

**FORMACIÓN PROFESIONAL CON IMPACTO SOCIAL**

Medina, MM. ;Coscarelli, N; Mosconi, E.; Rueda, L.; Papel, G.([memedina@ciudad.com.ar](mailto:memedina@ciudad.com.ar))

**Universidad Nacional de La Plata- Argentina**

**Resumen**

El presente trabajo surge a partir de una reforma curricular que centra sus objetivos en la Salud Bucal de la población y diseña un perfil profesional enmarcado en las necesidades que la sociedad le está señalando. Tiene efectos formativos sobre los recursos humanos en Odontología e impacto sobre la población cubierta. Se utilizó una propuesta de investigación-acción con participación comunitaria. El objetivo de este estudio es determinar el impacto social de este nuevo modelo de Educación Odontológica utilizando como indicadores la generación de agentes multiplicadores de Salud Bucal y la reconversión de patologías prevalentes de la cavidad bucal. La experiencia se realizó en comunidades específicas de La Plata, Berisso, Berazategui, Ensenada y Florencia Varela en la Pcia. de Buenos Aires, el universo a estudiar lo constituyeron todos los habitantes de la zona. Efectores e investigadores se insertaron en la comunidad, definieron su perfil y organización social; contactaron con organizaciones representativas de la comunidad, indujeron la participación comunitaria y el autodiagnóstico. Planificaron y ejecutaron un programa dirigido a la familia, con capacidad resolutoria hasta el 2º nivel; promoción y educación para la salud, aplicación de índices CPO, ceo y placa; clasificación de la demanda (espontánea, estimulada, programada); identificación, análisis y selección de factores de riesgo homogéneo y específico; participación de líderes y abordaje integral. De la población cubierta 15.200 pacientes, 4.987 realizaron demanda espontánea, se le practicaron 27.076 prestaciones y el 68.9 % obtuvo alta en salud; 3.618 accedieron a 21.994 prestaciones por demanda estimulada y el 86.8 % obtuvo alta en salud, a 6.595 se le practicaron 31.507 prestaciones por demanda programada, y el 96.1 % obtuvo alta en salud. Generaron 220 agentes multiplicadores y se reconvirtieron patologías prevalentes, el porcentaje de caries se redujo de 92.5 % a 12.9 % y el de las enfermedades periodontales de 84.1 % a 16.7 %.

De lo expuesto se concluye que aplicando la estrategia de investigación acción, se puede formar un recurso humano en Odontología con conciencia social, humanística y sanitaria que le permite actuar en la prevención de los problemas bucales, cumplir una función educadora de acuerdo a las necesidades del país y producir impacto en la población cubierta generando agentes multiplicadores de salud y reconvirtiendo los índices epidemiológicos.

**PROFESSIONAL FORMATION WITH SOCIAL IMPACT****Summary**

The present work arises starting from a curricular reformation that centers its objectives in the population's Buccal Health and it designs a professional profile framed in the necessities that the society is pointing out. It has formative effects on the human resources in Dentistry and impact on the covered population. An investigation-action proposal was used with community participation. The objective of this study is to determine this new model's of Odontological Education using as indicators the generation of social impact agents multipliers of Buccal Health and the reconversion of pathologies prevailing of the buccal cavity. The experience was carried out in specific communities of La Plata, Berisso, Berazategui, Ensenada and Florencio Varela in the Pcia. of Buenos Aires, the universe to study was constituted by all the inhabitants of the area .Effectors and investigators were inserted in the community, they defined their profile and social organization; they contacted with representative organizations of the community, they induced the

community participation and the self-diagnosis. They planned and they executed a program directed to the family, with resolutive capacity until the 2° level; promotion and education for the health, application of index CPO, ceo and badge; classification of the demand (spontaneous, stimulated, programmed); identification, analysis and selection of factors of homogeneous and specific risk; leaders' participation and integral boarding. Of the population covered 15.200 patients, 4.987 carried out spontaneous demand, they were practiced 27.076 benefits and 68.9% obtained high in health; 3.618 consented to 21.994 benefits for stimulated demand and 86.8% obtained high in health, at 6.595 patients were practiced 31.507 benefits by programmed demand, and 96.1% obtained high in health. They generated 220 agents multipliers and reconversion of pathologies prevailing, the cavity percentage decreased from 92.5% to 12.9% and the one of the periodontal illnesses of 84.1% to 16.7%.

Of that exposed it concludes that applying the strategy of investigation action, it can be formed a human resource in Dentistry with social, humanistic and sanitary conscience that allows to act in the prevention of the buccal problems, to complete an educating function according to the necessities of the country and to produce impact in the covered population generating agents multipliers of health and reconverting the epidemic indexes.

### **Introducción**

Los datos disponibles en Argentina revelan la existencia de valores elevados en los indicadores de patologías prevalentes de la cavidad bucal. Los programas de promoción y prevención aplicados desde hace muchísimos años no fueron suficientes para modificar esta situación. Conscientes de la responsabilidad que compete a una institución formadora de recursos humanos, se consideró que el cambio debía gestarse a través de ellas, produciendo un profesional capacitado para participar efectivamente en la solución de los problemas del presente y en las condiciones de la profesión que se deberían dar en el año 2015. En este marco la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, ha encarado una Reforma Curricular, asociada con una nueva estructura organizativa, eje de su aplicación 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 además una actitud participativa y comprometida de todos los estamentos de la Facultad, que ejerció una conciencia crítica y abierta a los cambios que la Sociedad misma le estaba señalando. Por tal, los objetivos de la Reforma han sido:

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 del 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.

Todo currículo tiene una estructura organizativa que condiciona las decisiones que se toman para su diseño. El estar organizado de acuerdo con un determinado modelo, influyó de manera decisiva con el tipo de experiencias de aprendizaje, que se seleccionaron, con la forma de evaluación que se realizó, con el tipo de Profesores que se requirió y en general con los apoyos materiales y didácticos que fueron necesarios para llevar a efectos la enseñanza. Implicó también cuidar la coherencia horizontal y vertical entre las distintas unidades didácticas que lo integraron, ya que eso posibilitó en gran medida la continuidad, secuencia e integración de las diversas acciones, la instrumentación y la evaluación curricular.

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 tuvo características particulares y puntualmente diferentes del modelo por materias que se aplicó antes, en los 30 años de vida institucional de esta Unidad Académica de la Universidad Nacional de La Plata.

El desarrollo curricular fue concebido como una tarea compleja que significó: adoptar una posición frente al hecho educativo, manejar una metodología de trabajo que permitiera clarificar una serie de supuestos a diversos niveles de análisis y elaborar una teoría curricular que hiciera operantes los propósitos a través de una serie de procedimientos técnicos.

1°. Su Filosofía fue la integración del conocimiento que evitó la atomización del aprendizaje, clarificó el concepto de Ciencia, y superó 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.

En la antigua organización, los planes y programas estaban organizados por materias aisladas, que no solo eran un medio de dividir el conocimiento en sus elementos, sino de crear feudos autónomos que definían las diferentes especialidades de la Enseñanza, la Investigación y la Extensión, cuya obsolescencia de contenido era evidente así como su acentuado distanciamiento de la problemática social y del ejercicio de la práctica profesional.

2°. Su objetivo fue formativo, mas que informativo, como venía ocurriendo en los últimos años en que la Universidad ocupaba gran parte de su presupuesto para transmitir una información que se podía recoger a través de cualquier medio de comunicación actualizado (llámese libro, revista, apunte, computadoras, video, etc.) En la nueva organización, el alumno recoge esa información y el docente le enseñará a elaborarla e incorporarla como experiencia de aprendizaje. De este modo contribuye a desarrollar la capacidad de pensar, a formar conductas, a construir un profesional universitario de la Salud.

3°. Su metodología de la enseñanza responde a los objetivos propuestos: para formar conductas se trabajó con pequeños grupos de quince a veinte alumnos y docentes fijos, a fin de lograr una mayor y mejor

comunicación, un diálogo permanente y una enseñanza personalizada que revalorizó la ética y el crecimiento personal. Todo esto potenciado con un régimen de tutorías de orientación académica. Para desarrollar el pensamiento se utilizaron técnicas de enseñanza que posibilitaron el análisis, la reflexión, la problematización, la discusión, la observación objetiva, el razonamiento crítico y la creatividad. Redescubriendo el conocimiento. Para construir un profesional de la Salud se promovió una integración total, que pasó por lo filosófico, lo pedagógico y lo práctico, en la que las ciencias básicas se enseñaron en función de su proyección clínica y las clínicas se edificaron sobre la estructura de las básicas; interactuando entre sí y extendiéndose a la comunidad. Todo esto a través de un sistema departamental integrado verticalmente pero con relación interdepartamental que permitió generar en el alumno una visión globalizadora del aprendizaje, introducirlo en la problemática social desde su ingreso a la institución y hacerlo partícipe durante todo su tránsito por ella, de la planificación, ejecución y evaluación de planes comunitarios de salud.

4°. Su metodología de evaluación: mancomunada con la enseñanza y concebida como estudio integral del hecho educativo, fue permanente, total, conceptual, grupal, individual, recíproca y recreativa, la acreditación de un número como medida de ciertos aspectos del proceso fue consecuente (no condicionante), respondió solo a requerimientos de tipo administrativo y estuvo implícita dentro de la evaluación misma.

5°. Su estructura constituida por un eje troncal de cursos Básicos (obligatorios) respondía al perfil profesional definido por la institución y eran de dos tipos: Ordinarios y de Refuerzo, mas una oferta de cursos Complementarios (optativos) que completaron las aristas que el alumno deseó resaltar en ese perfil y fueron de tres tipos: de Formación, de Ampliación y de Proyección.

6°. Sus contenidos no abarcaron solamente aspectos cognoscitivos, desarrollaron todos los valores que integran la vida social del hombre, considerado como unidad bio-psico-social. De esta manera se proporcionó al estudiante una visión de conjunto de la sociedad y un sentido de compromiso hacia la comunidad que contribuyó a formarlo y capacitarlo. Es muy importante este aspecto socializante, encarado con el trabajo grupal activo, porque permitió desarrollar en los alumnos habilidades personales que facilitaron su integración a los equipos de trabajo.

7°. El Profesor dejó de ser un emisor de información y se convirtió en guía, conductor, consejero, orientador, formador de una persona, de un universitario, y de un profesional de la salud. La labor docente estuvo dirigida y contempló al individuo, de tal modo que el centro de la clase fue el alumno y la medida del resultado de la enseñanza, su formación.

8°. El Alumno dejó de ser un ente pasivo, un almacenador y repetidor de información, un objeto de enseñanza y se convirtió 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.

Para materializar este cambio se realizó un pormenorizado análisis técnico, que permitió a través de una racionalización del tiempo, el espacio físico, los recursos materiales y los recursos humanos disponibles, arribar a la estructuración educacional deseada, análisis que contempló también la aplicación de una serie de variables de ajustes, según las necesidades temporales que flexibilizan el programa, permitiendo compatibilizar lo ideal, con lo real y lo posible.

La evaluación del programa se realizó en etapas mediante la supervisión circunstancial y periódica a través de los organismos afectados al proyecto.

Etapas: A Descripción de situaciones de ajustes.

B Detección de causas de desajustes.

C Comparación del rendimiento de toda la organización curricular para establecer la rentabilidad de la reforma proyectada y aplicada.

D Determinación mediante hipótesis confirmadas de la riqueza, irrelevancia, utilidad e inaplicabilidad de partes del proyecto, luego de un plazo de evaluación establecido por el total de años fijados por el currículum, mas un prudente tiempo de seguimiento de sus graduados con el objeto de obtener, de acuerdo con su comportamiento académico, laboral, profesional, y como ciudadano, respuestas efectivas, producto de su formación curricular.

La implementación también se realizó en etapas:

1° Etapa (3 años): Se procedió a la elaboración del proyecto.

2° Etapa: Se prepararon los recursos humanos afectados al mismo: docentes (profesores y auxiliares); no docentes (técnicos, administrativos, mantenimiento, apoyo, etc.) y alumnos, a través de Cursos, talleres, Seminarios, Debates, etc. Se arribó a un Magister en Educación Odontológica.

3° Etapa: Se implementó en forma global, con la incorporación en forma voluntaria de todos los alumnos de la Facultad.

4° Etapa: Actualmente se transita en período de ajustes previstos para la etapa inicial de ejecución.

Este proyecto innovador se desarrolló en el marco de un programa conjunto en el que se articularon la docencia, la extensión y la investigación (Programa A.D.E.I.) mediante convenios firmados con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y los Municipios de La Plata, Berisso, Ensenada, Florencio Varela y Berazategui. Su meta a largo plazo, fue que todas las personas tengan acceso permanente a la salud, sin discriminación económica y social y dondequiera que se encuentren, con acciones ejecutadas en terreno y en la Facultad, según su nivel de complejidad.

Este desafío planteó no solo la detección de problemas y dificultades, sino la oportunidad de tomar decisiones trascendentes y de compromiso con la tarea a emprender y recrear todos los días, en la búsqueda incesante del bienestar y de la satisfacción de las necesidades básicas de todos los hombres.

La investigación como base de la verdad y del ordenamiento tecnológico, con la fuerza suficiente para conducir actividades y procesos hacia el logro de los objetivos propuesto, se convirtió en instrumento, en actitud, en estrategia de trabajo y apoyo para la capacitación personal, es decir, se ubicó en el terreno de lo posible y de lo realizable para aquellos que tuvieron la enorme responsabilidad de conducir, orientar y educar. Fué fundamental, por lo tanto, la capacitación del personal para que realice investigación, tanto en el campo de los servicios de la salud, como en el área educacional y en el campo socio-epidemiológico.

El plan contempló la formación, adopción y ejecución de políticas de investigación y tecnología en salud en áreas prioritarias con las estrategias de atención primaria en diversas comunidades. Le dio énfasis al desarrollo de investigaciones socio-epidemiológicas, a la selección y adaptación por el sector de salud de los enfoques técnicos de la investigación operativa; a la promoción y desarrollo de innovaciones tecnológicas y a la adaptación de la tecnología a la situación de cada región.

### **Objetivos**

Determinar el impacto social del nuevo modelo educativo, utilizando como indicadores:

- 1) La generación de agentes multiplicadores de salud surgidos de la propia comunidad.
- 2) Reconversión de patologías prevalentes de la cavidad bucal (caries y enfermedad periodontal).

### **Materiales y Método**

A través de la reforma curricular aplicada por la FOLP en la década del 90, se orientó un perfil profesional que dio respuesta a las necesidades comunitarias. A tal efecto, se realizó una experiencia piloto en la que se seleccionaron cinco Municipios de la Provincia de Buenos Aires: La Plata, Berisso, Ensenada, Florencio Varela y Berazategui que corresponden a la zona de influencia de la Facultad.

Docentes y alumnos se insertaron en la Comunidad y utilizaron una propuesta de Investigación – acción con efectos formadores sobre los recursos humanos en Odontología e impacto sobre la población cubierta. Definieron su perfil y organización social. Se contactó con organizaciones representativas de la comunidad y con líderes comunitarios que se mostraron sumamente receptivos. Se realizó el reconocimiento geográfico y se construyeron mapas barriales señalando las principales instituciones y servicios. Se obtuvo información de antecedentes históricos, poblacionales y ocupacionales. Se utilizaron fuentes documentales secundarias como censos, estadísticas, etc. también se recogieron datos sobre saneamiento básico de cada zona, provisión de agua de consumo (cantidad y calidad), tenor de flúor y grado de contaminación; relevamiento de instalaciones sanitarias y procedimientos para la eliminación de excretas.

Informaron y discutieron el proyecto de investigación con la población y sus representantes e indujeron su participación y autodiagnóstico, simultáneamente se construyeron instrumentos como fichas, encuestas, afiches, guías para entrevista, etc. se seleccionaron y capacitaron grupos estratégicos. Se promovió en los involucrados un conocimiento objetivo de su situación bucodental, se identificaron y priorizaron los problemas a solucionar constituyendo círculos de estudio con animadores sociales para representar, cuestionar y replantear el problema. Se planificó un programa de Salud Bucal dirigido a la familia con capacidad resolutoria hasta el segundo nivel que encarada a partir de la promoción y educación para la salud, determinación de índices CPO, CEO y Placa; clasificación de demanda; identificación, análisis y selección de factores de riesgo homogéneo y específicos; participación de líderes y abordaje integral, reorientó la práctica odontológica resultante con participación comunitaria; generó modos más eficaces de intervención específica e impacto sobre la calidad de vida de las personas.

Se procedió a la recolección de datos, procesamiento y sistematización de la información. De la población cubierta 15200 pacientes entre adultos y niños, 1987 realizaron demanda espontánea, se les practicaron 27076 prestaciones y el 68,9% obtuvo alta en salud; 3618 accedieron a 21994 por demanda estimulada y el 86,8% obtuvo alta en salud. A 6595 se les practicaron 31507 prestaciones por demanda programada y el 96,1% obtuvo alta en salud. Se formaron 220 agentes multiplicadores y se modificaron los perfiles epidemiológicos de enfermedades prevalentes, el porcentaje de caries se redujo a 92,5 a 12,9% y el de enfermedad periodontal de 84,1 a 16,7%. Se realizó el análisis comparativo de los resultados, evaluación de estructuras, procesos, productos e impacto alcanzado.

## **Discusión**

Hemos abordado este trabajo, desde una concepción, donde la pérdida de la salud, es decir la enfermedad, en este caso la enfermedad bucal, existe, pero no sola y aislada, sino en el marco de una sociedad, que tiene necesidades, demandas, creencias y valores que pueden llevar al éxito o al fracaso de nuestro trabajo.

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 el doble fin de generar conocimiento colectivo y de promover la modificación de las condiciones que afectan a la vida cotidiana de los sectores populares.

SCHULTER (1992) dice que la investigación en ocasiones (como por ejemplo 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 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 que se genere conocimiento científico, a la vez que se producen instrumentos que le sirven al grupo social para el análisis y conocimiento de su realidad, con la finalidad de tomar medidas tendientes a su transformación.

Las transformaciones que se generan en el seno de una comunidad a través de nuestra intervención (reconversión de patologías prevalentes) y su participación (formación de agentes multiplicadores) son indicadores que nos sirven para medir el impacto social que hemos logrado.

Esas comunidades viven en un contexto sociocultural económico, con diferentes niveles de saber, a los cuales el alumno debe enfrentarse en su trabajo con la intención de modificarlo a fin de generar cambios que beneficien por un lado a la ciencia (genera conocimiento científico) y a la comunidad, puesto que le da una herramienta, para conocer su realidad, y los medios para actuar generando cambios que lo beneficien.

PIERET JANINE (1996) dice “nuestra pretensión fue mostrar que para cada sociedad, para cada período histórico podemos encontrar una enfermedad que simboliza, que 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 mencionado 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 una barrera si no los tomamos en cuenta, si no sabemos de su existencia, a fin de poder trabajar con ellas y reconvertirlas.

GOMEZ ARIEL OSVALDO (1991) dice “la necesidad de enfrentar al paciente como un ente bio-psico-social, planteó 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, de la vida cotidiana de las poblaciones mayoritarias, 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 a través del impacto social como se pueden generar recursos humanos eficaces a través de experiencias comunitarias donde docentes, alumnos y la población se convierten en actores que son sujeto de



estudio, y en su conjunto van generando acciones que llevan a la crítica y reflexión produciendo conocimientos acerca de ella misma.

Este conocimiento se construye a diario a través de la confrontación entre el saber cotidiano y el saber científico que en este momento histórico relacionan la teoría y la práctica.

Se construye un instrumento, que nos sirve y le sirve a la población que es nuestro eje de partida y de llegada, para poder reflexionar sobre la realidad, a fin de superar situaciones y problemas que se presentan a diario, identificando sus causas y realizando acciones que lleven a su resolución.

SIRVENT (1999) 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, confirmamos la importancia, que tiene la participación activa de las comunidades, en nuestras acciones y como ellas se apropian, de nuevas metodologías de reflexión que conllevan al cambio individual y grupal, generando nuevos conocimientos que serán puestos a su servicio a fin de generar acciones específicas, que reviertan la situación en la que se encuentran, a fin de buscar la superación y el cambio, modificando todos aquellos factores negativos y generando expectativas de un futuro mejor.

### **Conclusiones**

Los resultados demuestran que el proyecto educativo utilizado produce impacto en la población cubierta por generación de agentes multiplicadores surgidos de la misma y reconversión de índices epidemiológicos.

### **Bibliografía**

1. Gribble JN, Preston SH, Eds. The epidemiological transition: Policy and planning implications for developing countries. Washington, Dc: National Academy Press; 1999.
2. Health Canadá. Canadá health action: Building on the legacy. Final report of National Forum on Health. Ottawa: Health Canada; 1997.
3. Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. The North Karelia Project: 20-year results and experiences. Helsinki: National Public Health Institute; 1995.
4. 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; 1997.
5. 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.
6. Granados A. La evaluación de las tecnologías. Med Clin (Barcelona) 1995; 104:581-588.

7. 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.
8. 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 1996.
9. US Preventive Task Force. *Guidet lo clinical preventive services*. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins; 1996.
10. Briones E, Marín I, Alvarez R, Reyes A. Fundamentos de consenso en el ámbito de las ciencias de la salud. En: Berra A, Marín I, Álvarez R, eds. *Metodología de expertos: consenso en medicina*. Granada: EASP; 1996: 13-24.