



## **FORMACIÓN DE RRHH CON PERFIL SOCIAL Y PARTICIPATIVO**

Medina, María Mercedes

Facultad de Odontología - UNLP

[mamedina@isis.unlp.edu.ar](mailto:mamedina@isis.unlp.edu.ar)

### **RESUMEN**

La Articulación-Docencia-Extensión-Investigación es una propuesta innovadora para formar recursos humanos en Odontología utilizando la Investigación-Acción como estrategia participativa, que favorece el desarrollo de acciones comunitarias transformadoras. La investigación eje de la docencia e instrumental básico de la práctica permite vincular al estudiante durante su formación con el mundo real del trabajo y con la sociedad a la que debe ofrecer respuestas eficaces para problemas reales. Este programa tiene como objetivos: Mejorar la salud bucal de la población cubierta generando acciones comunitarias transformadoras y formar odontólogos con conciencia social, humanística y sanitaria para promover la salud y prevenir las enfermedades. La nueva práctica educativa surge con un modelo de Educación Odontológica basado en el aprendizaje-servicio como método de trabajo básico para la formación de los estudiantes, y al servicio de las necesidades de salud oral comunitarias. Se reemplazó lo ficticio del aprendizaje aúlico por el “aprender haciendo y hacer aprendiendo”, docentes y alumnos se insertaron en la comunidad, contactaron con la población y sus líderes, promovieron su participación y autodiagnóstico, identificaron y evaluaron su salud bucodental, participaron en programas de atención 1ria y educación para la salud; ejecutaron programas preventivos individuales y comunitarios. Desarrollaron conductas, formaron agentes multiplicadores de salud y reconvirtieron perfiles epidemiológicos. La participación social, es necesaria en programas dirigidos a reconvertir perfiles epidemiológicos; requiere de un importante compromiso por parte de los involucrados y la

participación real de la población en el proceso de objetivación de la realidad, con la doble finalidad de generar conocimiento colectivo y promover modificaciones en las condiciones que afectaban la vida cotidiana de los sectores populares, sobre todo aquéllos con mayores necesidades. Las prácticas solidarias en Educación Odontológica contribuyen además a la formación de profesionales conocedores de las necesidades de la comunidad y comprometidos con la construcción de una sociedad más justa.

Palabras clave: educación-calidad-servicio-solidaridad

## **DESARROLLO**

Esta presentación tiene por objeto compartir algunas reflexiones sobre de la experiencia de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata en aprendizaje-servicio y los resultados de un trabajo en el que se evaluó su impacto en la comunidad y en el rendimiento académico de los alumnos. El programa comienza a desarrollarse a partir de un nuevo modelo de Educación Odontológica centrado en la salud bucal de la población que conlleva al diseño de un perfil profesional enmarcado en las necesidades que la misma sociedad está señalando.

La salud de la población constituye el eje de la formación profesional y el problema a partir del cual, se desarrollan las teorías científicas y las estrategias de enseñanza y capacitación profesional específica. Los datos disponibles en Argentina revelan que existen elevadísimos valores en los indicadores de patologías prevalentes y que los programas de promoción y prevención aplicados no fueron suficientes para modificar esta situación. Concientes de la responsabilidad que compete a una institución formadora de recursos humanos, se consideró que el cambio debía gestarse a través de ella, produciendo un profesional capacitado para participar efectivamente en la solución de los problemas del presente y en las condiciones que se deberían dar en el futuro.

En ese marco la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, encaró una Reforma Curricular, asociada con una nueva estructura organizativa, eje de su organización académica para la enseñanza que imparte, la asistencia a la comunidad que desarrolla y la investigación que realiza. La finalidad de este profundo cambio no se agotó en los límites de lo meramente educativo, exigió una actitud participativa y comprometida de todos los estamentos de la Facultad (autoridades, docentes, graduados, alumnos, personal técnico y administrativo), tendiente a ejercitar una conciencia crítica y abierta a los cambios sociales.

La innovación fue una tarea compleja que exigió adoptar una posición frente al hecho educativo, manejar una metodología que permitiera clarificar supuestos en diversos niveles de análisis y elaborar una teoría que hiciera operantes estos propósitos:

1. Promover la integración del conocimiento en forma estructural, orgánica y con una dimensión social.
2. Jerarquizar el nivel académico a través de un cambio filosófico y metodológico profundo acorde a la realidad socio-política de nuestro país.
3. Comprometer la participación activa de todos los estamentos de la Facultad, cada uno en el rol de su competencia.
4. Optimizar la organización y el rendimiento de los recursos humanos y materiales disponibles.

Como en todo currículo su estructura organizativa condicionó las decisiones que se tomaron para su diseño y su organización de acuerdo con un determinado modelo que influyó de manera decisiva con el tipo de experiencias de aprendizaje, la forma de evaluación, el tipo de Profesores y de apoyos materiales y didácticos.

La Facultad de Odontología adoptó la organización por áreas del conocimiento como eje de su planificación académica, bajo la concepción del aprendizaje como un proceso activo, como un cambio en la conducta producido por la experiencia.

El diseño curricular elegido tiene características particulares y puntualmente diferentes del modelo por materias que se había aplicado en los 40 años de la vida institucional .

1°. Su Filosofía fue una integración del conocimiento que evitara la atomización del aprendizaje, clarificara el concepto de Ciencia, y superara un tratamiento fragmentado del hecho educativo con todas las implicancias que ello tiene para la enseñanza, la investigación y la proyección comunitaria de la Universidad.

2°. Su objetivo fue formativo. Se trató de formar ciudadanos participativos y solidarios. En la nueva organización, el alumno se apropia de la información y guiado por el docente aprende a elaborarla e incorporarla como experiencia de aprendizaje. De este modo desarrolla la capacidad de pensar, de formar conductas, de desarrollar valores.

3°. Su metodología de la enseñanza responde a los objetivos propuestos: Se trabaja en pequeños grupos de 15 a 20 alumnos y docentes fijos, para lograr una mayor y mejor comunicación, diálogo permanente y una enseñanza personalizada que revaloriza la ética y el crecimiento personal. Se utilizan estrategias que posibilitan el análisis, la reflexión, la

problematización, la discusión, la observación objetiva, el razonamiento crítico y la creatividad. Se redescubre el conocimiento. Se promueve una integración total, real, que pasa por lo filosófico, lo pedagógico y lo práctico, en que las ciencias básicas se enseñan en función de su proyección clínica y las clínicas se edifican sobre la estructura de las básicas; interactúan entre sí y se extienden a la comunidad. Todo esto permite generar en el alumno una visión holística del aprendizaje, introducirlo en la problemática social desde su ingreso a la institución y hacerlo participe durante su tránsito por ella, de la planificación, ejecución y evaluación de planes comunitarios de salud y el desarrollo de nuevos conocimientos y competencias, a los que la intencionalidad solidaria vuelve fuertemente significativos.

4°. Su metodología de evaluación: mancomunada con la enseñanza y concebida como estudio integral del hecho educativo, es permanente, total, conceptual, grupal, individual, recíproca y recreativa, en que la acreditación de un número como medida de ciertos aspectos del proceso es consecuente y esta implícita dentro de la evaluación misma.

5°. Su estructura consta de un eje troncal de cursos Básicos (obligatorios) que definen el perfil profesional y una oferta de cursos Complementarios (optativos) que potencian las aristas que el alumno desea resaltar en ese perfil.

6°. Sus contenidos no abarcan solamente aspectos cognositivos, desarrollan todos los valores que integran la vida social del hombre, considerado como unidad biopsicosocial. De esta manera se proporciona al estudiante una visión de conjunto de la sociedad y un sentido de compromiso hacia la comunidad. Es muy importante este aspecto socializante, encarado con el trabajo grupal activo, para desarrollar en los alumnos habilidades personales que faciliten su integración a equipos de trabajo.

7°. El Profesor deja de ser un emisor de información y se convierte en guía, conductor, consejero, orientador, formador. La labor docente está dirigida y contempla al individuo de tal modo que el centro de la clase es el alumno y la medida del resultado de la enseñanza, su formación.

8°. El Alumno deja de ser un ente pasivo, un almacenador y repetidor de información, un objeto de enseñanza y se convierte en un sujeto de aprendizaje activo, participante, creativo, consciente de la relatividad del conocimiento, de la necesidad de educación continua, capaz de emitir opinión y de resolver problemas.

La elaboración del proyecto con participación de autoridades, docentes, graduados, alumnos, personal técnico y administrativo, demandó 3 años. Luego se prepararon los recursos humanos afectados al mismo a través de Cursos, talleres, Seminarios, Debates, etc. Finalmente se implementó en forma global, con la incorporación en forma voluntaria del 98% de los alumnos en el primer año y el 2% restante en el siguiente.

Actualmente se transita la etapa de ejecución, evaluación y ajustes.

Este proyecto se desarrolla en el marco de un programa en el que se articulan la docencia, la extensión y la investigación como propuesta innovadora para formar recursos humanos en Odontología utilizando la Investigación-Acción como estrategia participativa, que favorece el desarrollo de acciones comunitarias transformadoras.

La investigación eje de la docencia e instrumental básico de la práctica permite vincular al estudiante durante su formación con el mundo real del trabajo y con la comunidad a la cual ofrece un servicio concreto y una respuesta eficaz para una problemática real a partir del paradigma “aprender haciendo y hacer aprendiendo”. Esta innovación en Educación Odontológica tiende a formar profesionales preocupados por el problema de la salud bucal de la población, centrando el planteo de su formación en la problemática de la salud comunitaria, fortaleciendo la investigación integrada a la experiencia cómo método básico para el aprendizaje y orientación al futuro Odontólogo para el trabajo en equipo, el servicio a la comunidad y la educación permanente desde enfoques realistas .

En el análisis de la formación de recursos humanos en el campo de la odontología, no puede dejarse de lado una primera reflexión crítica sobre el modelo de salud vigente en nuestra sociedad que no considera las condiciones de producción y reproducción económico-social de los grupos y clases en relación con los perfiles epidemiológicos. Así mismo, se conoce poco sobre el rol que desempeñan los valores y las creencias de los actores comunitarios, que los acercan o los alejan de las prácticas curativas. Debido a esto fue necesario detectar, con claridad los modos, niveles, grados y matices en los que dichas prácticas erróneas se manifestaban en el plano institucional, en actitudes de los agentes sanitarios, en creencias de la población demandante y en programas de asistencia a la comunidad. Nos referiremos al concepto de prácticas erróneas en dos sentidos:

a) En un sentido amplio, aparece vinculado a un enfoque de salud, que deja de lado, en el campo de la científicidad, aspectos teóricos imprescindibles para la comprensión global del proceso de salud-enfermedad impidiendo, el aporte interdisciplinario que llevaría a

una convergencia de conocimientos, para entender de un modo más global el problema que nos preocupa, la falta de salud.

b) En un sentido restringido y referido al campo odontológico, los errores se manifiestan en el campo clínico, como un tipo de práctica que impulsan prestaciones de un modo u otro mutilantes. Se hace hincapié en acciones destinadas a los efectos y no sobre las causas de la enfermedad. Frente a esta situación busca avanzar hacia las causas que inciden sobre la salud bucal y encontrar criterios alternativos de abordaje y tratamiento que priorizan un determinado tipo de práctica odontológica, para lo cual fue necesario impulsar un cambio de las actitudes y creencias poniendo énfasis en las tareas educación sistemática y permanente de la población y la necesidad de un enfoque multidisciplinario capaz de impulsar un abordaje bio-psico y socio-cultural de las teorías y prácticas odontológicas. También se enfatiza, en la necesidad de que se diluyan los límites de los centros asistenciales con programas comunitarios, para construir proyectos capaces de incorporar otras disciplinas, que faciliten el relevamiento integral, de los problemas socio-odontológicos de comunidades urbanas y rurales. En la Facultad de Odontología de la UNLP se trata de formar recursos humanos, con una base muy sólida de conocimientos, pero a su vez flexible y capaz de ofrecer respuestas innovadoras a las necesidades y demandas de la comunidad, sin dejar de lado, la alta calidad científica – técnica y humanísticas.

Para concretar este propósito, se realiza:

A) Un primer nivel de capacitación y formación para la integración y entrecruzamiento de saberes y disciplinas tendiente a una comprensión integral del proceso de salud-enfermedad que logre vincularlo al conjunto de las actividades sociales. Dentro de este contexto, se realiza una adecuación del conocimiento científico con el propósito de complementarlo, con las prácticas y hábitos ya existentes en los diferentes grupos sociales. Esto se hace de modo tal que posibilita la cooperación efectiva, de alumnos, docentes, y la población participante, con el propósito de alcanzar soluciones eficaces a los problemas sanitarios más urgentes. Se construye un eje articulado de conocimientos alrededor del Departamento de Odontología Preventiva y Social. Se programan actividades comunitarias en Unidades Operativas instaladas en diferentes barrios, tendientes a mantener o lograr el estado de salud bucal. En esta situación, el docente, junto con los alumnos, integran conocimientos, los intercambian, generando instancias de reflexión crítica, sobre las actividades, que serán ejecutadas y evaluadas, en el seno de la comunidad. Se toma conciencia, de los procedimientos y técnicas de diagnóstico y el

autodiagnóstico, que pueden utilizarse en distintas comunidades, en diferentes etapas del proceso. El alumno ya desde su primer año va perfilando, una nueva visión mucho más amplia y más crítica de su carrera, a fin de que a su egreso, esté en condiciones de poder ejercer su profesión en cualquier comunidad, no solamente desde el punto de vista teórico, sino práctico. Se generan instancias autoevaluativas, y se promueven nuevas propuestas de trabajo participativas, lo que genera expectativas de investigación por parte de los alumnos. Se produce un entrecruzamiento de saberes y disciplinas que convergen en la interpretación crítica del modelo de salud vigente; lo que implica una comprensión de sus propósitos y objetivos. Para ello se intenta, comprender sus aportes y limitaciones construyendo respuestas alternativas que permitan obtener, un cambio cualitativo, en los agentes sanitarios, en la población demandante y en las políticas sanitarias de las instituciones.

B) Se forman grupos interdisciplinarios. El concepto de interdisciplinario supone la convergencia disciplinaria en distintos núcleos de integración teórico-metodológico, a partir de la construcción de un marco de referencia común. La formación de recursos humanos en una concepción interdisciplinaria no puede desligarse de la investigación científica. Se impulsan modos de pensamiento más abarcativos y críticos que los tradicionales con el propósito de lograr una comprensión más adecuada de los fenómenos a estudiar. Se procura lograr respuestas más eficaces a los interrogantes y problemas planteados por la realidad. La construcción de un común denominador teórico entre varias disciplinas, permite un abordaje más abarcativo y profundo de los diferentes sectores y grupos sociales de una comunidad. Por lo que se obtiene un diagnóstico más riguroso y respuestas más eficaces para el desarrollo de la práctica odontológica. El impacto social se evalúa a través de los cambios o variaciones deseadas en los destinatarios del proyecto, en el medio institucional en el cual se gestan y en el contexto en el cual se inscriben las acciones y los actores sociales que las respaldan. La medición se orienta a los procesos y a los resultados. Para ello se utilizan diversos indicadores, de cuales hemos tomado como referentes: la reconversión de patologías prevalentes y la generación de agentes multiplicadores de salud en la propia comunidad.

El impacto sobre el rendimiento académico de los estudiantes también reconoce varios ejes de análisis, tanto del proceso como del resultado, de los cuales hemos referenciado las calificaciones obtenidas (promedio, media y mediana) durante el período considerado, que resultan de la evaluación integral del hecho educativo.

## **METODOLOGÍA**

Docentes y alumnos definen las áreas de trabajo, se insertan en la comunidad, estudian su perfil y organización social. Contactan con organizaciones representativas y con líderes comunitarios. Realizan el reconocimiento geográfico y construyen mapas barriales señalando las principales instituciones y servicios. Se obtiene información de antecedentes históricos, poblacionales y ocupacionales. Se utilizan fuentes documentales secundarias como censos, estadísticas, etc. también se recogen datos sobre saneamiento básico de cada zona. Informan y discuten el proyecto con la población y sus representantes e inducen su participación y autodiagnóstico, simultáneamente se construyen instrumentos, se seleccionan y capacitaron grupos estratégicos con referentes comunitarios. Se promueve en los involucrados un conocimiento objetivo de su situación bucodental, se identifican y priorizan los problemas a solucionar constituyendo círculos de estudio con animadores sociales para representar, cuestionar y replantear el problema. Se planifica un programa de Salud Bucal dirigido a la familia encarado a partir de la promoción y educación para la salud, determinación de índices epidemiológicos; clasificación de demanda; identificación, análisis y selección de factores de riesgo homogéneo y específicos; participación de líderes y abordaje integral, se reorienta la práctica odontológica generando modos mas eficaces de intervención específica e impacto sobre la calidad de vida de las personas. Se constituyeron 135 Unidades Operativas Permanentes situadas en el área de influencia de la Unidad Académica(La Plata, Berisso, Ensenada, Brandsen, Magdalena, Punta Indio, Berazategui, Florencio Varela, Quilmes)en las que anualmente desarrollan actividades Docentes y Alumnos de 1° a 5° año y Unidades Operativas Periódicas en diferentes localidades del país(Misiones,Chaco,Formosa,Santiago del Estero, La Rioja, Catamarca, Río Negro, Neuquén, Chubut, La Pampa y municipios de la Pcia de Buenos Aires) en las que anualmente desarrollaron actividades docentes y alumnos de 4° y 5° año. La población cubierta fue de 98480 personas.



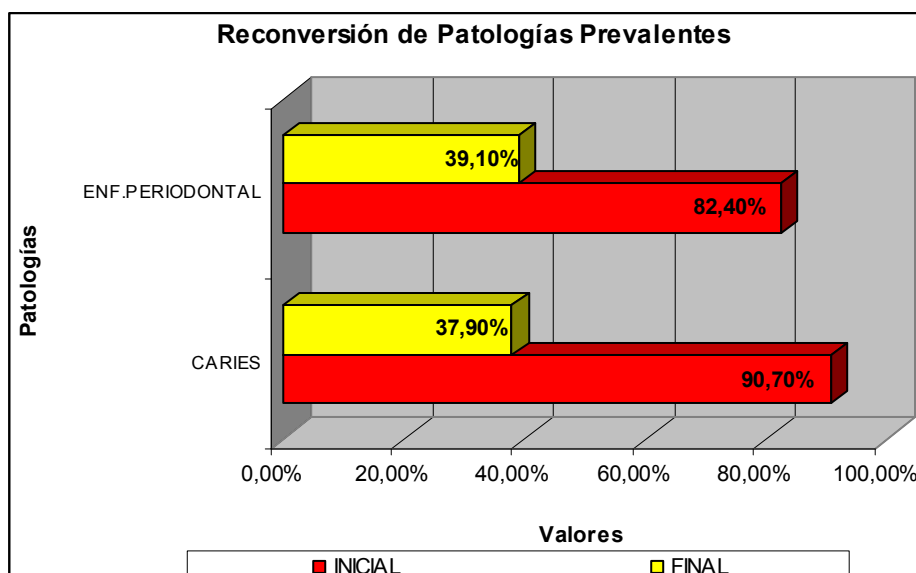
## RESULTADOS

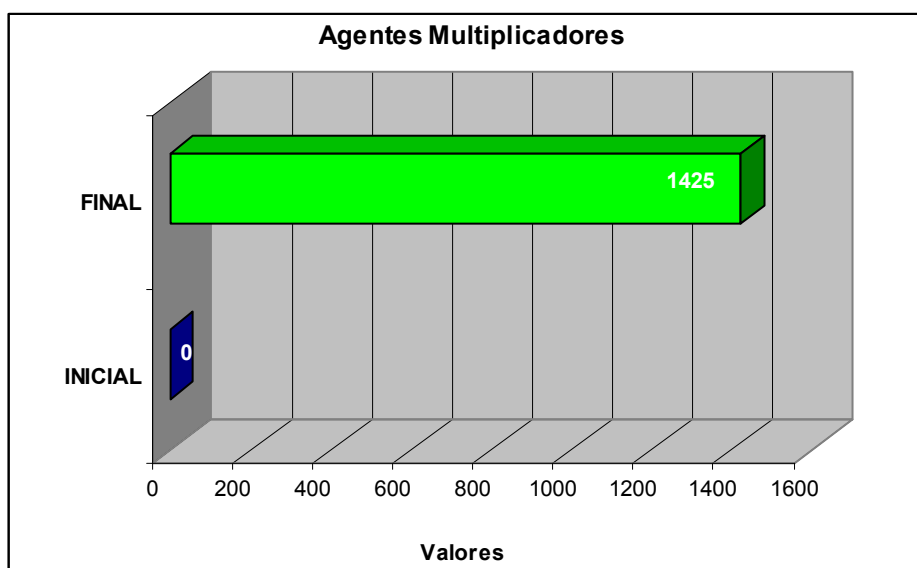
Se realizó un corte entre el año 2000 y 2005 a efectos de evaluar el impacto, obteniendo los siguientes resultados:

### Variable 1: Impacto Social

- Indicadores:** 1.- Reconversión de Patologías prevalentes  
2.- Formación de agentes multiplicadores de salud bucal

Los índices epidemiológicos revelan que el porcentaje de caries al comienzo del proyecto era del 90.40 %, mientras que los índices de placa muestran que el 82.40 % de la población tienen placa y problemas periodontales. Al realizar este corte después de 6 años los datos revelan que: los índices epidemiológicos se redujeron notablemente. El porcentaje de caries pasó a ser del 37.90%. El índice de placa y enfermedad periodontal pasa al 39.10% cuando finalizan las acciones. La población cubierta fueron 98480 personas y se detectaron 1425 agentes multiplicadores entre los referentes comunitarios.

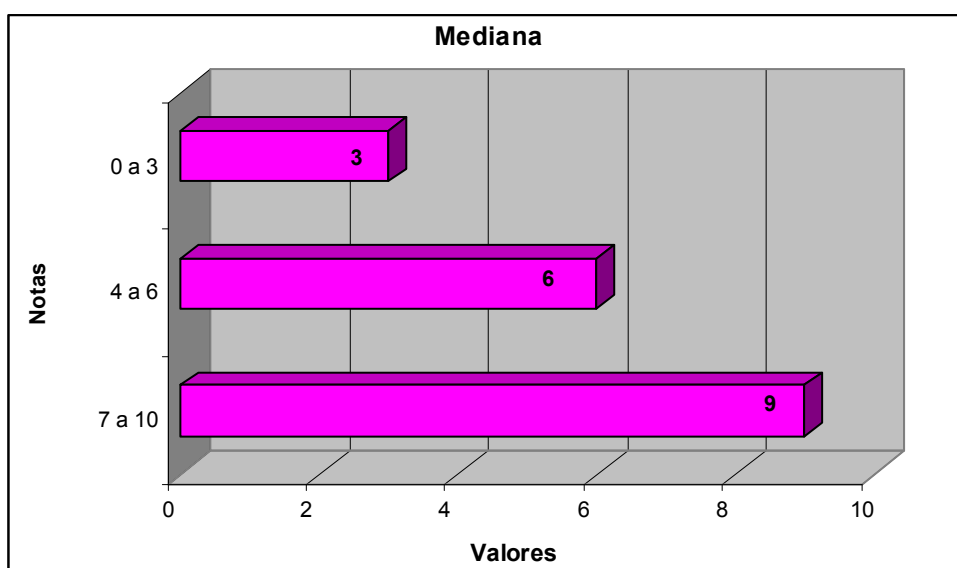
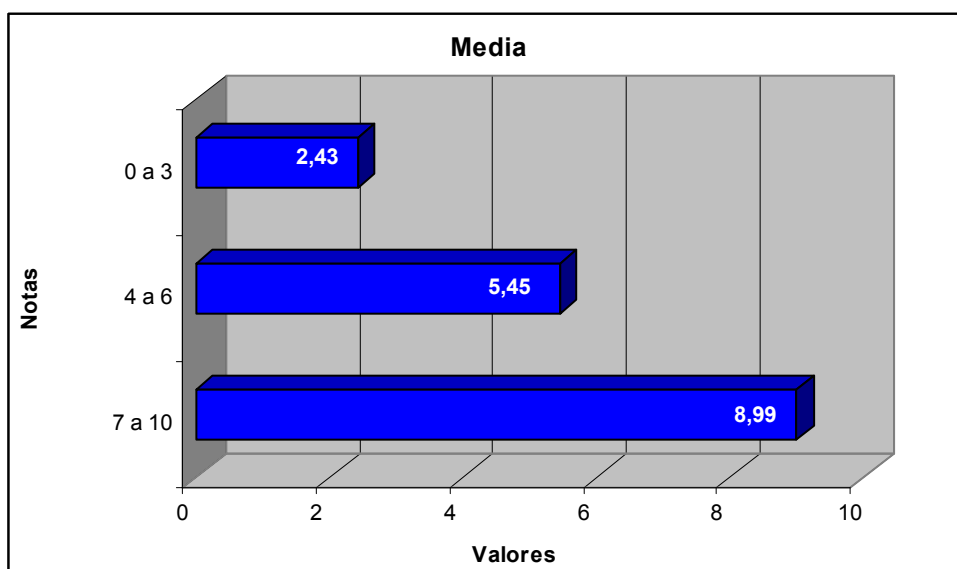
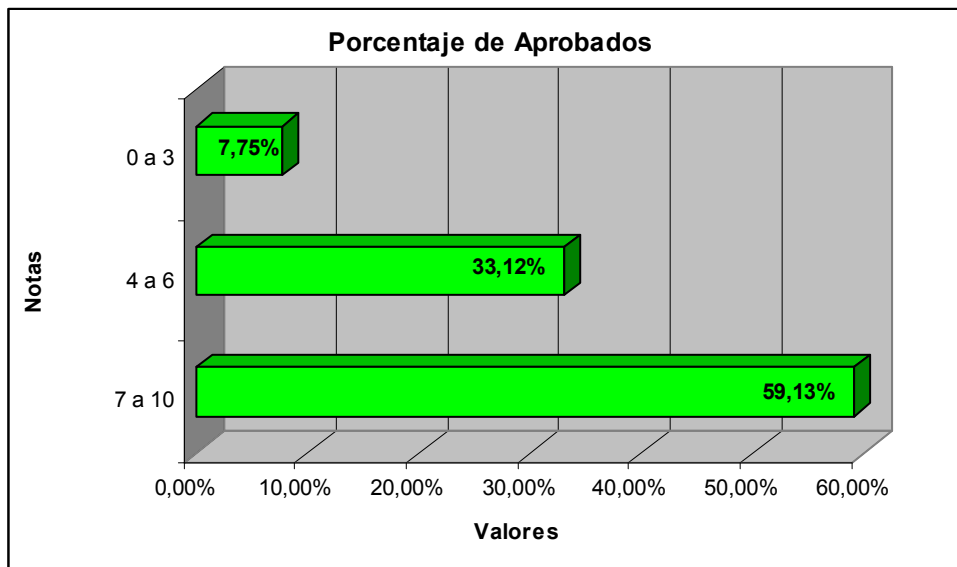




**Variable 2: Rendimiento Académico**

- Indicadores:**
- 1.-Porcentaje de alumnos aprobados
  - 2.-Media Aritmética
  - 3.-Mediana

Se realizó evaluación permanente de conocimientos, de habilidades y de actitudes durante los 6 años que se exploró la experiencia. Se registró el promedio de calificaciones, la media y la mediana, obteniéndose los siguientes resultados: 59,13% fueron promovidos al ciclo superior con más de 7 puntos de promedio, media 8.99 y mediana 9; 33.12% obtuvieron entre 4 y 6 puntos, media 5.45 y mediana 6, mientras que 7.75% debieron repetir algún curso por no alcanzar los objetivos mínimos esperados (promedio de notas entre 0 y 3 puntos, media 2.43 y mediana 3).



## DISCUSIÓN

Este trabajo fue abordado, desde una concepción, donde la pérdida de la salud, es decir la enfermedad, existe, pero no sola y aislada, sino en el marco de una sociedad, que tiene necesidades, demandas y creencias que la determinan. La participación social es un componente eficaz en los programas dirigidos a revertir patologías prevalentes como caries y enfermedad periodontal, porque se requiere de un importante compromiso por parte de los involucrados.

**Sirvent** (1997) define a la investigación participativa: “Como un estilo o enfoque de la investigación social, que procura la participación real de la población involucrada en el proceso de objetivación de la realidad en estudio, con la doble finalidad de generar conocimiento colectivo y de promover modificaciones en las condiciones que afectan a la vida cotidiana de los sectores populares”.

La **OMS** (1995) considera que: “La participación tiene que ver con las relaciones sociales, con la producción y usufructo de la cultura, y por ello con las relaciones de poder.”

Por eso estudiar y promover la participación social, es asumir que hay quienes no participan o quienes no lo hacen suficientemente. Esto justifica impulsar procesos de participación social en la lógica del desarrollo de la salud, comprendida como una visión de bienestar definido por la propia salud. Por lo tanto no podemos aislar la participación del contexto histórico y cultural de una región. Es sumamente importante conocer las ideas y representaciones de una sociedad o un grupo, porque este será el principio que impulsará una participación genuina.

**Schulter** (1995) dice, “La investigación-acción puede plantearse no solo en el conocimiento, sino también en la transformación de la realidad, y a veces esa transformación suele presentarse como una manera alternativa a un conocimiento. Sin embargo el conocimiento es un presupuesto indispensable para la transformación de la realidad. Incluso el conocimiento en sí mismo ya contiene la posibilidad de transformación”.

En tal sentido coincidimos que la investigación – acción, implica una práctica social, en la cual la comunidad juega un rol decisivo, para generar conocimiento científico e instrumentos que le sirvan al grupo social para conocer y analizar su realidad, con la finalidad de adoptar medidas tendientes a su transformación. Las transformaciones que

se producen en una comunidad por nuestra intervención y su participación son indicadores de impacto social.

**Schultz y Luckman** (1995) ratifican algunos conceptos al decir: “la participación comprende el contexto de cada sociedad, en un momento determinado, un sistema cognitivo de referencia, un acervo social de conocimiento”.

No podemos dejar de comprender que la población, motivo de esta investigación, vive en un contexto sociocultural y económico, con diferentes niveles de saber, a los cuales el investigador debe enfrentarse en su trabajo cotidiano con la finalidad de modificarlo y generar cambios que beneficien por un lado a la ciencia (se genera conocimiento científico) y por otro a la comunidad, puesto que le da una herramienta, para conocer su realidad y generar cambios transformadores.

**Bezerra Ríos** (1997) dice; “Nuestra pretensión fue mostrar que para cada sociedad y para cada periodo histórico podemos encontrar una enfermedad que simboliza y es paradigma de todos los problemas de esa sociedad, en ese momento, y que ese personaje que denominamos “*el enfermo*” no existió siempre en su forma actual, sino que se ha ido construyendo en relación con ello”.

Al comenzar la discusión, hemos mencionados los valores y creencias de la sociedad sobre los distintos hechos de la realidad, la sociedad también tiene creencias y valores, sobre la enfermedad en general y la enfermedad bucal en particular, que muchas veces pueden ser barreras si no se toman en cuentas o no se conoce su existencia, a fin de trabajar con ellas y reconvertirlas.

**Gómez Ariel Osvaldo** (1996) habla sobre “la necesidad de enfrentar al paciente como un ente bio–psico–social, planteando para la odontología un doble desafío, construir nuevos modelos, no solo de práctica profesional, sino también de formación de recursos humanos.

Comienza la preocupación por formar odontólogos con “sensibilidad social”, a través de una confrontación con la realidad, con la vida cotidiana de las poblaciones en situación de pobreza y de pobreza extrema. Se busca una odontología alternativa, teniendo como base la atención primaria de la salud. No podemos dejar de coincidir con dichas expresiones, ya que fue propósito de este trabajo, demostrar la formación de recursos humanos eficaces, capaces de desarrollar acciones comunitarias transformadoras.

Esta reflexión sobre el aprender y el hacer, como su impacto en la construcción del conocimiento, confrontando el saber cotidiano con el saber científico en un momento histórico particular, es un instrumento, que nos sirve y le sirve a la población (punto de

partida y de llegada) para reflexionar sobre su realidad, superar problemas, identificar sus causas y ejecutar acciones que conduzcan a su resolución.

**Sirvent** (1997) dice: El proceso participativo implica, la posibilidad de instancias metodológicas de construcción colectiva del conocimiento, a través de los cuales la población puede objetivar su realidad y apropiarse de la metodología del pensar reflexivo y científico de la realidad imperante.

Una vez más, se confirma la importancia que tiene la participación activa de las comunidades en nuestras acciones y la forma en que ellas se apropian de nuevas metodologías de reflexión que conllevan al cambio individual y colectivo, generando nuevos conocimientos puestos a su servicio para producir acciones transformadoras y generar expectativas de una vida mejor.

## **CONCLUSIONES**

La práctica educativa solidaria parte del concepto de salud como derecho de todos los habitantes. La participación social es un componente necesario en programas dirigidos a reconvertir patologías prevalentes; esa reconversión requiere un importante compromiso por parte de los involucrados y la participación real de la población en el proceso de objetivación de la realidad en estudio, con el doble objeto de generar conocimiento colectivo y de promover modificaciones en las condiciones que afectaban la vida cotidiana de los sectores populares, sobre todo aquéllos con mayores necesidades. Las prácticas solidarias en Educación Odontológica contribuyeron a la formación de profesionales conocedores de las necesidades de la comunidad y comprometidos con la construcción de una sociedad más justa.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Barri, B. *“El problema del conocimiento en la explicación social del conocimiento”*. 2ª Ed. México: UNAM; 1996.
2. Berra A, Marín I, Álvarez R. *Metolologia de expertos: consenso en medicina..* Granada: EASP; 1996:13-24.
3. Bezerra Ríos, T. Representaciones sociales del proceso salud enfermedad. Rev.FOC 1995.194: 73-78.

4. Bratthal D, et al. "Reason for the caries decline: What do the experts believe?" Eur J Oral Sci 1996; 104: 416-422.
5. Braveman, Paula; Tarino, E. "El reconocimiento sistemático en atención primaria de salud: Determinación de Prioridades con recursos limitados" .Bogotá. Paho. 1996.
6. Breilh, Jaime. "Nuevos conceptos y Técnicas en Investigación en salud". Quito, Ecuador: CEAS.1996.
7. Briones E, Marín I, Alvarez R, Reyes A. *Fundamentos de consenso en el ámbito de las ciencias de la salud*. En: Berra A, Marin I, Alvarez R, eds. *Metodología de expertos: consenso en medicina*. Granada: EASP; 1999: 13-24.
8. Brito Quintana, P; Campos, F; Novick, M. "Conclusiones de las II jornadas Andaluzas de Salud oral en Atención primaria". Revista Andaluza de Odontología y Estomatología. 1997;Vol.7 (2) : 67-79.
9. Bruntland GH. Mensaje ante el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, 19 a 28 de enero de 1998. Ginebra: OMS; 1998.
10. Conde J. *Evaluación de las tecnologías sanitarias y su relación con la calidad asistencial*. En: la formación de los profesionales de la salud: escenarios y factores determinantes. Madrid: Fundación BBV; 1996.
11. Díaz RRM, Carrillo CM, Terrazas RJF, Canales MCE " Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación." Rev ADM. 2001; 58 (2):68-73.
12. Echeverría Garcia, J.J; Cuenca Sola E. "Manual de Odontología". Barcelona. Masson. 1998.
13. Eisnerw, L et. al. *Cinco concepciones del currículo, Raíces e implicaciones para la planeación curricular*. Revista DIDAC, México UIA, No. 11. 1987
14. Ezpeleta, J.; Furlan, A. *La gestión pedagógica de la escuela*.UNESCO-OREALC. Santiago, 1992.
15. Frías Osuna A; "Salud pública y educación para la salud". Barcelona. Masson. 2000.
16. Gómez Campos, V.M. *Educación Superior, Mercado de Trabajo y Practica Profesional.Antología de Evaluación Curricular*. México, UNAM. 1990
17. Granados A. Lá evaluación de las tecnologías médicas. Med Clin (Barcelona) 1995;104:581-588.
18. Granados A. *La evaluación de las tecnologías*. Med Clin (Barcelona) 1995; 104:581-588.

19. Gribble JN, Preston SH, eds. *The epidemiological transition: Policy and planing implications for developing countries*. Washington, Dc: National Academy Press; 1993.
20. Health Canadá. *Canadá health action: Building on the legacy. Final report of National Forum on Health*. Ottawa: Health Canadá; 1997.
21. Iriart, C; Leone, F. "La salud en el marco de ajuste". Rosario, Argentina: CESS. 1995.
22. Irigoyen M E, Velázquez C, Zepeda Ma, Mejía A; " *Caries Dentales y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad de la ciudad de México*". Rev ADM 1999. 56 (2): 64-69.
23. Irigoyen M E, Zepeda Ma, Sánchez L, Molina N " *Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México. Estudio de seguimiento longitudinal*" Rev ADM 2001; 58 (3):98-104.
24. Jovell Aj, Navarro Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 1995;105:740 - 743.
25. Krasse B, " *The caries decline: is the effect of fluoride tooth paste overrated?*". Eur J Oral (Sci) 1996; 104: 426-429.
26. Martínez Navarro F, "Salud pública". Madrid Interamericana –Mc Graw Hill, 1997.
27. Medina, A. Y Vilar, L. M. *Evaluación de programas educativos, centros, y profesores*. Universitas. Madrid, 1995.
28. Milton S, " *Bioestadística para Biología y Ciencias de la salud*". Madrid. Interamericana –Mc Graw Hill, 1998.
29. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III, Agencia Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). *Evaluación epidemiológica de tecnologías de salud*. Madrid: AETS Instituto de Salud Carlos III 1999.
30. Organización Panamericana de la Salud. *La coordinación de la OPS ante los procesos de reforma sectorial*. OPS/OMS, Washington, Dc; marzo de 1997. (ISBN 92 75 0734 0).
31. Organización Panamericana de la Salud. " *Incorporación del Enfoque Intercultural de la salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos*". OPS/OMS, Washington, D.C; 1998.
32. Oteiza. F. *Una alternativa curricular para la educación técnico-profesional*. CIDE. Santiago, 1991.
33. Peruga A. *Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de las enfermedades no transmisibles* En: *Worldwide efforts to improve health*. Atlanta: U.S. Centers for Disease Control and Prevention; 2000.



34. Peterson HG, Brathall D, “ *The caries decline a review of reviews*”. Eur.U.Oral Sci 104:436-443.
35. Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. *The North Karelia Project: 20 year results and experiences*. Helsinki: National Public Health Institute; 1995.
36. Schultz, A. y Luckman, T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrourtu. 1995
37. Sirvent MT. *Cultura Popular y Participacion Social*. Buenos Aires, Miño y Davila. 1997
38. Tedesco, J. C. *Tendencias actuales de las reformas educativas*. Boletín N° 35. UNESCO. Diciembre de 1994. Pág. 14-25.
39. Tedesco, J.C. *Los desafíos de la educación*. Boletín CINTERFOR, N° 135. Montevideo, 1995. Pág.: 7-24.
40. Tyler, R. *Principios Básicos del Currículo. Antología de Evaluación Curricular*, México, UNAM. 1990