alumno.

Ampliamente

Poco

Escasamente

Nada

NS/NC

3.5 Indique si la metodología utilizada actualmente en la enseñanza de acciones comunitarias en salud y prevención debe:

Ampliarse

Reducirse

Mantenerse

NS/NC

4- Formación en roles sociales

4.1 Indique si la formación de los alumnos en tareas comunitarias es adecuada para lograr una retroalimentación permanente entre odontólogo – paciente.

Totalmente

Parcialmente

Escasamente

NS/NC

4.2. Indique si las técnicas utilizadas por parte de los alumnos resultan apropiados para dar lugar a un espacio de interacción, obteniendo la participación activa de la comunidad

Totalmente

Parcialmente

Escasamente

No son apropiados

NS/NC

4.3 Indique si la formación del egresado responde a la búsqueda de mejoramiento de la calidad de vida de la población

Totalmente

Parcialmente

Escasamente

No Responde

NS/NC

4.4 Indique si se debe extender hacia otras cátedras el desarrollo de programas de educación permanente en salud

- Totalmente
- Parcialmente
- Escasamente
- No se debe extender
- NS/NC

4.5 Indique si la formación del egresado es adecuada para dar soluciones en prevención

- Totalmente
- Parcialmente
- Escasamente
- No es adecuada
- NS/NC

5- Calificación del desarrollo profesional en el área de la prevención y la educación permanente.

5.1 Califique desde su rol el esfuerzo y dedicación de trabajo destinado a la prevención:

- Muy Bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- NS/NC

5.2 Califique en que medida los conocimientos impartidos en su cátedra dan solución al egresado para la resolución de problemas de la práctica preventiva

- Ampliamente
- Escasamente
- Parcialmente
- No dan solución
- NS/NC

5.3 Califique la incorporación de procesos de educación permanente, vinculados a programas de acción preventiva

- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala
- NS/NC

5.4 En qué grado considera que debe ampliarse la capacitación de los docentes para poder mejorar la educación preventiva continua de los alumnos

Mucho

Escasamente

Nada

NS/NC

Encuesta a Docentes

Su opinión en esta encuesta será apreciada para proponer cambios más adecuados en la formación continua del docente.

Agradecemos su colaboración.

Aspectos que tienen que ver con su formación como docente

- 1- Departamento al que pertenece:
- 2- Materia que dicta:
- 3- Cargo docente:
- 4- ¿Posee formación docente? SI NO
- 5- Marque con una cruz la respuesta relacionada, de responder sí ¿Qué tipo de capacitación docente ha realizado?
 - a. Carrera humanística
 - b. Carrera docente
 - c. Curso de postgrado pedagógico didáctico
 - d. Maestría
 - e. Especialización en formación pedagógica didáctica
 - f. Otros ¿Cuál?
- 6- Con respecto a su formación como docente en los aspectos sobre la prevención en salud considera que ésta debería:
 - a. Ampliarse
 - b. Reducirse
 - c. Mantenerse
 - d. NS/NC
- 7- Marque con una cruz lo que crea correcto: ¿Cuáles son los aspectos que a su criterio Usted debiera mejorar para optimizar su actividad docente?
 - a. Relación con los alumnos -----
 - b. Actualización en la formación docente -----

- c. Recursos materiales -----
- d. Tiempo de dedicación -----
- e. Mayor remuneración económica -----
- f. Otros -----

Encuesta para alumnos de Odontología

Con la respuesta a esta encuesta se pretende obtener información sobre el proceso enseñanza-aprendizaje impartido a lo largo de la carrera que ayude a proponer cambios favorables a la misma. Por lo que representa de gran importancia su opinión. Muchas Gracias.

1- Cómo calificaría, en términos generales la relación docente alumno en el transcurso de la carrera

- Excelente
- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala
- NS/NC

2- Cómo considera el abordaje de contenidos que tengan que ver con la prevención de salud bucal, en las distintas materias de la carrera:

- Excelente
- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala
- NS/NC

3- Enumere aquellas materias que a su criterio lo han formado en aspectos que tienen que ver con la prevención de enfermedades bucales.

4- A su criterio ¿Debería ampliarse a lo largo de la Carrera, la formación del odontólogo para la prevención?

SI NO

Fundamente la respuesta

.....

5- Ud. considera que para mejorar la formación del futuro odontólogo en prevención y promoción de la salud debiera:

-- Mejorar la formación y capacitación docente

-- Mejorar la formación y capacitación de los alumnos

-- Mejorar la relación docente alumno

-- Mejorar la relación paciente alumno

-- Aumentar la práctica en consultorio

-- Aumentar los contenidos conceptuales sobre el tema

-- Otros

Encuesta a la Comunidad

Lo invitamos a que nos de su opinión acerca de los distintos aspectos que tienen que ver con la relación del odontólogo y el paciente, y sobre la formación y atención de estos profesionales en su comunidad. Muchas Gracias.

1) ¿Qué opina acerca de la formación del Odontólogo, teniendo en cuenta los siguientes aspectos?:

a. Relación Odontólogo - Paciente

---- Excelente

---- Muy Buena

---- Buena

---- Regular

---- Mala

---- NS/NC

b. Conocimiento del Odontólogo sobre las tareas que realiza en la atención de la salud bucal

---- Excelente

---- Muy Buena

---- Buena

---- Regular

---- Mala

---- NS/NC

c. Contención del profesional hacia el paciente cuando realiza un diagnóstico

---- Excelente

---- Muy Buena

---- Buena

---- Regular

---- Mala

---- NS/NC

d. Información que le da el odontólogo para prevenir enfermedades bucales.

---- Excelente

---- Muy Buena

---- Buena

---- Regular

---- Mala

---- NS/NC

2) Enumere las demandas que le haría al profesional de la salud para mejorar la prevención, el cuidado y la atención de la salud bucal.

OBSERVACIONES

DOCENTE	MB	B	MALA	REG	NULA
Manejo del contenido					
Relación con los alumnos					
Motivación a los alumnos					
Guía en el planteo y desarrollo de las actividades					
Organización y orden de la clase (exposición – desarrollo – cierre)					
ALUMNO					
Motivación					
Relación con docente					
Participación (Preguntas)					
Manejo del contenido (opinión)					

RESULTADOS

**REPRESENTACIONES GRAFICAS
DE LAS ENCUESTAS**

Encuesta a Profesores de Odontología

1- Acciones de enseñanza

1.2. Indique si existe relación entre los conocimientos que Usted dicta en la materia y las nuevas concepciones de salud, a partir de la actualización de la curricula.

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Totalmente	77.3	
Parcialmente	18.2	
No existe	4.5	
Escasamente	0.0	
NS/NC	0.0	
Total	100.0	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores Adjuntos

Respuestas	%	
Totalmente	66,2	
Parcialmente	26,2	
Escasamente	4,6	
No existe	1,5	
NS/NC	1,5	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: No se observan diferencias significativas entre respuestas de Profesores Titulares y Adjuntos ($p > 0.05$)

1.3. Indique si la enseñanza de prevención en el plan de estudios debe.

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Mantenerse	55,0	
Ampliarse	41,0	
Reducirse	5,0	
NS/NC	0,0	
Total	100	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores Adjuntos

Respuestas	%	
Ampliarse	55,4	
Mantenerse	40,0	
Reducirse	3,1	
NS/NC	1,5	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: No se observan diferencias significativas entre respuestas de Profesores Titulares y Adjuntos ($p > 0.05$)

1.4. Califique el espacio concedido en el plan de estudios al área de prevención

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Muy Bueno	54,5	
Bueno	36,4	
Regular	9,1	
NS/NC	0,0	
Total	100,0	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores Adjuntos

Respuestas	%	
Muy Bueno	53,8	
NS/NC	1,5	
Regular	15,4	
Bueno	29,2	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: No se observan diferencias significativas entre respuestas de Titulares y Adjuntos ($p > 0.05$)

2- Contenidos del Programa

**2.1 ¿El programa que desarrollan los alumnos de acciones preventivas está actualizado en la búsqueda de igualdad de oportunidades saludables?
Expresa su opinión**

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Muy Bueno	50,0	
Regular	18,2	
Bueno	18,2	
NS/NC	13,6	
Total	100,0	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores Adjuntos

Respuestas	%	
Bueno	47,7	
Muy Bueno	29,2	
NS/NC	13,8	
Regular	9,2	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: No se observan diferencias significativas entre respuestas de Titulares y Adjuntos ($p > 0.05$)

2.2 Indique si los contenidos del programa de su materia están orientados a desarrollar una educación permanente en salud y prevención.

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Totalmente	72,7	
Parcialmente	22,7	
No están orientados	4,5	
Escasamente	0,0	
Total	100,0	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores Adjuntos

Respuestas	%	
Totalmente	73,8	
Parcialmente	23,1	
Escasamente	1,5	
No están orientados	1,5	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: No se observan diferencias significativas entre respuestas de Titulares y Adjuntos ($p > 0.05$)

2.3 Indique si los cambios curriculares que se han realizado son los adecuados para formar al profesional en la preservación de la salud y la prevención.

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Totalmente	59,1	
Parcialmente	31,8	
Escasamente	4,5	
NS/NC	4,5	
Total	100,0	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores Adjuntos

Respuestas	%	
Totalmente	46,2	
Parcialmente	43,1	
NS/NC	7,7	
Escasamente	3,1	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: No se observan diferencias significativas entre respuestas de Titulares y Adjuntos ($p > 0.05$)

2.4 Indique si los contenidos de su programa son los apropiados para dar soluciones educativas.

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Totalmente	68,2	
Parcialmente	31,8	
Escasamente	0,0	
Total	100,0	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores Adjuntos

Respuestas	%	
Totalmente	60,0	
Parcialmente	36,9	
Escasamente	3,1	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: No se observan diferencias significativas entre respuestas de Titulares y Adjuntos ($p > 0.05$)

3- Estrategias de Enseñanza.

3.1 Indique si la enseñanza impartida a los alumnos tiene el sentido y el alcance de un enfoque de aprendizaje ético.

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Totalmente	77,3	
Parcialmente	22,7	
Escasamente	0,0	
Total	100,0	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores adjuntos

Respuestas	%	
Totalmente	66,2	
Parcialmente	30,8	
Escasamente	3,1	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: No se observan diferencias significativas entre respuestas de Titulares y Adjuntos ($p > 0.05$)

3.2 Indique si las estrategias didácticas que se utilizan en las clases deben

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Ampliarse	68,2	
Mantenerse	31,8	
Reducirse	0,0	
Total	100,0	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores adjuntos

Respuestas	%	
Ampliarse	84,6	
Mantenerse	15,4	
Reducirse	0,0	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: No se observan diferencias significativas entre respuestas de Titulares y Adjuntos ($p > 0.05$)

3.3 Indique si la planificación de sus clases tiene basamento en alguna teoría de enseñanza-aprendizaje.

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Si	95,5	
No	4,5	
NS/NC	0,0	
Total	100,0	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores adjuntos

Respuestas	%	
Si	61,5	
No	32,3	
NS/NC	6,2	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: Se observan diferencias significativas entre respuestas de Titulares y Adjuntos ($p < 0.05$)

3.4 Indique en qué medida las estrategias metodológicas utilizadas en sus clases favorecen la construcción del conocimiento en el alumno.

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Ampliamente	81,8	
Poco	18,2	
NS/NC	0,0	
Escasamente	0,0	
Total	100,0	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores adjuntos

Respuestas	%	
Ampliamente	75,4	
Poco	16,9	
Escasamente	4,6	
NS/NC	3,1	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: No se observan diferencias significativas entre respuestas de Titulares y Adjuntos ($p > 0.05$)

3.5 Indique si la metodología utilizada actualmente en la enseñanza de acciones comunitarias en salud y prevención debe:

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Ampliarse	45,5	
Mantenerse	40,9	
NS/NC	9,1	
Reducirse	4,5	
Total	100,0	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores adjuntos

Respuestas	%	
Ampliarse	58,5	
Mantenerse	30,8	
NS/NC	9,2	
Reducirse	1,5	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: No se observan diferencias significativas entre respuestas de Titulares y Adjuntos ($p > 0.05$)

4- Formación en roles sociales

4.1 Indique si la formación de los alumnos en tareas comunitaria es adecuada para lograr una retroalimentación permanente entre odontólogo — paciente.

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Totalmente	40,9	
Parcialmente	36,4	
NS/NC	18,2	
Escasamente	4,5	
Total	100,0	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores adjuntos

Respuestas	%	
Totalmente	44,6	
Parcialmente	41,5	
Escasamente	7,7	
NS/NC	6,0	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: No se observan diferencias significativas entre respuestas de Titulares y Adjuntos ($p > 0.05$)

4.2. Indique si las técnicas utilizadas por parte de los alumnos resultan apropiados para dar lugar a un espacio de interacción, obteniendo la participación activa de la comunidad

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Totalmente	40,9	
Parcialmente	31,8	
NS/NC	18,2	
Escasamente	4,5	
No son apropiados	4,5	
Total	100,0	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores adjuntos

Respuestas	%	
Parcialmente	50,8	
Totalmente	33,8	
Escasamente	9,2	
NS/NC	4,6	
No son apropiados	1,5	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: No se observan diferencias significativas entre respuestas de Titulares y Adjuntos ($p > 0.05$)

4.3 Indique si la formación del egresado responde a la búsqueda de mejoramiento de la calidad de vida de la población

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Totalmente	59,1	
Parcialmente	22,7	
NS/NC	9,1	
Escasamente	4,5	
No responde	4,5	
Total	100,0	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores adjuntos

Respuestas	%	
Totalmente	38,5	
Parcialmente	46,2	
Escasamente	13,8	
No responde	1,5	
NS/NC	0,0	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: Se observan diferencias significativas entre respuestas de Titulares y Adjuntos ($p < 0.05$)

4.4 Indique si se debe extender hacia otras cátedras el desarrollo de programas de educación permanente en salud

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Totalmente	81,8	
No se debe extender	9,1	
Escasamente	4,5	
Parcialmente	4,5	
Total	100,0	

- Profesores adjuntos

Respuestas	%	
Totalmente	80,0	
Parcialmente	16,9	
Escasamente	1,5	
No se debe extender	1,5	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: No se observan diferencias significativas entre respuestas de Titulares y Adjuntos ($p > 0.05$)

4.5 Indique si la formación del egresado es adecuada para dar soluciones en prevención

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Totalmente	45,5	
Parcialmente	40,9	
NS/NC	9,1	
Escasamente	4,5	
Total	100,0	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores Adjuntos

Respuestas	%	
Parcialmente	50,8	
Totalmente	35,4	
Escasamente	12,3	
NS/NC	1,5	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: No se observan diferencias significativas entre respuestas de Titulares y Adjuntos ($p > 0.05$)

5- Calificación del desarrollo profesional en el área de la prevención y la educación permanente.

5.1 Califique desde su rol el esfuerzo y dedicación de trabajo destinado a la prevención:

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Muy Bueno	63,6	
Bueno	31,8	
NS/NC	4,5	
Regular	0,0	
Total	100,0	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores adjuntos

Respuestas	%	
Bueno	47,7	
Muy Bueno	41,5	
Regular	6,2	
NS/NC	4,6	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: No se observan diferencias significativas entre respuestas de Titulares y Adjuntos ($p > 0.05$)

5.2 Califique en que medida los conocimientos impartidos en su cátedra dan solución al egresado para la resolución de problemas de la práctica preventiva

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Ampliamente	86,4	
Parcialmente	9,1	
No dan solución	4,5	
Escasamente	0.0	
NS/NC	0.0	
Total	100,0	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores Adjuntos

Respuestas	%	
Ampliamente	55,4	
Parcialmente	30,8	
Escasamente	9,2	
No dan solución	3,1	
NS/NC	1,5	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: Se observan diferencias significativas entre respuestas de Titulares y Adjuntos ($p < 0.05$)

5.3 Califique la incorporación de procesos de educación permanente, vinculados a programas de acción preventiva

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Muy buena	54,5	
Buena	31,8	
Regular	9,1	
NS/NC	4,5	
Total	100,0	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores Adjuntos

Respuestas	%	
Muy buena	43,1	
Buena	43,1	
Regular	9,2	
NS/NC	4,6	
Total	100,0	

Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: No se observan diferencias significativas entre respuestas de Titulares y Adjuntos ($p > 0.05$)

5.4 En qué grado considera que debe ampliarse la capacitación de los docentes para poder mejorar la educación preventiva continua de los alumnos

- Profesores Titulares

Respuestas	%	
Mucho	68,2	
Escasamente	27,3	
NS/NC	4,6	
Nada	4,5	
Total	100,0	

Sobre 22 encuestas realizadas a Profesores Titulares

- Profesores Adjuntos

Respuestas	%	
Mucho	67,7	
Escasamente	24,6	
NS/NC	6,2	
Nada	1,5	
Total	100,0	

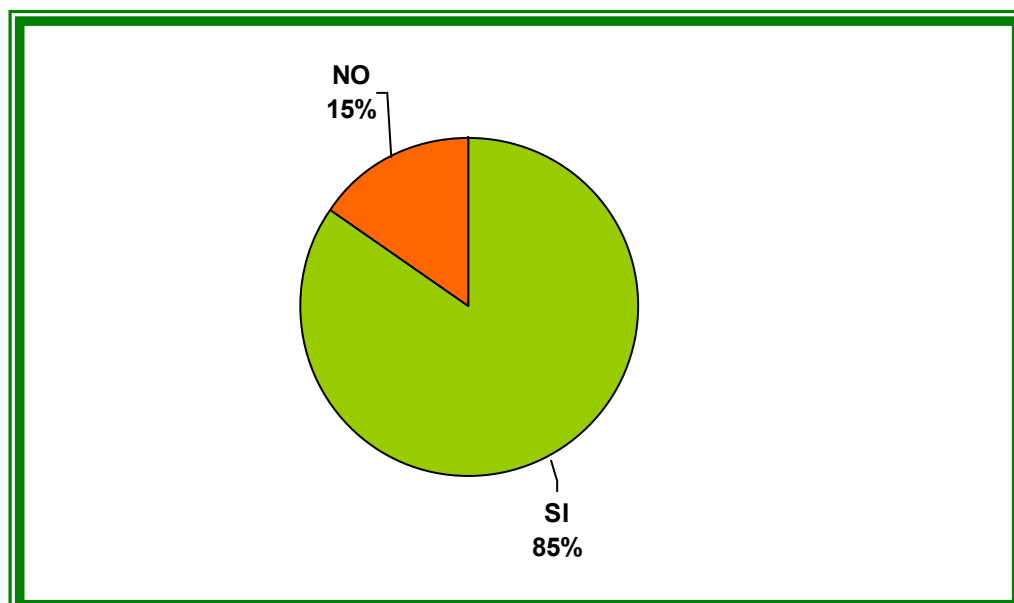
Sobre 65 encuestas realizadas a Profesores Adjuntos

Conclusión: No se observan diferencias significativas entre respuestas de Titulares y Adjuntos ($p > 0.05$)

ENCUESTA A LOS DOCENTES

Encuesta a los Docentes

1) ¿Posee formación docente?

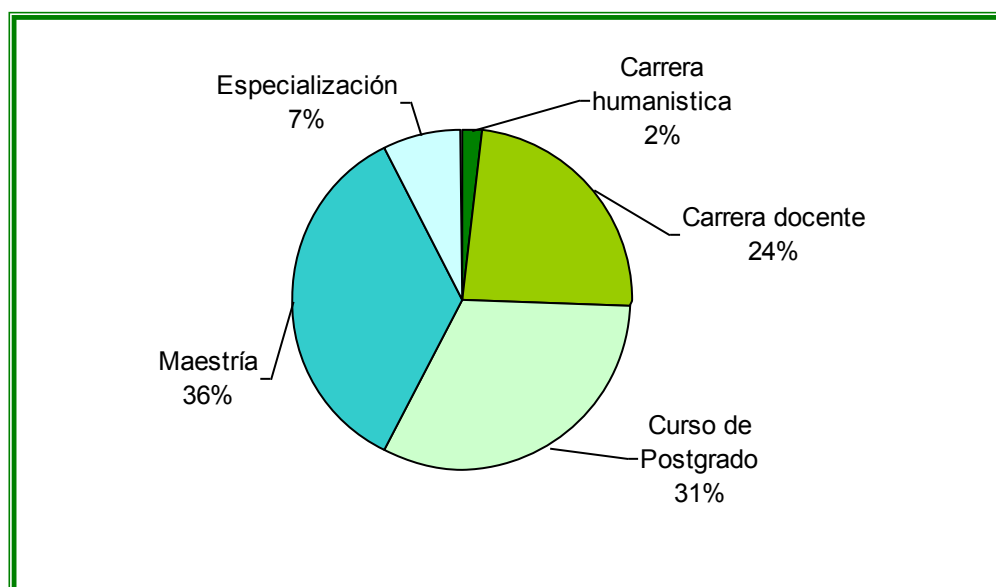


Análisis efectuado sobre 39 encuestas a los Docentes

Encuesta a los Docentes

Si posee formación docente?

¿Qué tipo de capacitación docente ha realizado?



Análisis efectuado sobre 39 encuestas a los Docentes

Encuesta a los Docentes

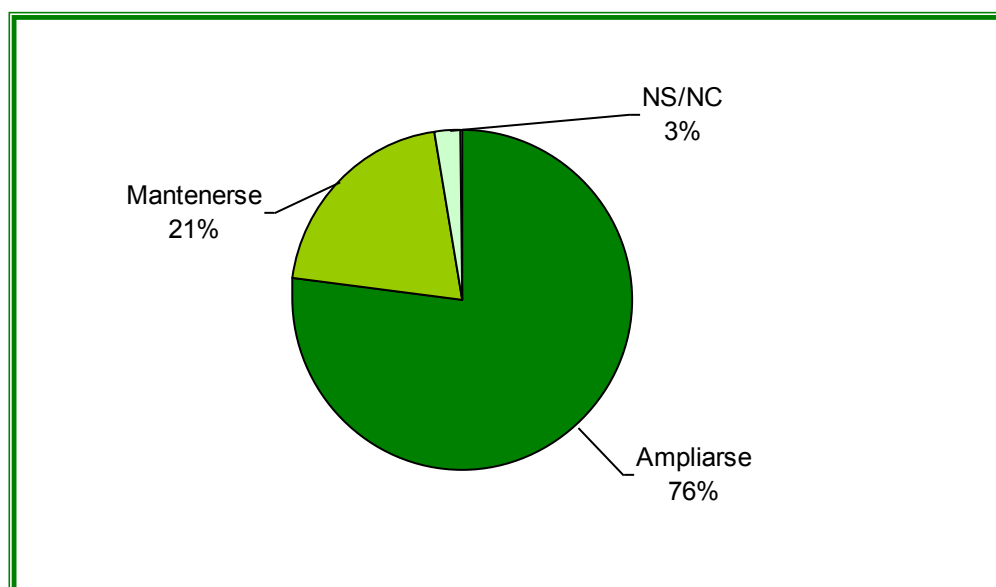
Con respecto a su formación como docente, en los aspectos sobre la prevención en salud, considera que ésta debería

Respuestas	%
Ampliarse	77%
Mantenerse	21%
NS/NC	3%
Reducirse	0%
Total	100%

Análisis efectuado sobre 39 encuestas a los Docentes

Encuesta a los Docentes

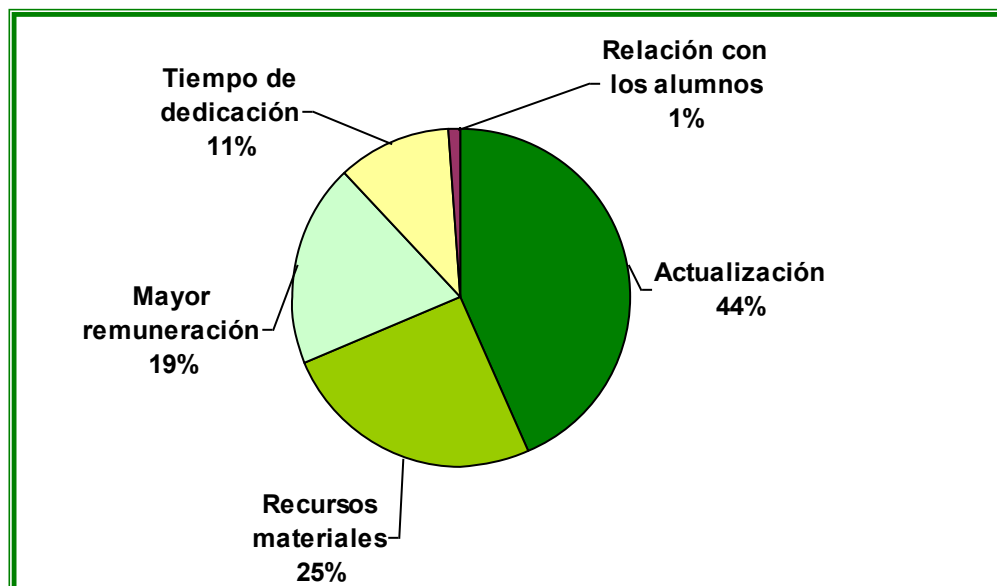
Con respecto a su formación como docente, en los aspectos sobre la prevención en salud, considera que ésta debería



Análisis efectuado sobre 39 encuestas a los Docentes

Encuesta a los Docentes

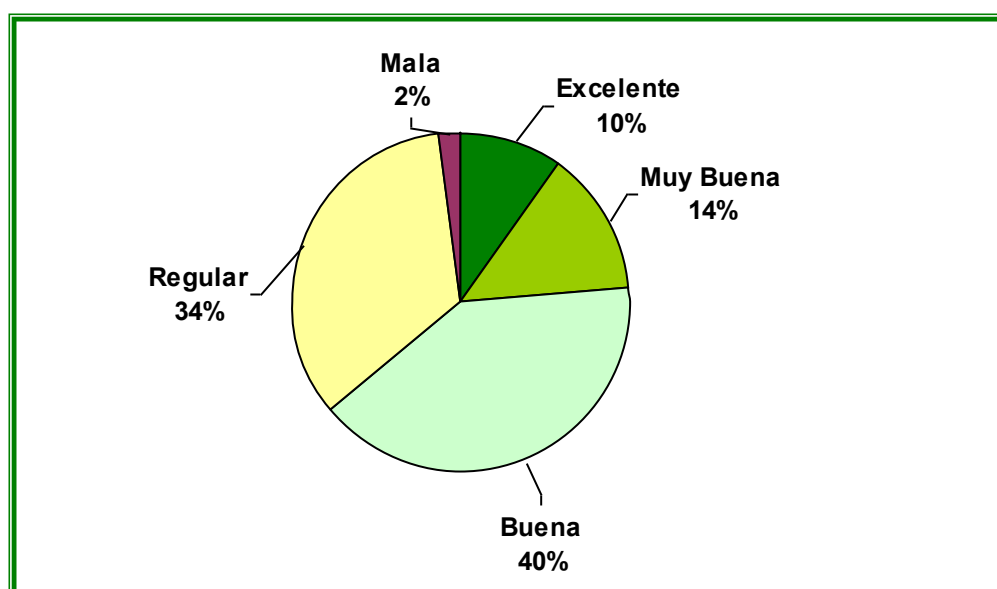
¿Cuáles son los aspectos que a su criterio Usted debiera mejorar para optimizar su actividad docente?



Análisis efectuado sobre 39 encuestas a los Docentes

ENCUESTA A LOS ALUMNOS

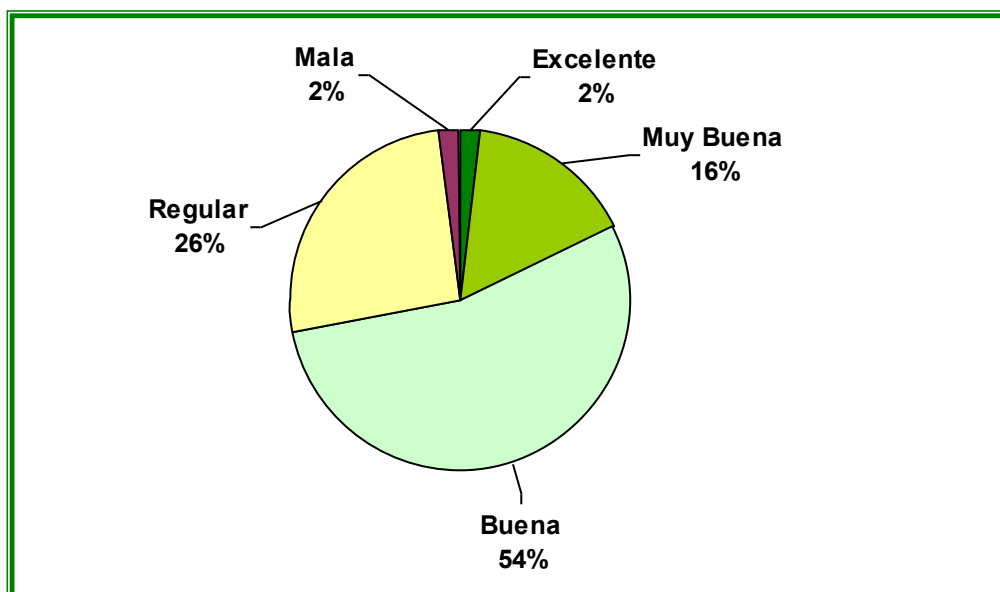
1) ¿Cómo calificaría, en términos generales la relación docente alumno en el transcurso de la carrera?



Análisis efectuado sobre 50 encuestas a los Alumnos

Encuesta a los Alumnos

2) ¿Cómo considera el abordaje de contenidos que tengan que ver con la prevención de salud bucal, en las distintas materias de la carrera?



Análisis efectuado sobre 50 encuestas a los Alumnos

Encuesta a los Alumnos

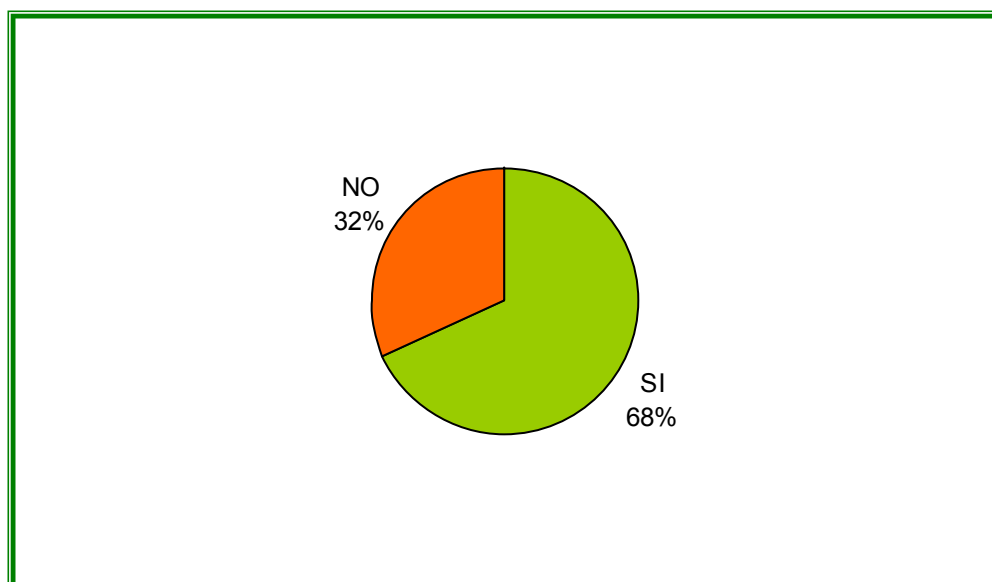
3) Enumere aquellas materias que a su criterio lo han formado en aspectos que tienen que ver con la prevención de enfermedades bucales.

Materia	%
OPS	33%
BIOLOGIA	25%
BIOFISICA	9%
PATOLOGIA	8%
BIOQUIMICA	6%
OPERATORIA	5%
PERIODONCIA	3%
HISTOLOGIA	3%
ANATOMIA	3%
RADIOLOGIA	2%
MICROBIOLOGIA	2%
CIRUGIA	2%
PSICOLOGIA	1%
Total de respuestas	100%

Análisis efectuado sobre 50 encuestas a los Alumnos

Encuesta a los Alumnos

4) A su criterio ¿Debiera ampliarse a lo largo de la Carrera, la formación del odontólogo para la prevención?



Análisis efectuado sobre 50 encuestas a los Alumnos

Encuesta a los Alumnos

4) A su criterio ¿Debiera ampliarse a lo largo de la Carrera, la formación del odontólogo para la prevención?

Fundamente su respuesta

SI, porque

Respuestas	%
Es importante para evitar en el paciente la aparición de enfermedades	75%
Porque tendríamos mejores conocimientos y así podríamos llegar mejor a la comunidad	22%
Para que cuando uno se reciba tenga verdadera conciencia preventiva y sea capaz de brindarsela a sus pacientes, ya que la prevención es la base de la salud bucal.	3%
Total	100%

NO, porque

Respuestas	%
Es suficiente la formación que se da en los 5 años de carrera	71%
Con la materia OPS ya es suficiente	21%
Es suficiente la formación que se da en los 5 años de carrera, pero necesitaría más práctica	7%
Total	100%

Encuesta a los Alumnos

5) Ud. considera que para mejorar la formación del futuro odontólogo en prevención y promoción de la salud debiera:

Respuestas	%
Aumentar la práctica en consultorio	25%
Mejorar la formación y capacitación de los alumnos	22%
Mejorar la formación y capacitación docente	19%
Mejorar la relación docente alumno	18%
Aumentar los contenidos conceptuales sobre el tema	11%
Mejorar la relación paciente alumno	6%
Total	100%

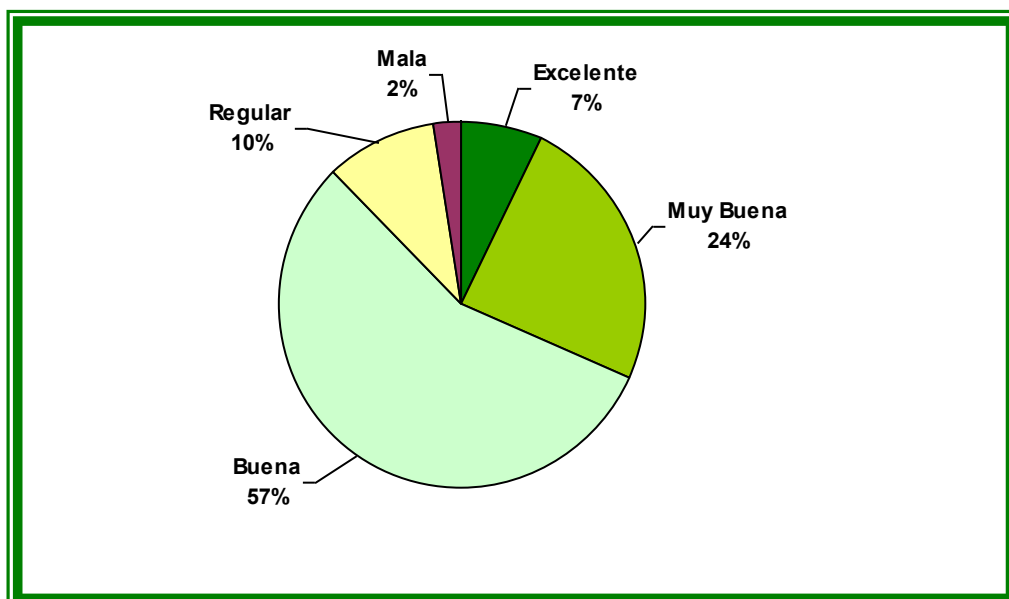
Análisis efectuado sobre 50 encuestas a los Alumnos

ENCUESTA A LA COMUNIDAD

Encuesta a la Comunidad

1) ¿Qué opina acerca de la formación del Odontólogo, teniendo en cuenta los siguientes aspectos?

a. Relación Odontólogo - Paciente

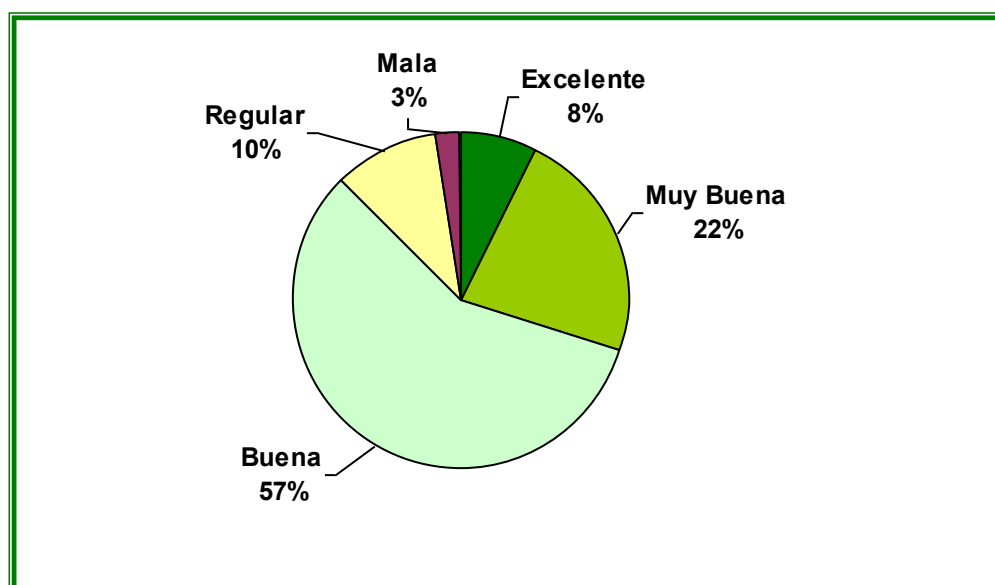


Análisis efectuado sobre 41 encuestas a la Comunidad

Encuesta a la Comunidad

1) ¿Qué opina acerca de la formación del Odontólogo, teniendo en cuenta los siguientes aspectos?

b. Conocimiento del Odontólogo sobre las tareas que realiza en la atención de la salud bucal

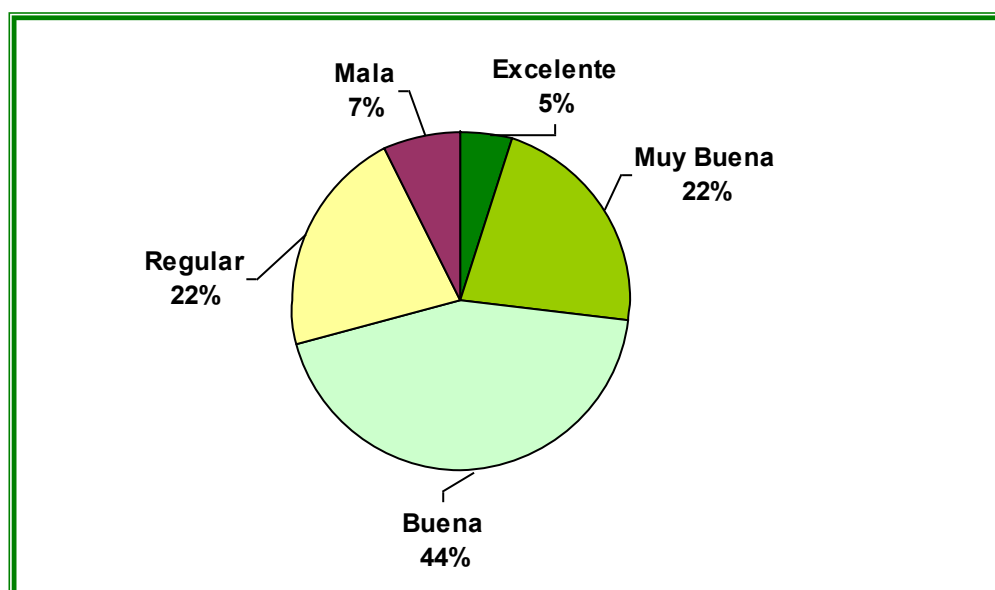


Análisis efectuado sobre 41 encuestas a la Comunidad

Encuesta a la Comunidad

1) ¿Qué opina acerca de la formación del Odontólogo, teniendo en cuenta los siguientes aspectos?

c. Contención del profesional hacia el paciente cuando realiza un diagnóstico

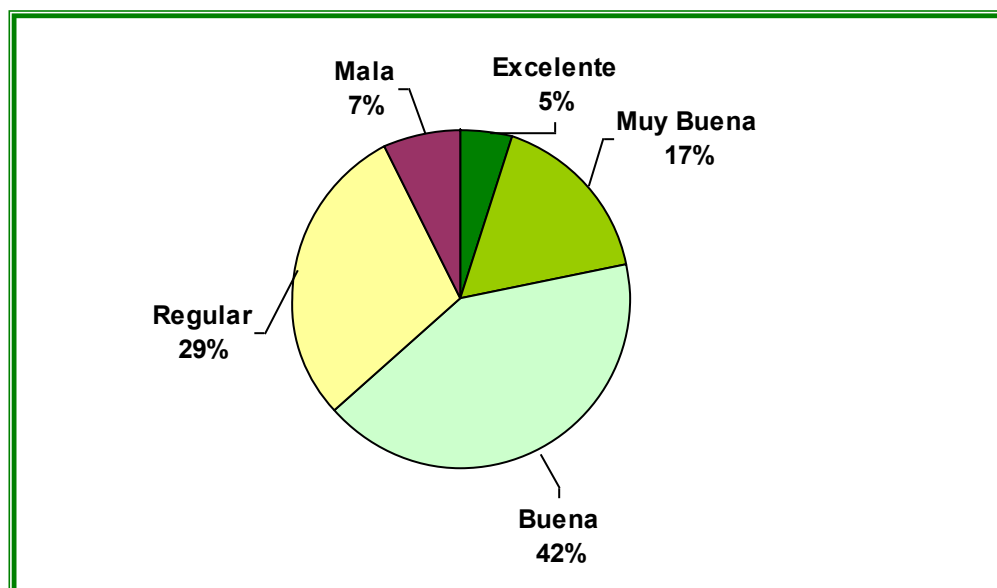


Análisis efectuado sobre 41 encuestas a la Comunidad

Encuesta a la Comunidad

1) ¿Qué opina acerca de la formación del Odontólogo, teniendo en cuenta los siguientes aspectos?

d. Información que le da el odontólogo para prevenir enfermedades bucales



Análisis efectuado sobre 41 encuestas a la Comunidad

Encuesta a la Comunidad

2) Enumere las demandas que le haría al profesional de la salud para mejorar la prevención, el cuidado y la atención de la salud bucal

Respuestas	%
Más información sobre prevención	52%
Mayor interés y contención en la atención al paciente	24%
Más lugares y horarios de atención	10%
NS/NC	10%
Honorarios más bajos	4%
Total	100%

Análisis efectuado sobre 41 encuestas a la Comunidad

Resultados de las Encuestas I

Se analizaron en total 87 encuestas, con ítems relacionados a las Acciones de Enseñanza, Contenidos del programa, Estrategias de Enseñanza, Formación en Roles Sociales y Calificación del desarrollo profesional en el área de la prevención y la educación permanente.

Las encuestas fueron contestadas por 87 Profesores de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.

Los datos fueron procesados con Epilnfo versión 6.0 (ede).

Se analizaron para cada pregunta diferencias significativas entre respuestas de Profesores Titulares y Adjuntos (prueba Chi cuadrado, $p < 0.05$).

Resultados: A continuación se presentan los resultados obtenidos, detallados según total de encuestas a los Profesionales.

Las tablas se presentan ordenadas en forma descendente según frecuencias.

- Entre los docentes encuestados el 69% opinó que existe una relación total entre los conocimientos que dicta en la materia y las nuevas concepciones de salud que contempla la currícula actualizada. Mientras que un 27,5% opina que dicha relación es parcial o escasa y apenas un 2,3% dice que no existe relación.
- En un 51,7% manifiestan que el abordaje de la enseñanza de la prevención en el plan de estudios debe ampliarse, un 43,7% dice que debe mantenerse, mientras que un 3,4% dice que debiera reducirse.
- En cuanto al espacio concedido en el plan de estudios al área de prevención, un 54% de los docentes interrogados lo califica como muy bueno, un 31% como bueno y un 9,1% como regular.
- Un 40% de los docentes entrevistados opina que en los programas, las acciones preventivas que desarrollan los alumnos, están actualizadas en la búsqueda de igualdad de oportunidades saludables de manera buena. Un

34,5% lo califica como muy bueno, un 11,5% como regular y un 13,8% no sabe y no contesta.

- El 73,6% de los docentes entrevistados dice que los contenidos del programa de la materia que dicta, están totalmente orientados a desarrollar una educación permanente en salud y prevención, un 23% dice que la orientación es parcial, y un 3,4% que la orientación es escasa o inexistente.
- Un 49,4% de los docentes entrevistados expresa que los cambios curriculares realizados para formar al profesional en la preservación de la salud y la prevención, son totalmente adecuados, un 40,2% que los cambios son parcialmente adecuados y un 6,9% que son escasamente adecuados.
- Entre los docentes entrevistados, un 62,1% manifiesta que los contenidos de su programa son totalmente adecuados para dar soluciones educativas, un 35,6% los califica como parcialmente adecuados, mientras que el 2,3% como escasamente adecuados.
- El 69% de los entrevistados considera que la enseñanza impartida a los alumnos tiene total sentido y alcance en un aprendizaje ético, un 28,7% dice que el sentido y el enfoque es parcial y un 2,3% que es escaso.
- Un 80% de los docentes entrevistados considera que las estrategias didácticas que utilizan en sus clases deberían ampliarse y un 19,5% que debiera reducirse. A su vez, un 77% de ellos considera que dichas estrategias metodológicas utilizadas en las clases favorecen ampliamente a la construcción del conocimiento en los alumnos y un 20,6% considera que dichas estrategias favorecen poco o de manera escasa.
- Al interrogar a los docentes acerca de si planifican sus clases basados en alguna teoría de enseñanza-aprendizaje, un 52,2% dijo haber dicho que si.
- Un 26,7% de los Profesores encuestados dijo no utilizar una teoría base.
- Un 55,2% del total de los encuestados dice que la metodología utilizada actualmente en la enseñanza de acciones comunitarias en salud y prevención debe ampliarse, mientras que un 33,3% dice que debiera mantenerse, sólo un 2,3% que debiera reducirse y un 9,2% no sabe y no contesta.
- De los encuestados un 43,7% considera que la formación de los alumnos en tareas comunitarias es totalmente adecuada para lograr una retroalimentación

permanente entre odontólogo – paciente, un 40,2% considera que es parcialmente adecuada, un 6,9% escasamente adecuada mientras que un 9,1% no sabe y no contesta a la pregunta.

- Un 46% de los encuestados expresa que las técnicas utilizadas por parte de los alumnos resulta parcialmente apropiadas para dar lugar a un espacio de interacción y participación activa de la comunidad. Un 35,6% dice que las técnicas usadas son totalmente adecuadas, un 8% que son escasamente adecuada, un 8% no sabe y no contesta y sólo un 2,2% dicen no ser apropiadas.
- Hubieron diferentes resultados en cuanto a las opiniones de los docentes encuestados frente al interrogante de que si la formación del egresado responde a la búsqueda de mejoramiento de la calidad de vida de la población. Un 33% de los profesores encuestados dijo que la formación del egresado responde de manera total para contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Un 30,53% de los Profesores dijo ser de manera parcial. Escasamente respondió un 8,2%, no habiendo respondido a la pregunta un 1,6%.
- Frente a la pregunta si se debe extender hacia otras cátedras el desarrollo de programas de educación permanente en salud un 80,5% respondió que totalmente, un 13,8% parcialmente, un 2,3% escasamente, también un 2,3% no respondió a la pregunta y tan solo un 1,1% que no debiera extenderse a otras cátedras.
- Un 48,3% considera que la formación del egresado es parcialmente adecuada para dar soluciones de prevención. Un 37,9% que la formación es totalmente adecuada, un 10,3% que es escasa y un 3,4% no sabe y no contesta.
- Un 47,1% califica como muy bueno su esfuerzo y dedicación de trabajo destinado a la prevención, desde su rol docente, un 43,7% lo califica como bueno, un 4,6% como regular y el mismo porcentaje (4,6%) no sabe y no responde a la pregunta.
- Un 47,7% de los docentes afirma que los conocimientos impartidos en su cátedra permiten ampliamente que el egresado de solución a los problemas de la práctica preventiva. Respondió que el aporte es parcial, un 19,1%, un 2,5%

dijo que los conocimientos no dan solución al problema en cuestión. Frente a ello un 67,8% de los encuestados considera que debiera ampliarse la capacitación de los docentes para poder mejorar la educación preventiva continua en los alumnos. Un 25,3% dijo que la ampliación debiera ser escasa, un 2,3% que no debiera ampliarse y un 4,6% no respondió a la pregunta.

Podemos decir que los docentes entrevistados, en términos generales, consideran que los cambios curriculares que se han hecho, son positivos para poder mejorar la formación de los alumnos en el área de la prevención.

Desde la práctica docente consideran que las estrategias didácticas debieran ampliarse, aunque los contenidos de los programas de la materia dicen estar totalmente orientados a una educación permanente en salud y prevención y esto favorecería a una adecuada interacción odontólogo – paciente.

Pero que la acción impartida por los docentes en la prevención debe ser compartida por las diferentes cátedras que abarcan la carrera y no estar restringida a unas pocas, para lograr un enfoque interdisciplinario de la prevención, con objetivos comunes.

Resultados de las Encuestas II

En una segunda etapa del proceso de investigación realizamos una serie de encuestas a docentes, alumnos y representantes de la comunidad de la zona de Melchor Romero que son recibidos en los centros de extensión de Extramuros del Área programática de la zona.

Con respecto a los docentes, quisimos indagar acerca de su formación y su relación con la prevención en salud; y aquellos aspectos que debieran mejorarse para optimizar su actividad y el consecuente rendimiento de los alumnos.

Los resultados obtenidos sobre un total de 39 docentes encuestados nos indica que un 85% de ellos tienen formación docente, mientras que carecen de ella un 15%.

Del total de los docentes que manifestaron estar formados en el campo de la docencia, un 67% dice haberse especializado a través de estudios de postgrado, habiendo el 36% de ellos realizado una Maestría, sin especificar que tipo.

Un 24% de ellos cursó la Carrera Docente, un 2% de ellos la Carrera Humanística, mientras que el 7% restante realizó cursos de especialización.

Los encuestados consideran que con respecto a su formación docente, en los aspectos que se vinculan con la prevención de la salud, opinan un 76% de ellos que debiera ampliarse, un 3% no contestó la pregunta.

Creer además, que para optimizar su actividad docente, un 44% sugiere mayor actualización, un 25% mayor disponibilidad de recursos materiales, un 19% mayor remuneración, un 11% mayor tiempo de dedicación y sólo un 1% refiere a mejorar la relación con los alumnos.

Se encuestaron 50 alumnos que cursan actualmente entre 4° y 5° año de la Carrera a los fines de conocer su opinión acerca de aspectos tales como: relación docente – alumno y análisis de los contenidos en prevención a lo largo de la Carrera.

Habiéndose indagado a los alumnos acerca de su opinión sobre la relación docente – alumno, un 40% de ellos la calificó como buena, un 24% como Excelente o Muy Buena, un 34% como Regular y sólo un 2% la considera Mala.

Con respecto a la opinión de los alumnos acerca del abordaje de contenidos que tengan que ver con la prevención de la salud bucal, en las distintas materias de la carrera, un 54% la califica como Buena, un 18% como Muy Buena o Excelente, un 26% como Regular y un 2% como Mala.

Ante esto, se les propuso que enumeraran las materias que a su criterio, los han formado en el aspecto de prevención: un 33% mencionó OPS, un 25% Biología, un 9% Biofísica, un 8% Patología, un 6% Bioquímica, un 5% Operatoria Dental, un 2% Histología y Embriología, Anatomía, Radiología, Microbiología, Cirugía y tan sólo un 1% Psicología. Ante esto percibimos gran heterogeneidad en las opiniones.

Es por ello que un 68% de los encuestados propone que se amplíe la formación del odontólogo en prevención a lo largo de la carrera.

Cuando debieron fundamentar la respuesta afirmativa, un 75% dijo que es importante mejorar la formación para evitar la aparición de enfermedades en los pacientes, un 22% por que esto mejoraría los conocimientos de los profesionales y su consecuente llegada a la comunidad. Mientras que un 3% para que cuando se reciban tengan verdadera conciencia preventiva ya que la prevención es la base de la salud bucal.

En cuanto al 32% que respondió que no sería necesario ampliar la formación del odontólogo en prevención, un 72% de ellos considera que la formación de los 5 años de la carrera es suficiente, un 21% dijo que los conocimientos que brinda la materia OPS son suficientes.

Un 7% comparte que la formación de los 5 años es suficiente pero se necesitarían más prácticas.

Del total de alumnos encuestados un 25% propone aumentar las prácticas en consultorio, un 22% mejorar la formación y capacitación de los alumnos. Un 19% mejorar la formación y capacitación de los docentes.

Un 18% sugiere mejorar la relación docente – alumno, un 10% aumentar los contenidos conceptuales sobre el tema y un 6% mejorar la relación paciente – alumno.

Se encuestaron además 41 representantes de la Comunidad de la zona de Melchor Romero para indagar acerca de su opinión con respecto a la formación de los odontólogos y su relación con ellos.

Habiéndoles preguntado acerca de la opinión que les merece la formación de los odontólogos con los que tienen contacto, acerca de los siguientes aspectos, se obtuvieron estos datos:

- a) Relación odontólogo – paciente: un 57% de califica como Buena, un 31% como Muy Buena o Excelente, un 10% como Regular, mientras que sólo un 2% la califica como Mala.
- b) Conocimiento del odontólogo sobre las tareas que realiza en la atención de la salud bucal: un 57% las califica como Buena, un 30% Muy Buena o Excelente, un 10% Regular y un 3% Mala.
- c) Contención del profesional hacia el paciente cuando realiza un diagnóstico: un 44% la califica como Buena, un 27% como Muy Buena o Excelente, un 22% como regular y un 7% como Mala.
- d) Información brindada por el odontólogo para la prevención de enfermedades: un 42% considera que es Buena, un 22% que es Muy Buena o Excelente, un 29% Regular y un 7% Mala.

Frente a esto se les solicitó que enumeren las demandas que harían a los profesionales de la salud bucal para mejorar la prevención, cuidado y atención de la salud bucal. Un 52% sugiere mayor información sobre prevención, un 24% mayor interés y contención de los profesionales en la atención al paciente, un 10% demanda más lugares y mayor banda horaria en la atención. Un 10% NS/NC, mientras que un 4% propone honorarios más bajos.

Esto nos permite reflexionar acerca de las demandas de docentes, alumnos y comunidad en cuanto a la formación y acción en la Prevención de la Salud Bucal.

Tanto los docentes como los alumnos demandan mayor información y recursos (materiales y económicos).

En cuanto a la comunidad, ésta demanda mayor información sobre prevención y que se optimice la relación y disponibilidad de los profesionales para con ellos.

En torno a esto creemos necesario responder a las demandas mencionadas a partir de la confección de aportes y posibles propuestas de intervención pedagógica para cubrir distintas necesidades.

Creemos que las distintas materias de la Carrera deben orientar la formación y práctica de los alumnos en prevención y no ser tema exclusivo de sólo unas pocas asignaturas.

De las conclusiones de las encuestas y las observaciones se desprende la necesidad de un sistema de educación permanente para la formación continua desde que el chico es alumno.

**RESULTADOS DE LAS OBSERVACIONES
DE CLASES**

Se realizaron 51 observaciones de clases dictadas por docentes titulares, adjuntos, jefes de trabajos prácticos y ayudantes de cátedra.

De las observaciones se desprende que los docentes con mayor rango jerárquico (Titulares y Adjuntos) tienen un muy buen manejo de los contenidos, pero no se evidencia la participación activa y motivadora del alumno.

Clases expositivas, tradicionales, con un docente activo y un alumno pasivo (en las clases teóricas); por el contrario los docentes alumnos ayudantes, muchas veces, buscaban mayor participación del alumno, interrogándolos.

Pero la relación docente alumno en general, puede ser calificada como buena aunque el alumno asume en la mayoría de los casos un rol pasivo, que muchas veces, por comodidad, no desea abandonar.

DISCUSIÓN

El análisis de educación permanente en el área de la prevención, en la formación docente en odontología, constituye un requisito ineludible. Sin embargo, no representa un campo de investigación muy desarrollado.

Nuestro estudio arroja un número representativo de datos que contribuirán a solucionar problemas, básicamente de orden práctico.

Es fundamental apropiarse del concepto de la necesidad de la educación permanente en la formación de los recursos humanos en salud bucal. Desde hace tiempo han surgido y surgen procesos de reformas curriculares que implican nuevas y diversas exigencias en los programas educativos; que apuntan a mejorar el desempeño de los profesionales odontólogos en prevención.

Davini, define a la educación permanente como un balance necesario.

Nosotros consideramos muy importante la capacitación permanente en prevención. En nuestro estudio hallamos un dato contradictorio; ya que por un lado, los docentes, manifiestan formar continuamente a sus alumnos en prevención en base a la planificación y diseño metodológico en las instancias enseñanza/aprendizaje abordadas y por otro, reclaman mayor capacitación para poder mejorar la educación preventiva. Tal vez, este dato no constituya una contradicción pura, sino una inquietud para actualizar conocimientos y tecnologías pertinentes al área de allí, que los docentes encuestados expresen, que si bien en sus programas existe una orientación en educación permanente en prevención no siempre cuentan con estrategias didácticas que le den marco y operatividad a los contenidos.

El especialista mexicano Diaz Barriga^(38,39) recupera su importancia del papel decisivo de los docentes en la construcción de alternativas permanentes en el campo educativo.

Davini, plantea un modelo formativo. El punto, es no desarrollar procesos de enseñanza contradictorios con los objetivos que se quieren alcanzar. La mayor parte de las instituciones formadoras en recursos humanos, al respecto, brindan ofertas a través de cursos, jornadas, diverso tipo de reuniones que coadyuvan a mejorar esta instancia.

Román Pérez y Díaz López refiriéndose a las reformas educativas actuales, definen como normales los aciertos y errores curriculares, en el marco de un nuevo paradigma emergente, en el que afloran ideas y prácticas nuevas que se mezclan con prácticas e ideas viejas que resultan difíciles de entender y aplicar.

En términos generales, la comunidad educativa, piensa que el espacio pertinente al área disciplinar de la prevención es adecuado.

También, expresa; la necesidad de ampliar metodologías, instrumentos, estrategias, para favorecer la interacción y participación activa de la comunidad en la construcción de planes y proyectos en prevención de la salud bucal.

Los cambios curriculares actuales tienden a mejorar la formación de los alumnos en prevención; pero, opinamos, que la acción impartida por los docentes, debe ser compartida y acordada por las diferentes asignaturas que componen la carrera y no restringirse a unas pocas. Surgen obstáculos, tales como; disponibilidad de recursos materiales, financieros, carga horaria. Estas últimas son situaciones que deben optimizarse, para que con los recursos existentes puedan concretarse las estrategias de mejoramiento atinentes a cumplimentar uno de los aspectos del perfil profesional que se persigue. Esto último, a fin de evitar las diferencias significativas, halladas en este estudio en lo que respecta a la formación del egresado, tales como carencias de actividades y falta de programas que impulsen la educación continua en las instituciones donde se encuentran muy dispersas y discontinuas, mientras los estudiantes piden mayor tiempo en prácticas preventivas.

Opinábamos en párrafos anteriores sobre la necesidad de ampliar metodologías.

La mayor parte de los docentes poseen algún tipo de especialización. Son pocos los que han realizado maestrías o carreras específicas. Los tiempos actuales requieren programas de educación permanente en salud y por ende recursos humanos específicamente preparados para encararlos a fin de cumplimentar básicamente dos objetivos:

- 1- solucionar los problemas de salud bucal de la población y

2- formar formadores.

Rovere manifiesta que pensar en salud es un recorte más o menos artificial de la realidad social en donde se desarrolla y constituye el proceso salud-enfermedad como un objeto – sujeto social históricamente construido y que los análisis de fuerza de trabajo en salud no son sino formas particulares, perspectivas de análisis, intervención en la dinámica de reproducción, transformación, de esta realidad. El desarrollo de un enfoque estratégico de recursos humanos en salud, requiere del apoyo de una formación metodológica sin la cual se reducen las posibilidades de intervención eficaz.

Los encuestados de nuestra investigación sugieren una constante actualización.

Acordamos en este ítem ya que la intervención eficaz, debe adecuarse al contexto. Al respecto, Raschke Brito Quintana, Palacios, Davini y Rovere describen procesos de reforma articulándolos con el medio social, que produce un nuevo escenario para la educación permanente involucrando nuevos desafíos y desempeños en la formación de recursos humanos en salud. Estos autores buscan, como el ...; de los entrevistados, la capacitación continua para resolver las situaciones complejas y lograr una reconversión profesional.

Rovere, estima que deben fortalecerse todas aquellas acciones de grupos sociales, que comprendiendo las profundas transformaciones que las sociedades demandan, propician la formación y educación permanente de recursos humanos en salud.

Consideramos importante la intervención de la comunidad. Esta investigación reveló distintos aspectos (relación odontólogo/ paciente – atención – contención – información). Al indagar a la comunidad los consideró como buenos. Sin embargo, surgen y surgirán demandas respecto a información sobre diferentes enfermedades, relación, disponibilidad de profesionales; entre otras cuestiones.

Estas demandas tienen su justificación en diferentes aspectos: incremento en incidencia y prevalencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS), y otras malignas que se caracterizan por manifestaciones a nivel de la

cavidad oral. Existen puntos geográficos donde la disponibilidad y relación odontólogo – paciente no es adecuada.

Acá cabe, puntualizar el rol de las instituciones formadoras. Precisamente, Foucault, distingue el rol constituyente que las instituciones tienen sobre la sociedad.

El sistema de salud actual debe encarar cambios para enfrentar de manera adecuada los problemas de salud del momento. Pero, los cambios individuales suelen no dar resultados. Se necesitan acciones conjuntas. Un eslabón de ese conjunto lo constituyen las instituciones formadoras de recursos humanos en odontología. Específicamente, en el área de la prevención, se debe tender a que los egresados sean capaces de elaborar y operativizar nuevas y eficaces estrategias para prevenir la aparición de enfermedades.

Consideramos, que existen incongruencias respecto a la práctica; hábitos no válidos; tasa de olvido e indudablemente cambios (tecnológicos, sociales, epidemiológicos, ambientales, etc). Esto, nos conduce a repensar el rol de la educación permanente en la formación docente en todos los ámbitos; entre ellos, en la prevención.

Expresa Haddad⁽⁵⁸⁻⁵⁹⁻⁶⁰⁾ respecto a EPS... “proceso permanente que promueve el desarrollo integral de los trabajadores de salud ... y el estudio de los problemas reales y cotidianos, como los instrumentos y situaciones más apropiadas para producir tal aprendizaje”.

Este concepto enlaza con el de Roschke y Casas que opinan que debe conducirse al desarrollo de un eje de integración entre la teoría y la práctica y al logro de una respuesta a la dinámica política, social y epidemiológica de determinada realidad.

Los recursos humanos en salud, específicamente en odontología, constituyen un eje central para dar lugar a esa respuesta. Los entrevistados de nuestro estudio, graduados y estudiantes, sostienen que los cambios curriculares realizados para formar al profesional en la prevención y preservación de la salud son adecuados, considerando que desde la práctica docente se ha llegado a la necesidad de desarrollar programas de educación permanente (EPS) para promover el desarrollo integral del personal de salud.

Al decir de Davini, es consenso que la educación es un proceso continuo que acompaña y atraviesa toda la vida del hombre. Este último, necesita manejarse con diversas fuentes de información acorde a la evolución de conocimientos y medios de comunicación. Necesita una capacitación continua según el contexto, cada vez más complejo. También, integrarse a distintos grupos sociales y participar en diferentes dimensiones de la vida social. Pero, las necesidades se plantean como demandas que requieren la incorporación de la EPS.

En América Latina se han planteado diversas actividades tendientes a la EPS. Ya en el año 1981, Vidal encontró una importante variación en los programas de EPS; tales como: dispersión, falta de continuidad, falta de direccionalidad, dependencia de recursos, escaso alcance. También influyen, como señalara Llorens, las características de los programas en cuanto a objetivos, contenidos, impacto.

Mejía⁽⁷⁸⁾, concibe la educación continua como “conjunto de experiencias que siguen a la formación inicial y que permiten al trabajador mantener, aumentar y mejorar su competencia para que ésta sea pertinente al desarrollo de sus responsabilidades”. “La educación inicial... no garantiza un ejercicio profesional idóneo indefinidamente ... aporta los conocimientos para continuar la educación durante toda la vida profesional....”

Deberían ampliarse estrategias didácticas que permitan orientar hacia una educación permanente en salud y prevención.

Este resultado nos hace reflexionar sobre la necesidad, desde el docente, de mantener la capacidad profesional; utilizar prácticas innovadoras y creativas; conocer los nuevos avances de la ciencia; considerar el contexto cambiante; aplicar la ética; la interdisciplina y la satisfacción de las demandas de la población en salud bucal.

Los estudiantes en su recorrido como tales y el egresado deben concientizarse de un compromiso profesional y social con las metas de salud.

De allí, que la educación permanente resulte un instrumento estratégico conducente a generar procesos innovadores a través de diferentes

prácticas. Las instituciones formadoras de recursos humanos en salud no pueden permanecer ajenas al aporte de la APS.

Respecto a la ampliación de las estrategias didácticas, pretendemos un docente que oriente y estimule. Que el estudiante pueda descubrir, a partir de la reflexión y elaboración, el saber. Apuntamos hacia la interacción de experiencias donde juegan los conocimientos, la afectividad y la psicología. En este punto nos resultan interesantes los interrogantes de Davini a través de la “pedagogía de la pregunta”: ¿Cómo hago?, ¿Qué dificultad encuentro cuando lo hago?, ¿En qué situación lo hago?, ¿Por qué lo hago de esta manera?.

La mejor manera de resolver estas cuestiones es el “pensar en grupo”, buscar fuentes de información, la teoría, la reflexión y la mejor forma de solucionar los problemas. Para este efecto, se debe propiciar en las instituciones formadoras un ámbito participativo, buena integración docente/asistencial y sólidos principios pedagógicos. Por otro lado, la programación debe darle un lugar específico a conocimientos de prevención en salud oral.

En este ítem deben utilizarse distintas fuentes de información, tomar los problemas dentro de su contexto específico, recuperar experiencias previas, tener en cuenta las características de los recursos humanos. Todo esto en función de incentivar el análisis crítico de las prácticas en prevención, por parte de los propios sujetos en formación.

Según la data recabada y nuestras experiencias un modelo de formación continua en prevención debe ser realista y factible con apoyo institucional, material, financiero del contexto, de los formadores. Con objetivos claros de formación, con un diagnóstico previo y con una consulta participativa:

- Definir conocimientos teórico-prácticos.
- Prácticas que se sustenten en determinados conocimientos.
- Datos y conceptos relacionados, no aislados.
- Diseño gráfico que muestre los contenidos y sus relaciones.
- Actividades de análisis
- Actividades de síntesis.
- Definición de planes de acción.

- Estrategias y medios educativos (Módulo, observaciones, tutorías, observaciones hacia la comunidad, aprendizaje basado en la experiencia, información y debate, etc.)
- Identificar criterios de evaluación.
- Elaborar indicadores de evaluación.

En estos tiempos la educación permanente se transforma en un instrumento estratégico para: instaurar programas y acciones en los servicios de salud; responder a las demandas de la comunidad; reorientar políticas en salud bucal; enfrentar cambios a corto y largo plazo en salud.

Por otra parte contribuiría a eliminar: limitaciones en el proceso de enseñanza; viejos conocimientos que no responden al acelerado progreso de la ciencia y la tecnología y a recuperar conocimientos y destrezas viables pero olvidadas.

CONCLUSIÓN

En este estudio investigamos sobre la manera en que el proceso de enseñanza aprendizaje está efectuándose de forma apropiada para la formación del odontólogo, que le habilite a ejercer su función en el área de la prevención, sustentada por una educación permanente como estrategia de intervención pedagógica.

Los actuales problemas en salud exigen cambios con posibles soluciones y propuestas para identificar las necesidades y responder más adecuadamente a ellas.

Iniciamos una fase exploratoria a través de observaciones, entrevistas en profundidad y encuestas a estudiantes de la Carrera de Odontología, profesores, docentes y comunidad, con los datos recogidos elaboramos informes de base de los temas centrales que fueron indagados.

La información recogida una vez que fue procesada arrojó datos para validar el perfil profesional que la comunidad necesita y quiere tener.

En este sentido desarrollamos la tarea con diagnóstico de capacitación en la formación odontológica.

Respecto a los conocimientos que el docente dicta en la materia, y las nuevas concepciones de salud que contempla la curricula actualizada, en su mayoría expresa que existe relación.

Referente a la formación del odontólogo para ejercer en el área de la prevención podemos concluir que el mayor porcentaje manifiesta que el abordaje de la enseñanza de la prevención en el plan de estudios debe ampliarse.

En cuanto al espacio concedido en el plan de estudios al área de prevención el mayor porcentaje lo califica como muy bueno.

En lo que respecta a los programas, las acciones preventivas que desarrollan los alumnos, están actualizados en la búsqueda de igualdad de oportunidades saludables, el mayor porcentaje califica como muy bueno.

Los cambios curriculares realizados para formar al profesional en la prevención y preservación de la salud, el mayor porcentaje califica que son totalmente adecuados.

En lo que respecta a los contenidos del programa que dictan los profesores, están orientados a desarrollar una educación permanente en salud.

En cuanto a la metodología utilizada actualmente en la enseñanza de acciones comunitarias en salud y prevención debe ampliarse.

Las técnicas utilizadas por parte de los alumnos resultan parcialmente apropiadas para dar lugar a un espacio de interacción y participación activas de la comunidad.

Se encontraron diferencias significativas en lo que respecta a la formación del egresado, si responde a la búsqueda de mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Se debe extender totalmente hacia otras cátedras el desarrollo de programas de educación permanente en salud.

En lo que respecta a la formación del egresado, para dar soluciones en prevención se considera parcialmente adecuada.

El esfuerzo y la dedicación de trabajo en prevención es muy buena.

En términos generales los cambios curriculares son positivos para mejorar la formación de los alumnos en el área de la prevención.

Desde la práctica docente consideran que las estrategias didácticas debieran ampliarse, aunque los contenidos de los programas de las materias dicen estar totalmente orientados a una educación permanente en salud y prevención.

La acción impartida por los docentes en la prevención debe ser compartida por las diferentes cátedras que abarcan la carrera, y no estar restringida a unas pocas.

Con respecto a la formación docente en su mayoría, poseen alguna especialización y pocos realizaron maestrías, otros poseen carrera docente. Los aspectos que los vinculan con la prevención de la salud piden que debieran ampliarse.

Para optimizar la actividad docente sugieren mayor actualización, mayor disponibilidad de recursos materiales, mayor remuneración, mayor tiempo de dedicación y muy pocos se refieren a mejorar la relación con los alumnos.

Las encuestas a los alumnos de 4° y 5° año de la carrera de odontología arrojaron los siguientes resultados:

- Sobre la relación docente-alumno, la mayoría calificó buena.

- Los contenidos que tienen que ver con la prevención de la salud bucal en las distintas materias de la carrera la mayoría califica buena.
- Las materias que los formaron en el aspecto de prevención, se mencionan OPS, Biología, Biofísica, Patología, Bioquímica, Operatoria Dental, Histología y Embriología, Anatomía, Radiología, Microbiología, Cirugía, Psicología; observamos en este ítem que las respuestas de opiniones son muy diversas.

Se propone que se amplíe la formación del odontólogo en prevención a lo largo de la carrera, que se aumenten las prácticas de consultorio, para mejorar la formación y capacitación de los alumnos y docentes.

En cuanto a la respuesta de la comunidad sobre su opinión por la formación de los odontólogos y su relación con ellos, tenemos las siguientes conclusiones:

- a) Relación odontólogo-paciente la mayoría dice Buena.
- b) Conocimiento del odontólogo sobre las tareas que realiza en la atención de la salud bucal: la mayoría dice Buena.
- c) Contención del profesional hacia el paciente cuando realiza un diagnóstico, dice Buena.
- d) Información brindada por el odontólogo para la prevención de enfermedades, la mayoría considera Buena.

Para mejorar la prevención, cuidado y atención de la salud bucal se observa la sugerencia de mayor información sobre prevención, a nosotros nos permite reflexionar sobre las demandas de docentes, alumnos y comunidad respecto a la formación y acción en la prevención de la salud bucal, hay demandas de mayor información y recursos.

La comunidad requiere más información sobre Prevención, y que se optimice la relación y disponibilidad de los profesionales para con ellos. En torno a este escenario creemos necesario dar una respuesta posible a las demandas, sobretodo, una educación permanente y continua desde los comienzos de la carrera.

Tanto los docentes como los alumnos demandan mayor información y recursos (materiales económicos).

En cuanto a la comunidad, ésta demanda mayor información sobre prevención y que se optimice la relación y disponibilidad de los profesionales para con ellos.

En torno a esto creemos necesario responder a las demandas mencionadas a partir de la confección de aportes y posibles propuestas de intervención pedagógica para cubrir distintas necesidades.

Creemos que las distintas materias de la Carrera deben orientar la formación y práctica de los alumnos en prevención y no ser tema exclusivo de sólo unas pocas signaturas.

De las conclusiones de las encuestas y las observaciones se desprende la necesidad de un sistema de educación permanente para la formación continua desde los comienzos de la carrera.

Las observaciones y entrevistas realizadas en algunas facultades de odontología, arrojaron datos para llegar a las siguientes conclusiones.

Indagamos respecto a que se está haciendo en relación con los cambios que se definen en la sociedad, cuál es el comportamiento de los perfiles profesionales ante dichos cambios, y qué tareas de extensión se realizan.

- La Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo (Mendoza), se encuentra en nuevos procesos y proyectos en curso, y nuevas condiciones institucionales, la mayoría de los proyectos de apoyo a los procesos de reforma cuentan con componentes específicos de capacitación, a través de una formación continua de capacitación docente. Poca tarea de extensión la que se espera ampliar.
- Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Rosario, reconocen y contextualizan los nuevos desafíos de la educación permanente, constantemente evalúan procesos de aprendizaje para ejercer en el área de prevención, escasa tarea de extensión.
- Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, incluyen actividades prácticas de integración

odontológica, como cursos de postgrado en forma continua, se evalúa la formación para ejercer en áreas de prevención, escasa tarea de extensión.

- Facultad de Odontología Universidad Nacional de Buenos Aires, mucha tarea de extensión, no salen alumnos de los primeros años, poseen cursos para prepararse en tareas de prevención y extensión, los alumnos reclaman más prácticas.
- La Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, presenta cursos de post grado en forma permanente, cursos para alumnos obligatorios y optativos en forma continuada todo el año desde que aspirante es alumno. Tareas de extramuros con alumnos de 1° a 5° año de la carrera.
- La Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, si bien se reconoce de pocos años de antigüedad, desarrolla continuamente cursos de capacitación continua del docente. El alumno recibe formación para su ejercicio en el área de la prevención, tienen salidas extramuros con poca frecuencia y mínimo de alumnos y de horas. Notamos preocupación por otorgarle al estudiante una formación de mayor calidad en prevención.
- La Facultad de Odontología de la ciudad de Barcelona realiza formación continua de los docentes con cursos de post grado y otros. Están en vías de implementar mayor preparación para ejercer en áreas de prevención.

Si bien existen diferencias en algunos aspectos, podemos concluir que en todas las unidades académicas a través del tiempo se elaboraron y elaboran planes de mejoramiento al respecto.

Según los datos arrojados por las observaciones de clase a docentes, titulares, adjuntos, jefes de trabajos prácticos y ayudantes de cátedra, se desprende que docentes con mayor rango jerárquico, tienen buen manejo de los contenidos de la materia, pero no hay evidencia de participación activa y

motivadora del alumno, se observa un docente activo y un alumno pasivo (en las clases teóricas), mientras que los docentes alumnos, ayudantes, buscan mayor participación del alumno interrogándolos.

La relación docente-alumno es buena, aunque el alumno asume en la mayoría de las veces una actitud pasiva, que por comodidad no desea abandonar.

Nosotros decimos que todas las instancias de coordinación son necesarias e imprescindibles para obtener una formación de recursos humanos en salud bucal capaces de responder a las demandas de la sociedad.

Los docentes manifiestan conformidad para formar y capacitar a los alumnos, y por otro lado solicitan ampliación de la capacitación docente para mejorar la educación preventiva en los alumnos.

Este trabajo es un testimonio, ya que es el producto de una línea de investigación desarrollada dentro de un mismo campo de conocimiento especializado y en contacto directo con los actores, docentes, alumnos y comunidad con los que establecimos una dedicación sostenida.

La comunidad sugiere para mejorar la prevención, que el profesional debe adquirir mayor información en el área de la prevención, el estudiante pide mayor tiempo en prácticas preventivas.

No hemos observado actividades suficientes que impulsen la educación permanente en las instituciones, faltan programas que activen la educación permanente y permitan el desarrollo de acciones educativas, si las hay se encuentran muy dispersas y discontinuas, desinformación y falta de interés para la recuperación de conocimientos olvidados.

Nos resulta evidente impulsar en esta conclusión una metodología de educación permanente, como un mecanismo de dinamización y actualización continua y una ampliación de estudios en los programas de prevención en la formación del estudiante de odontología.

BIBLIOGRAFÍA

1. A.F.O.R.A. Asociación de Facultades de Odontología de la república Argentina. Curso sobre: Educación Dental. Buenos Aires, 1996.
2. Aebli H. Doce formas básicas de enseñar. Madrid, Narcea, 1988.
3. Alba A. De: Evaluación de la congruencia interna de los planes de estudio. Cuadernos del CESU, N° 4, México, CESU – UNAM , 1986.
4. Alba A. De: Teoría y educación. En torno al carácter científico de la educación. CESU. UNAM, 1990.
5. Albornoz (O). La Universidad Latinoamericana: La crisis del desarrollo. ILDIS. Santiago de Chile. 1971.
6. Alma – Ata: Reaffirmed at Riga. Declaración emanada de la reunión From Alma – Ata to the year 2000: a midpoint perspective, convocada por la OMS en Riga, URSS del 22 al 25 de marzo de 1988.
7. Ander – Egg Ezequiel. Técnicas de investigación social. Ed. Cic Editor, 1980.
8. Apple MW. Ideología e curriculum, São Paulo. Ed. Brasiliense, 1982.
9. Ausubel D. Educational Psychology: Cognitive View. New York, Ed. Holt, Rimehart and Winston, 1968.
10. Barco S. Lecturas en torno al debate de la didáctica y la formación de profesores. Antologías de la ENEP – Aragón 38. México, Aragón, 1988.
11. Barrant A. Apoyo Social. Aspectos teóricos y aplicaciones. Editorial Siglo XXI. Madrid, 1988.
12. Berger y Luckman. La construcción social de la realidad. Edit. Amorrartu. Buenos Aires, 1977.
13. Bertrand Alvin. Social Organization: A General Systems and Role Theory Perspective. Arlington Heights, Illinois: AHM Publishing Corporation, 1972, p.6.

14. Bibeau J; Pedersen D. y Puentes C. Documento de referencia para el grupo de trabajo estilos de vidas y sistemas culturales. Washington, D.C., OPS/HSP, setiembre 1985.
15. Breilh J.; Granada E. Estudios de los recursos humanos para la práctica odontológica en el Ecuador. Rev Salud Problema. México 1979: (18) Segunda Época.
16. Brito Pedro; Mercer Hugo; Vidal Carlos: Educación permanente en Salud, un instrumento de cambio. OPS/OMS. México, 1988.
17. Bronfenbrenner U. La Ecología del desarrollo humano. Barcelona, Piados. 1987.
18. Brummer José. Educación superior en América Latina. Cambios y desafíos. Chile: Fondo de cultura Económica de Santiago de Chile. 1990 III. P (53-133).
19. Bruner Jerome. Hacia una teoría general de la instrucción. México, E. Uteha, 1966.
20. Bruner J J. Universidad y Sociedad en América Latina. CRESALC/UNESCO. Caracas. 1985.
21. Cano Daniel. La Educación Superior en la Argentina. Flasco – CREAPC –UNESCO, G. Editor Latinoamericano, P.(23-27).
22. Carr W.; Kemmis S. Teoría crítica de la enseñanza. Barcelona. Ed. Martínez, Roca, 1988.
23. Castel Robert. La metamorfosis de la cuestión social. Ed. Piados, Bs. As. 1995.
24. Cinter for / oit: Calidad de la formación profesional. Montevideo, Uruguay, 1987.
25. Cirigliano G, Villaverde A. Dinámica de grupos y Educación: fundamentos y Técnicas. Ed. Humanitas 4º Edición 1971 Bs. As. Arg.

26. Clifford Margaret. Enciclopedia Práctica de Pedagogía. Barcelona. Ediciones Océano, 1982.
27. Coll C. Psicología y currículo. Barcelona, Laia. 1987.
28. Conde Susana. Salud comunitaria. Editorial espacio. Bs. As., 1998.
29. Coombs P. y otros. Diagnóstico y perspectivas de la educación superior en México. México, Fondo de Cultura Económica, 1991.
30. CPPS/OPS. Formulación de políticas de salud. Santiago de Chile, CPPS/OPS 1975.
31. Czeresnia Dina y Machado de Freitas Carlos. (Organizadores). Promoción de la salud: Conceptos, reflexiones, tendencias. Editorial Lugar. Pág.22, 1ra. Ed. 2006.
32. Davini María C. Bases conceptuales y metodológicas para la Educación permanente del Personal de Salud OPS/Argentina. Publicación N° 19, 1989.
33. Davini María Cristina. La formación docente en cuestión: política y pedagogía. Piados. Cuestiones de Educación. Buenos Aires, 1996.
34. Davini María Cristina. Educación Permanente en salud. Serie Paltex N° 38. 1995. Pág. 29-40-43.
35. De Alba A. Currículum: crisis, mito y perspectiva. Miño y Dávila Editores. 1995 Bs. As.
36. Derrida J. Universidad sin condición. Madrid, Minima Trotta, 2002.
37. De Souza Minayo María Cecilia (organizadora), Ferreira Deslandes Suely, Cruz Neto Octavio, Gómes Romeo. Investigación Social. Teoría, método y creatividad. Talleres Gama producción Gráficos SRL, Avellaneda, Buenos Aires, julio 2004.
38. Díaz Barriga Ángel. Didáctica y currículum. México, Ed. Marimar, 1983.

39. Díaz Barriga Ángel. Docente y programa: Lo institucional y lo didáctico. Rei Argentino S.A. – Aique Grupo Editor S.A. Pág. 6. 1996.
40. Diccionario de las Ciencias de la Educación. 1983. Ed. Santillana.
41. Dieguez A J. Diseño y Evaluación de proyectos de intervención socioeducativa y trabajo social comunitario. 1º Edición. Ed. Espacio. Bs. As.
42. Doring Wundt. En VV.AA Enciclopedia internacional de Ciencias Sociales. Madrid: Aguilar. 1962.
43. Eisner EW. Procesos cognitivos y currículum. Barcelona, Martínez Boca. 1987
44. Escudero JM. La formación permanente del profesorado. Revista de educación. Nro. 217. Setiembre-Diciembre 1998.
45. Etkin J.; Schuarstein L. Identidad de las organizaciones. Buenos Aires. Ed. Paidós, 1989.
46. Fernández Lamarra Norberto. Educación superior y calidad en América Latina. Talleres Gráficos Edge Premedia. Buenos Aires, Argentina, junio 2007.
47. Foucault Michel. Genealogía del Racismo Bs. As.. Edit. Altamirano 1992. Pág. 15-16.
48. Gagné Robert. Condiciones del aprendizaje. Buenos Aires, Aguilar, 1970.
49. Galtung J. Teoría y métodos de la Investigación Social. (Tomo I, p.3). Buenos Aires. Edit. Eudeba, 1968.
50. García – Valcarcel Ana (coord.). Didáctica universitaria. Madrid, La Muralla, 2001.
51. García Guadilla (C). Educación Superior en América Latina. Cortez Editora. Sao Paulo. 1989.

52. García P., San Martí, N. Las bases de orientación: un instrumento para enseñar a pensar teóricamente en biología. Alambique, 1998.
53. Gimeno Sacristán J., Pérez Gómez A. Comprender y transformar la enseñanza. Ed. Morata 1997 Madrid.
54. Giner de los Ríos F. Pedagogía universitaria. Madrid, 1906.
55. Giroux H. Hacia una nueva sociología del currículo (Antología). México, Parrúa, UNAM, 1988.
56. Gixio Cecilia. Enseñar a aprender: construir un espacio colectivo de enseñanza-aprendizaje. Ediciones Homo Sapiens. 7º Ed. Rosario, 2005
57. Guilbert J.J. Guía Pedagógica. Ginebra, OMS, 1977.
58. Haddad J.Q. Las necesidades de intervención y el monitoreo de los procesos educativos. En: Haddad, J.Q. Rosechke, M.A; Davini M.C. (ed) Educación permanente de personal de salud. Serie desarrollo de recursos Humanos Nro. 100 OPS/OMS Washington, D.C. 1994.
59. Haddad J; Mojico, MJ; Chang, M. Proceso de Educación permanente en salud. In: Educación Médica y salud, Vol 21 N° 1, 1987.
60. Haddad J; Roschke, M A; Davini, M C. Proceso de trabajo y educación permanente de personal de salud; reorientación y tendencias en América Latina. En: Educación Médica y Salud; Editores. Vol 24 N° 2, 1990. Pág. 40-50.
61. Hernández Fernando; Sancho, Juana M. Para enseñar no basta la asignatura. Barcelona, Piados, 1993.
62. Hilgard E. Teorías del aprendizaje. México, Editorial Fondo de Cultura Económica, 1952.
63. Hill Winfred. Teorías contemporáneas del aprendizaje. Barcelona, Piados, 1963.
64. Ibarra E. (coord.): La universidad ante el espejo de la excelencia. México, Universidad Autónoma Metropolitana. Izrapalapa, 1993.

65. Irigoien Barrenne M.E.; Vargas F. Competencia laboral. Manual sobre conceptualización y aplicaciones en el sector salud. OPS/OMS – CINTERFOR Montevideo, 2002.
66. Karl Marx. La lucha de clases en Francia. Buenos Aires: Anteo, 1983.
67. Kornblit Ana Lía; Méndez Diz, Ana María: La Salud y la Enfermedad: Aspectos Biológicos y Sociales. Bs. As. Ed. Aique, 2000.
68. Kornblit A. Culturas juveniles. Instituto de investigaciones Gino Germani /oficina de publicaciones CBC. Universidad de Buenos Aires, 1996.
69. Lafourcade P. “Planeamiento, conducción y educación en la enseñanza superior” Ed. Kapeluz Bs As. Arg.
70. Lafourcade Pedro. Planeamiento, conducción y evaluación en la enseñanza superior. Bs. As. Kapeluz 1974.
71. Lapassade G. Grupos, organizaciones e instituciones. Barcelona, Ed. Gedisa, 1977.
72. Leavell H y Clark, E.G. Medicina Preventiva. Río de Janeiro: Editora Megraw do Brasil / Mec. 1976.
73. Litwin Edith. Las configuraciones didácticas una nueva agenda para la enseñanza superior. Paidós Educador. 3ra Edición. Buenos Aires, 2005.
74. Llorens José A. Educación permanente en Salud. Posibilidades y limitaciones. In: Educación Médica y salud, Vol 20 N° 4, 1986. Págs. 35,38,40.
75. López Segresa Francisco. Escenarios Mundiales de la educación Superior. Consejo Latino Americano de Ciencias Sociales. FLACSO, 2006.
76. Lucarelli Elisa (comp), Neopammeschi, Abal de Hevia Isabel, Donato María, Finkelstein Claudia, Faranda Claudio. El asesor pedagógico en la Universidad de la teoría pedagógica a lo práctico en la formación. Paidós Educador SAICF, Buenos Aires, 2004.

77. Martínez M.; Romaña, T y Gros, B. The problem of training in higher education, en Higher education in Europe, Vol XXIII, n.4 1998, pp483-495.
78. Mejía Alfonso. Educación permanente de personal de Salud en la región de las Américas. Fascículos I al VIII. Serie Desarrollo de recursos Humanos, Nos. 78 a 85. Pág. 17-32.
79. Minujin A. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad Argentina, Cap I. “Transformaciones en la estructura social argentina”, UNICEF – Losada, Bs.As., 1993.
80. Minujin A.; Kessler G (comps): La nueva pobreza en la Argentina. Cap Cayéndote – Cayéndose, Editorial Planeta, Bs. As., 1995.
81. Mollis MC. (copiladora), Rodríguez Roberto, García Cuadilla C., Rodríguez Gustavo, Leite Denise. “Las universidades en América Latina. Reformadas o alteradas”. Editorial Clacdsó 2003.
82. Motta PR. Desempeño en equipos de salud. OPS – FGU, Río de Janeiro, 2001.
83. Nicastro Sandra, Andreozzi Marcela. Asesoramiento Pedagógico en acción. Paidós. Buenos Aires, enero 2006.
84. OPS. Planificación de Recursos Humanos en salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96, Washington D.C. 1993.
85. OPS/OMS. El desafío educativo en las reformas sectoriales: cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo de salud. Grupo de trabajo sobre Evaluación de la Capacitación en Salud. Programa de Desarrollo de RRHH, Julio 1998.
86. Organización Panamericana de la salud: Promoción de la salud: una antología. Publicación Científica Nro. 557.
87. Ortega y Gasset J.: Misión de la Universidad. Madrid, Alianza Editorial, 1930.

88. Paim JS y Almeida Filho, N de. A crise da Saude Publica e a Utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.
89. Pérez Gómez A. Reforma curricular y formación del profesorado. En A. Alvarez, Psicología y Educación, Madrid, Visor. 1987.
90. Pérez Lindo A. El currículum Universitario frente a los cambios en los sistemas de ideas y creencias. Memceo. Buenos Aires, 1995.
91. Pérez Lindo Augusto. Evaluación del rendimiento de las universidades. Propuesta Educativa 2(2): 25-30, mayo 1990.
92. Prieto Castillo D. Autodiagnóstico comunitario e Institucional. Ed. Humanitas. Bs. As., 1988.
93. Prieto Castillo Daniel. Educar con sentido, apuntes para el Aprendizaje. EDIUNC. Editorial de la Universidad Nacional de Cuyo. 3ra Edición. Enero 2000.
94. Promoção da Saúde. Conceitos, reflexões, tendencias. Río de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.
95. Puentes Markides C. La factibilidad sociocultural de los productos de desarrollo en salud. OPS/OMS, HSP, 1991, mimeo.
96. Quintanilla Miguel A. La misión y el gobierno de la Universidad abierta, en Revista de Occidente, n 216, 1999 pp117-146.
97. Rama Claudio. La tercera reforma de la educación superior en América Latina. Talleres Gráficos. Nuevo Offset. Buenos Aires, 2006.
98. Ramón Pérez Martiniano; Díaz López Elisa. Aprendizaje y Curriculum. 6ta. Edición 2000. Editorial Novedades Educativas. Bs. As. México. Pág. 25-74.
99. Raschke, María Alice; Brito Quintana Pedro E; Palacios María Amelia. Gestión de proyectos de educación permanente en los servicios de salud. Edit. Organización panamericana de la salud, 2002 – Washington. Pág. 42-43-44.

100. Raschke, María Alice; Casas María Eugenia. Educación Médica y salud. Vol. 21 N° 1, 1987. Págs. 80-97.
101. Rovere Mario R. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. 20037, EUA 1993. Pág. 10-34-50.
102. Ruiz de Pinto L. Evaluación. Revista de posgrado de la VIa Cátedra de Medicina Nro. 118. Agosto de 2002.
103. Sacristán G. El currículum, una reflexión sobre la práctica. Madrid, Ed. Morata, 1988.
104. Saenz Farero F. Tendencias de la educación Odontológica en América Latina, 1997.
105. San Martí N. Evaluación en el área de Ciencias. En Medicina, A et al (eds) Evaluación de los procesos y resultados del aprendizaje de los estudiantes. Madrid: UNED, 625-660, 1998.
106. San Martí Yorba. Autorregulación de los procesos de aprendizaje y construcción del conocimiento. Alambique, 1995.
107. Santos Guerra MA. La evaluación, un proceso de diálogo, comprensión y mejora. Ed. Aljibe, España 1995.
108. Sauvy A. Costo y valor de la vida humana. Buenos Aires. Emecé, 1980.
109. Schön D. La formación de profesionales reflexivos. Editorial Piados. Barcelona, 1992.
110. Serie Paltex N° 21. Enseñanza de las Ciencias de la salud en América Latina. Publicación de la Organización panamericana de la Salud, Cap. de Odontología. Pág. 184. Washington E.U.A. 1990.
111. Steger Hans – Albert. Las Universidades en el desarrollo social de la América Latina. México, fondo de cultura económica. P (262,67).
112. Stenhouse L. Investigación y desarrollo del currículum. Madrid, Morata. 1984.

113. Sternberg R.J. Las capacidades humanas. Barcelona, Labor. 1986.
114. Teixeira. C.F.O. Futuro da Prevenção. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.
115. Tenti Fanfoni. Las ciencias sociales en la Universidad. Revista Espacios Nro. 10, UBA, Bs. As., 1992.
116. Torrents R. Noves raons de la Universitat. Un assig sobre l'espai universitari catala. Vie, Eumo Editorial, 2002.
117. Torres Walter. Manual de Análisis de información en salud. Grupo Quispus S.A.C. Lima, Perú, 1999.
118. Vaideanu George. Revista de pedagogía de la interdisciplinariedad en la enseñanza preuniversitaria. Vol. XXXIV N° 2, Bucarest, 1985.
119. Vidal Carlos. Educación permanente o continua en América Latina, OPS, PWR/Argentina, 1985. Pág. 28, 30, 38.
120. Zalba EM.; Bustos Y., Casas G., Deamici C., Funes M. Desafíos de una educación para el futuro. Mendoza FEPYS – SECYTUN Cuyo 2002.