

Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (APCD)

Libro del Proyecto Latinoamericano de Convergencia en Educación Odontológica (PLACEO)

Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo (CIOSP)

COORDINACIÓN

Mariano Sanz Alonso

João Humberto Antoniazzi



Libro del Proyecto Latinoamericano
de Convergencia en Educación
Odontológica (**PLACEO**)



Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (APCD)

Libro del Proyecto Latinoamericano de Convergencia en Educación Odontológica (**PLACEO**)

Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo (CIOSP)

2010



Libro del Proyecto Latinoamericano de Convergencia en Educación Odontológica (PLACEO)

ISBN 978-85-367-0112-7

Copyright© 2010 by APCD.

Todos los derechos reservados.

Ninguna parte de esta obra puede publicarse sin consentimiento expreso de esta Editorial.

Edición

Editora Artes Médicas Ltda.

Director Editorial

Milton Hecht

Proyecto Gráfico/ Producción Editorial

Júnior Bianchi

Traducción y versión

Maria Carbajal

Revisión de la Traducción

Arnaldo Bonsch

Impresión y acabado

Gráfica RR Donnelley

Editora Artes Médicas Ltda.

R. Dr. Cesário Motta Jr, 63 - Vila Buarque - 01221-020 - São Paulo - SP - Brasil

www.artesmedicas.com.br - artesmedicas@artesmedicas.com.br

Tel.: 55 11 3221-9033 - Fax: 55 11 3223-6635

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação [CIP]

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Congresso Internacional de Odontologia de São
Paulo [CIOSP] (28. : 2010 : São Paulo)

Livro do Projeto Latino-Americano de Convergência
em Educação Odontológica : [PLACEO] ; Libro del
Proyecto Latinoamericano de Convergencia en
Educación Odontológica : [PLACEO] / Mariano Sanz
Alonso, João Humberto Antoniazzi , coordenadores
. - São Paulo : Artes Médicas, 2010

Obra publicada juntas em sentido inverso.

Vários autores.

Vários colaboradores.

Apoio: APCD/Colgate

1. Odontologia - Estudo e ensino 2. Odontólogos
- Formação profissional 3. Projeto PLACEO
[Projeto Latino-Americano de Convergência em
Educação Odontológica] 4. Saúde bucal I. Sanz
Alonso, Mariano. II. Antoniazzi, João Humberto.

CDD-617.6

09-13295 NLM-WU-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Convergência em educação odontológica na América Latina : Odontologia : Congressos 617.6
2. Convergência em educação odontológica na América Latina : Odontologia : Congressos WU-100

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES DENTISTAS

DIRETORIA (DIR)

PRESIDENTE - Silvio Jorge Cecchetto
1º VICE-PRESIDENTE - Wilson Chediek
2º VICE-PRESIDENTE - Adriano Albano Forghieri
SECRETÁRIA GERAL DA APCD - Simone Soares Petrone
TESOUREIRO GERAL - Paulo Vianna Mesquita

CONSELHO DELIBERATIVO (CODEL/CDEL)

PRESIDENTE - João Humberto Antoniazzi
SECRETÁRIO - Celso Augusto Lemos Jr.

CONSELHO DAS REGIONAIS (CORE)

PRESIDENTE - Nilden Carlos Alves Cardoso
1º VICE-PRESIDENTE - Helton Antonio Ribeiro
2º VICE-PRESIDENTE - Gilberto Gomes

CONSELHO NOVA GERAÇÃO (CONOGE)

PRESIDENTE - Natalia Flauzino Lombardo
VICE-PRESIDENTE - Camila Cristina Calderoni da Silva

CONSELHO ACADÊMICO (COA)

PRESIDENTE - Fernando Zandrajch Bromberg
VICE-PRESIDENTE - Carlos Franjolti Liviani

CONSELHO ELEITORAL (COEL)

Presidente - Roberto Shigueru Matsuda
Secretária - Kátia Elisabete Prado Prestes

CONSELHO FISCAL (COFI)

Presidente - Reinaldo Brito e Dias
Secretária - Odete Pinto Scapolan

CONSELHO CIENTÍFICO (COCI)

PRESIDENTE - Eduardo Saba Chujfi
VICE-PRESIDENTE - Paulo Eduardo Cury

DEPARTAMENTO DE CONGRESSOS E FEIRAS (DECOFE)

DIRETOR - Antonio Salazar Fonseca
VICE-DIRETORA - Lucimar Rodrigues

28º. CONGRESSO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO (CIOSP)

PRESIDENTE - José Ranali
SECRETÁRIA GERAL - Lucimar Rodrigues
TESOUREIRO GERAL - Paulo Vianna Mesquita
COORDENADOR CIENTÍFICO - Oswaldo Scopin de Andrade
COORDENADOR DA FEIRA - Riad Gorab
COORDENADOR DE INFRA-ESTRUTURA - Márcio Yara Buscatti

Encuentro Latinoamericano de Equivalencia Curricular (ENLEC)

COORDINADOR GENERAL

Francisco Omar Campos - CHILE

COORDINADOR TÉCNICO

Mariano Sanz Alonso - ESPAÑA

COMISIÓN EJECUTIVA

João Humberto Antoniazzi - BRASIL
José Ranali - BRASIL
Nicolás Triantafilo - CHILE
Raphael Baldacci Filho - BRASIL
Lia Raquel Motilinsky (Secretária Executiva) - BRASIL

COMITÉ TÉCNICO

Ana Maria Biondi - ARGENTINA
Fernando Escobar - CHILE
Isabela Almeida Pordeus - BRASIL
Javier Caviedes - COLOMBIA
Javier de la Fuente - MÉXICO
Tânia Navarro - VENEZUELA

Instituto Latinoamericano de Acreditación en Odontología (ILAO)

DIRECTOR PRESIDENTE

João Humberto Antoniazzi - BRASIL

DIRECTOR FINANCIERO

José Ranali - BRASIL

DIRECTOR ADMINISTRATIVO

Isabela Almeida Pordeus - BRASIL

ilao.secretaria@gmail.com

Libro del Proyecto Latinoamericano de
Convergencia en Educación Odontológica
(PLACEO)

COORDINACIÓN

Mariano Sanz Alonso - España

João Humberto Antoniazzi - Brasil


AUTORES

Adolfo Contreras - Colombia
Adolfo Torres - Argentina
Ana Maria Biondi - Argentina
Ángela Beatriz Argentieri - Argentina
Fernando Raul Munoz Escobar - Chile
Francisco Omar Campos - Chile
Isabela Almeida Pordeus - Brasil
Javier Caviedes - Colombia
Javier de la Fuente - México
João Humberto Antoniazzi - Brasil
José Ranali - Brasil
Juan José Villavicencio - Chile
Judy Villavicencio - Colombia
Leo Kriger - Brasil
Lia Raquel Motilinsky - Brasil
Lourdes Omaira Gedler - Venezuela
María Beatriz Ferro Camargo - Colombia
María Clara Rangel Galvis - Colombia
Maria Del Carmen Lopez Jordi - Uruguay
Mariano Sanz Alonso - España
Nicolás Geraldo Triantafilo Vladillo - Chile
Nidia Roa - Nicaragua
Osvaldo Vázquez Cordero - Ecuador
Raphael Baldacci Filho - Brasil
Rolando Peniche Marcin - México
Tania Navarro Ramos - Venezuela
Victor Hugo Villota Alvarado - Colombia

COLABORADORES

Arnaldo de França Caldas Junior - Brasil
Danitza Pecarevic - Chile
Carlos Mario Uribe - Colombia
Eduardo Abril - Guatemala
Erik Dreyer Arroyo - Chile
Fernando Donayre - Perú
Fernando Fuentes Barria - Chile
Jorge Gamonal - Chile
Luis Alberto Vicentela - Chile
Mario Aguirre Sanhueza - Chile
Mónica Quintana - Chile
Myriam Duarte - Uruguay
Nora Silva Steffers - Chile
Lourdes Omaira Gedler - Venezuela
Rafael Huete - Costa Rica
Rita Marín Naranjo - Costa Rica
Susana Encina - Chile





Acompañando los cambios y necesidades de adecuación del escenario profesional de odontología en el mundo, Colgate-Palmolive brinda apoyo a otra importante iniciativa del ENLEC/PLACEO que, por medio de esta obra, propone nuevas directrices para la convergencia en educación odontológica entre los países de América Latina.

Tema recurrente en la Odontología, la convergencia de puntos y objetivos comunes para la mejora de la calidad de la enseñanza en esos países y entre las diversas instituciones de enseñanza, es el que Colgate-Palmolive tiene el gusto de patrocinar en este libro.

Nuestro compromiso es trabajar en conjunto, apoyando y fomentando iniciativas como la del ENLEC/PLACEO y la creación del ILAO, dignas de reconocimiento, que traduce el fundamento para la excelencia en odontología: un programa educativo coherente y bien estructurado para asegurar una formación y capacitación profesional uniforme, adecuada y de calidad.

Colgate-Palmolive cree en la contribución de esta obra para la salud bucal, por medio del vasto conocimiento de los renombrados especialistas que colaboraron para que este libro se convirtiera en realidad. Felicitamos a los autores y les deseamos a todos una buena lectura.

**Equipo de Relaciones Profesionales
Colgate-Palmolive América Latina**

Convergencia en educación odontológica en América Latina

En el mundo globalizado en que vivimos, la realización de los derechos fundamentales del ser humano, entre ellos el acceso a la salud, se convierte en un objetivo prioritario de nuestras sociedades, que trasciende las fronteras y los sistemas sociales y políticos. Íntimamente relacionado con este derecho a la salud para todos, está el derecho a unos servicios y sistemas sanitarios efectivos, donde la salud bucal sea una parte integral de la salud y bienestar general y donde las profesiones sanitarias, entre ellos los profesionales de la salud bucal, tengan una formación de calidad que permita satisfacer las necesidades y demandas de la comunidad.

Íntimamente imbricado en este concepto de globalización está el de internacionalización, donde los distintos países y regiones comparten experiencias, proyectos y planifican proyectos conjuntos donde se aúnan culturas, sensibilidades y se aprende a escuchar y a compartir. En el contexto universitario, esta internacionalización se facilita si existen programas efectivos de movilidad tanto de estudiantes como de docentes, lo que permite el intercambio de ideas y experiencias, así como el desarrollo de modelos de buenas prácticas en educación superior que redundan en resultados más eficientes y eficaces.

Esta intersección entre la globalización entendida en su sentido más positivo de proteger y mejorar los derechos humanos y la internacionalización que tiene como meta compartir y mejorar nuestras experiencias educativas para crear sistemas mejorados de educación superior, es lo que entendemos por *Convergencia en Educación Universitaria*. Bajo este concepto, la convergencia no es algo que pueda forzarse o imponerse, sino que mediante la comunicación entre pares y el establecimiento de modelos de buenas prácticas, permite una gradual concienciación de la comunidad educativa y crea una necesidad de cambio para adaptar el proceso educativo a las necesidades de profesionales que requiere nuestra sociedad.

La Odontología ha sufrido un cambio vertiginoso en las últimas décadas, sobre todo por el impacto de los avances científicos en las ciencias biomédicas y por el desarrollo tecnológico, lo que ha originado que las enseñanzas clásicas en Odontología, que se vienen impartiendo en nuestras facultades hasta hace muy reciente e incluso que se imparten en la actualidad, ya sean totalmente obsoletas. Por el

contrario muchos avances tecnológicos y terapéuticos que ya forman parte del *armamentarium* del dentista moderno, todavía no han permeabilizado en nuestros planes de estudio. Aunque el proceso educativo y la estructura de la oferta educativa están fuertemente influenciados por la cultura, la situación social y socio-económica, así como los métodos de provisión de servicios de atención buco-dental, que son diferentes en los distintos países, existe una necesidad y una prioridad común, la de atender las necesidades en salud bucal de nuestra población bajo la filosofía de una odontología basada en la evidencia, lo que debe servir para unificar los contenidos de la enseñanza y los estándares del aprendizaje. La Convergencia en Educación Odontológica no debe implicar, por lo tanto, un modo uniforme de enseñar y aprender, o una adherencia a una filosofía educativa específica, sino que debe conseguir unas directrices y unas recomendaciones que permitan favorecer el resultado esperado del proceso de aprendizaje, es decir, el profesional de la salud buco-dental u odontólogo que necesita la región de América Latina.

Con esta filosofía fue creada la Red de Facultades de Odontología que ha elaborado el Proyecto PLACEO (Proyecto Latino-Americano de Convergencia en Educación Odontológica). Su objetivo ha sido desarrollar unas directrices que sirvan de modelo a las instituciones educativas y a las autoridades gubernamentales y académicas para que realicen los cambios necesarios que permitan adaptar los existentes sistemas educativos en Odontología y así se logre alcanzar los estándares de formación de Odontólogos que necesitan nuestras comunidades. Para la realización de este proyecto hemos utilizado la metodología del proyecto Tuning (<http://tuning.unideusto.org/tuningeu/>) que ha servido en Europa para la realización de los programas de convergencia en educación superior de la mayoría de las titulaciones, entre ellas la de Odontología (<http://www.adee.org/cms/>). Esta metodología ha demostrado su eficacia, no solo en Europa, sino en otras partes del mundo y nos ha permitido definir el perfil de Odontólogo que necesita la región Latino-Americana tras un detallado análisis de las necesidades de atención buco-dental y los existentes sistemas de provisión de servicios. Una vez definido el perfil del profesional de la Odontología hemos diseñado un catálogo de competencias y de resultados de aprendizaje que permitirá que las universidades de toda la región puedan adecuar sus planes de estudio o diseñar nuevos *curricula* para lograr alcanzar estas metas. Igualmente hemos elaborado modelos de buenas prácticas en metodologías de aprendizaje y de evaluación, no con el objetivo de ser prescriptivos, sino de favorecer la introducción de dichos métodos dependiendo de las circunstancias locales de cada institución. Por último hemos desarrollado unas directrices en

cuanto a evaluación de la calidad del proceso educativo en Odontología y hemos propuesto un modelo de sistema de acreditación que permitirá a las autoridades académicas disponer de un sistema de referencia para establecer unos adecuados estándares de formación.

Esperamos que el resultado de este proyecto sirva además para dinamizar la comunidad académica odontológica de esta región y a través del necesario debate y análisis de estos documentos desarrollados mediante consenso que aquí presentamos, se produzca un profundo cambio en la Universidad y en particular en las Facultades de Odontología de la Región Latino-Americana que permita alcanzar los estándares de formación que necesitan los modernos profesionales sanitarios y de este modo contribuir a mejorar la salud bucal de la población.

Mariano Sanz Alonso

Catedrático de Periodoncia y Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, España.

Creación y trayectoria do ENLEC/PLACEO

prologo - II

SUSTENTO DE UNA IDEA

La salud es un derecho humano fundamental, y como tal, requiere de profesionales altamente capacitados a su servicio. Esto atañe directamente a las profesiones de la salud, siendo una de ellas la Odontología. Los profesionales que abrazan esta disciplina, como todos los demás, tienen como imperativo ir tras el logro de la excelencia, la que no depende sólo de los esfuerzos personales, sino también de la existencia de condiciones adecuadas para obtener las herramientas suficientes que posibilitan una buena praxis. Estas herramientas son adquiridas en su gran mayoría a lo largo de los años de estudio y de especialización, por lo que es allí donde debemos, primariamente, poner nuestra atención. Una eficaz formación académica en Odontología debe abarcar el manejo de varios aspectos, de manera de formar un profesional que sirva a la sociedad de forma integral y de acuerdo a sus necesidades reales. Para ello, es indispensable que disponga de los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para trabajar responsablemente en la atención efectiva de sus pacientes; que se mantenga permanentemente actualizado en sus conocimientos a lo largo de su carrera, y que sea capaz de utilizar los avances del conocimiento, integrando la tecnología a su desempeño profesional y teniendo siempre presente que debe actuar pensando en el mejor interés del paciente.

El aprendizaje de todo dominio, conocimiento, habilidades y competencias, se logra y se materializa mediante el desarrollo del currículo especialmente diseñado para conformar el perfil de egreso del Odontólogo General, el que debe enmarcarse en las necesidades que demanda la sociedad en los ámbitos de prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías más prevalentes. Así, quedará la resolución de las patologías de mayor complejidad a cargo del profesional que, en el marco de la educación continua, ha adquirido las mejores competencias para ello.

La formación profesional del odontólogo ha sido siempre un tema de constante preocupación. Se han planteado innumerables currícula que han trascendido y permeado a la sociedad de conductas en el área dental que orientan el quehacer formativo en odontología. Se agrega en el nuevo orden la globalización, que ha generado en el concierto universitario no sólo la integración, sino que también la exigencia de estándares comunes de calidad. Esto último ha permitido la existencia

de una estrecha relación entre sistemas universitarios lo que sin duda es un aporte para el logro de la excelencia. Sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos por brindar cada día una mejor gestión, siempre quedan tareas por resolver.

LA ODONTOLOGÍA EN LATINOAMÉRICA

El panorama actual de la odontología en América Latina nos muestra escasas posibilidades de movilidad e intercambio, tanto estudiantil como académico, así como también de convalidación de estudios y renovación de títulos. La razón principal la encontramos en las diferencias que todavía existen en los programas de formación y en los criterios de equivalencia curricular de cada país. La globalización, que ha estimulado estos procesos de colaboración y la movilidad estudiantil, ha hecho ver la necesidad de contar con un sistema de creditaje que posibilite la comparación de estudios, así como también la convalidación y aseguramiento de la calidad de la docencia universitaria.

Una de las esferas que más ha resentido el proceso de globalización es la educación superior, pues los modos tradicionales de formación de los profesionales en las universidades ya no son suficientes, especialmente debido a que en la actualidad los profesionales egresados de estas instituciones difícilmente pueden adaptarse a un mundo laboral tan cambiante, exigente y desvalorado.

Afortunadamente la odontología es una de las profesiones que en la actualidad ha entrado a la cultura y a la ideología de las competencias; obviamente esto puede ser sumamente beneficioso para los odontólogos, pues puede llegar a convertirse en un elemento crucial para sacarle provecho a su gestión. Sin embargo, no basta con pensar o decir que el odontólogo posee las competencias, es necesario idear conjuntamente con esa nueva mentalidad formas de servicios globalizadores, los cuales permitan promover una atención más versátil, más eficaz, con mayor equidad y calidad y con un enfoque primordialmente hacia la prevención, poniendo con ello al alcance de mayor número de personas los servicios que se ofrecen. Por un lado, esto permitirá en parte la apertura de la oferta de los servicios clínicos hacia nuevos grupos sociales más desprotegidos (reivindicando con ello la función social de la profesión) y traerá como consecuencia nuevas solicitudes de servicio.

Una de las cuestiones inherentes a la globalización, es que ésta exige el avance hacia una constante actualización disciplinar para los profesionales de la odontología, con

la finalidad de convertirlos en expertos profesionales, tanto en la técnica como en el conocimiento. Este proceso no se lleva a cabo de manera desarticulada, sino de forma integral en lo que se denomina como “Praxis Profesional”, de tal manera que todos los odontólogos estén preparados para asumir la profesión y con índices de calidad en cualquier latitud.

La globalización del odontólogo en el sistema latinoamericano es un fenómeno complejo y, hasta hoy, aún no ha sido objeto de una adecuada formalización e intenta desarrollarse a través de múltiples vínculos e interconexiones entre las diversas esferas. Sin embargo, hoy sabemos que esta no es la única forma, ya que los fenómenos, acontecimientos y decisiones tomadas en un determinado lugar, repercutirán en cualquier otro punto, independientemente de la cercanía o la lejanía de éste.

El presente Proyecto de Convergencia, se gesta después de una profunda reflexión sobre estos y otros aspectos, todos atinentes al campo de la odontología, ya sea en la formación de pregrado o posgrado o situaciones que impiden o afectan el ejercicio de la profesión. Algunos ejemplos de estos factores problemáticos son fácilmente identificables:

- La compleja situación, muchas veces dramática, que se le presenta a quién que con razones fundadas debe movilizarse cruzando fronteras, que para ejercer su profesión entregada por una Universidad, debe revalidar su título con procesos evaluativos casi imposibles de sortear.
- Estudiantes que, por razones similares, continúan sus estudios en una universidad diferente o no nacional. Al regresar, pueden apreciar que nada o casi nada se le homologa.
- Perfiles de egreso disímiles, los que cuando acceden a programas de pos título se ven en grandes desventajas.
- La odontología es una carrera de la salud en la que se observa que, para una misma patología, hay diferencias en las competencias para enfrentarlas.
- La emergencia de escuelas de universidades privadas sin un adecuado sistema de regulación, con el agravante que algunas van más tras el mercantilismo que el academismo.
- La necesidad clara e imperativa de Acreditación de la carrera para ser congruente con la fe pública.

Pensamos en forma consciente que la identificación de resultados comunes es un desafío complejo para la odontología a nivel mundial. Sin embargo, tenemos hoy la posibilidad concreta de realizarlo a nivel latinoamericano, donde encontramos ciertos puntos en común y visiones compartidas a las que debemos sacar provecho. Estas reflexiones indujeron a comprender que la formación superior en Odontología debería conjugarse con los procesos que emergen a nivel internacional; además, nos deben impulsar a buscar innovación en materia curricular, flexibilidad y lineamientos que generen una política de convergencia que permita la movilidad y otorgue solución a otros tópicos importantes vinculados a los procesos formativos, teniendo una visión clara de los mayores énfasis que se observan a partir del acuerdo de Bologna.

Esta inquietud respecto a posibilidades concretas de abordar un proyecto de convergencia, nos indujo a realizar un análisis simple de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, que pudieran afectar o favorecer la idea internalizada. Los resultados globales obtenidos nos permitieron concluir que las condiciones eran favorables para hacer el esfuerzo e impulsar el gran proyecto de convergencia en formación odontológica que Latinoamérica necesita.

Y ello porque a la hora de analizar las fortalezas se pudo apreciar que eran numerosas: la gran similitud de raza predominante; nuestros idiomas son solo dos y de raíz latina, lo cual nos permite entendernos con facilidad; tenemos credos y pensamiento filosófico y político congruente; culturalmente las diferencias casi no existen y el estado de la docencia se mantiene con diferencias o énfasis menores.

Pero además, los procesos de integración regional que vienen llevándose a cabo se acompañan de transformaciones económicas, políticas y sociales, demandando la formación de profesionales aptos para actuar en este nuevo contexto. La necesidad de compatibilidad, comparabilidad y competitividad de la Educación Superior se está convirtiendo, también, en una aspiración latinoamericana.

Dentro de este marco, adquiere particular relevancia la movilidad de estudiantes y graduados, que exige para su implementación de información fiable y objetiva acerca de los diferentes programas de estudios aplicados en los centros de formación de la región. El objetivo de nuestro proyecto debía ser entonces “Equivalencia Curricular para la Odontología en Latino América”, dirigido a la búsqueda de convergencias y similitudes en los programas de formación del recurso humano en odontología, con el propósito de avanzar en el desarrollo de titulaciones fácilmente comparables.

En cuanto a oportunidades, un episodio importante se había generado y favorecía nuestro propósito: el proceso de convergencia en la Unión Europea estaba avanzado, (hoy presto a culminar, pues 2010 es la exigencia impuesta) y entre sus ambiciones ya estaba presente la idea de extenderlo a ultramar. A partir de ese momento este proyecto tiene sin duda un excelente vínculo, pues uno de los gestores de aquel proceso en la odontología europea accedió a ser nuestro coordinador técnico, el Profesor Mariano Sanz Alonso, con una comprometida y generosa entrega y desinterés poco visto.

Creemos que cuando las oportunidades se producen hay que saber aprovecharlas, más aún si el proyecto posee iniciativa con valores, con sueños y con consecuencias positivas para toda la comunidad de la región. En este contexto, es posible acceder con éxito a los apoyos necesarios para llegar a buen puerto. Ese apoyo, que hizo posible que la idea madre se convirtiera en proyecto, vino de una de las más grandes asociaciones existentes, La Asociación Paulista de Cirujanos Dentistas (APCD), donde fue gravitante la gestión de uno de sus connotados dirigentes, el Dr. Raphael Baldacci Filho, quien con su visión y esfuerzo logró la plataforma necesaria de lanzamiento de este proyecto estratégico para preservar una formación en Odontología equitativa y de calidad en Latinoamérica. Desde aquel momento, este proyecto busca su camino para convertirse en el modelo de excelencia académica y equidad para los sectores más vulnerables de la población de nuestra región.

Para hacer efectivas estas oportunidades se deben tener en mente cambios generales para las instituciones universitarias en el siglo XXI, donde su eje fundamental debe ser la innovación, para ir tras objetivos tales como:

- Mejorar la calidad y equidad de la docencia mediante la renovación curricular y su implementación y evaluación constantes.
- Actualizar los perfiles de egreso de los estudiantes y promover la adquisición de conocimientos y competencias acorde a los perfiles.
- Centrar en el estudiante el proceso de aprendizaje fomentando la autoformación.
- Favorecer la retención y movilidad del estudiante.
- Generar un sistema común de créditos (Sistema Latinoamericano de Créditos Transferibles).

Para todo esto resulta fundamental la evaluación y mejoramiento permanente de la función docente, pues sólo así metodologías innovadoras asegurarán una entrega de calidad y excelencia académica.

Sin embargo, siguiendo el análisis, debemos develar también las *debilidades*, y aunque no sean muchas, nos enrarecen el panorama. En la actualidad, puede identificarse una situación problemática en Latinoamérica, que afecta a algunos países más que a otros: el aumento significativo en el número de universidades que a través de facultades o escuelas de Odontología entregan la carrera, y algunas poniendo énfasis en una lógica de mercado más que académica.

La formación obtenida en las más de cuatrocientas facultades y escuelas de Odontología no es homogénea, ya que no existen regulaciones regionales en relación a planes de estudio, requisitos de formación, recursos, personal académico, áreas para investigación y perfil de egreso, entre otras características. Por ello, aún estamos lejos de lo que establece UNESCO: “*la calidad de la educación es un concepto multidimensional que comprende todas sus funciones: enseñanza y programas académicos, investigación y becas, dotación de personal, alumnos, infraestructura y entorno académico*” (UNESCO. 1998. Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI. Visión y Acción. Paris).

En este somero análisis solo falta describir las amenazas, y estas se centran en la calidad, la equidad y el perfil de egreso. Denotando una crisis de identidad y de claridad en la misión de muchas instituciones de educación superior que ofertan odontología y que como universidades tratan de ser empresas eficientes, para entregar sólo docencia sin preocuparse de investigación y extensión. Por ello, este proyecto debe poner énfasis en la excelencia y buscar combatir las inequidades en la odontología como carrera de la salud.

MARCO REFERENCIAL PARA UN PROYECTO DE CONVERGENCIA CURRICULAR

La globalización ha generado en el mundo universitario un proceso de saludable integración expresado por un creciente intercambio estudiantil, la creación de redes de colaboración y, lo que es más importante, la adopción de estándares comunes de calidad. Esto último ha permitido la relación entre sistemas universitarios que hasta hace poco tiempo estaban prácticamente desvinculados.

La primera red universitaria a nivel regional surgió en Norteamérica, cuando los Estados Unidos y Canadá establecieron procesos comunes de acreditación. Esto ocurrió mucho antes que el proceso de globalización adquiriera ímpetu. Sin embargo, el ejemplo más notable, dada la diversidad de los sistemas universitarios involucrados, es el llamado “*Espacio Europeo de Educación Superior*”. A partir de la Declaración de Bologna, los países de la Comunidad Europea han constituido una estrecha asociación que en educación superior permite la libre circulación de estudiantes, reconocimientos recíprocos de títulos y grados, y un acuerdo en principio referente a la homologación de carreras.

En toda Europa en dos o tres años, las nuevas carreras tendrán una estructura homogénea; ello implica que, independiente del país de la UE donde se cursan los estudios, estos serán validados. Es un avance sin vuelta atrás que dejará sin vigor el modelo actual. Esta adaptación responde a las recomendaciones de la Declaración de Bologna y su meta es lograr la movilidad, sin trabas, de alumnos, docentes e investigadores universitarios, y la convalidación real de las titulaciones en el continente en 2010.

Todo parece indicar que, en el ámbito de la educación superior, la integración intercontinental de universidades será la próxima fase del proceso de globalización. Actualmente hay una corriente muy favorable en ese sentido, principalmente en las universidades europeas, aunque algunas de las norteamericanas también están abriéndose a esta posibilidad. En forma creciente, esas instituciones manifiestan interés en la creación de programas conjuntos con centros universitarios de otras latitudes, tanto en el pregrado como en el postgrado.

Hasta aquí hemos querido plantear los aspectos que fundamentan la decisión de llevar adelante un proyecto integrador para Latinoamérica, Anhelamos que esta *idea fuerza* se proyecte en la necesidad que tiene Latinoamérica de responder creativa y eficazmente a las condiciones y desafíos que plantea la globalización y la inserción de la Odontología Latinoamericana en el orden mundial.

Para este fin, apareció como necesidad, crear un brazo ejecutor de ENLEC, estructurándose PLACEO (Proyecto Latinoamericano de Convergencia de la Educación en Odontología). PLACEO tomó la definición de *convergencia* entendida como un movimiento global hacia estándares más altos, principalmente a través del intercambio de recursos intelectuales, como también

compartiendo las innovaciones y las buenas prácticas en currícula y evaluaciones, que puedan promocionar educación basada en la evidencia.

EL CAMINO HACIA UN PROYECTO *(un relato histórico personal de Baldacci)*

“Vivíamos el año 2006, más precisamente en agosto cuando recién nominado el Profesor Baldacci como presidente del 25 CIOSP, que conmemoraría los 50 años de la realización de los congresos impulsados por la APCD, hoy considerado uno de los mayores eventos de la odontología mundial, recibimos la invitación de la Sociedad Odontológica de Chile a través de su Presidente Prof. Mauricio Rudolph para participar en su tradicional congreso de Odontología en Santiago.

Aún sonaban en nuestros oídos los elogios por parte de colegas latinoamericanos, frecuentes participantes de nuestros congresos, en relación a la preocupación de la APCD – Asociación Paulista de Cirujanos Dentistas, por la enseñanza continua, no solo por el nivel técnico de los eventos sino también por las excepcionales instalaciones y equipamientos de la Escuela de Perfeccionamiento Profesional EAP/APCD, cuando colegas, académicos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, teniendo al frente al Profesor Francisco Omar Campos, nos condujeron a conocer el edificio y equipamientos de las nuevas instalaciones clínicas de la Facultad que posibilitaría aún mejores condiciones para la formación de nuevos cirujanos dentistas.

La satisfacción que nos embargaba a todos, por el éxito parcial que en la lucha constante era conseguido, siempre en la búsqueda por mejorar el nivel técnico científico de pregrado de los jóvenes y en su necesaria y permanente actualización, terminó llevándonos a reflexionar y en consecuencia constatar la situaciones adversas que entonces vivía la Odontología en nuestros países.

Fueron analizados, para conocimiento recíproco, las fallas y errores, algunos involuntarios, cometidos por las autoridades, algunos afectando a la enseñanza, interfiriendo en el ejercicio profesional con consecuencias graves en relación al nivel de atención de la población.

Aseguraban los colegas chilenos que el esfuerzo permanente tanto en el área académica como en la gremial, en la lucha por mejores condiciones para la formación y consecuentemente mejor atención, no surtían efectos y se citaban motivos que bajo un punto de vista de ellos, eran los responsables de este escenario.

En primer lugar, mencionaban convenios entre Chile y otros países de América Latina propiciando que cirujanos dentistas graduados en esos países, pudiesen sin ninguna verificación de currículum realizado y sin análisis de competencia ejercer en cualquier región del país sus actividades profesionales.

Otro factor citado, fue el inicio preocupante del proceso de creación indiscriminada de nuevas facultades o escuelas de odontología, estimuladas por la inversión de capitales privados, sin que hubiese por parte de las autoridades una planificación seria que tuviese presente todos los aspectos que el problema implica.

En el diálogo que tuvimos concluimos las mismas consecuencias de ese problema las tenía Brasil, ya en parte conocido por los colegas chilenos.

Les relatamos nuestra profunda decepción en los mismos términos, cuando apoyamos la idea de los miembros de la Cámara Federal de Brasil, para que el capital privado pudiera ser aplicado a la enseñanza superior, promoviendo el desarrollo en forma más acelerada en nuestro país.

Desgraciadamente, años después, nos vimos obligados a reconocer el grave error cometido, en razón de la total falta de planificación y fiscalización para que ese capital pudiese haber sido correctamente aplicado en la educación superior.

No podemos negar que existen fundaciones e instituciones religiosas o legas volcadas enteramente en un proceso educacional, pero desgraciadamente hay grupos financieros que se organizan para invertir y obtener retornos rápidos de esas inversiones mercantilizando parte de la enseñanza superior en odontología.

No podemos estar satisfechos con el esquema actual que presenta la enseñanza odontológica en Brasil, ya que en virtud de la facilidad para su creación, llegamos a casi 200 facultades de odontología, con aproximadamente 220.000 cirujanos dentistas territorialmente mal distribuidos, pues la concentración más alta en áreas urbanas de algunas regiones llega a menos de 300 habitantes por odontólogo, en cambio en áreas rurales más pobres prácticamente muy pocos o ningún cirujano dentista atiende.

A medida que las escuelas se han ido multiplicando en número, la formación de profesionales llega a más 13.000 en un solo año, el exceso de cirujano dentistas ya se está evidenciando, tornándose más difícil, especialmente para los más jóvenes, conseguir su

subsistencia con el ejercicio de la profesión que eligieron. La desvalorización del profesional, inclusive en las áreas públicas, también se ha deteriorado.

Siendo la Odontología, actualmente, en un 80% entregada por facultades privadas, y financiada por los padres, esa dificultad creciente para el posterior ejercicio de su profesión, propenden a aconsejar a sus hijos, optar por áreas de actividad donde existan mayores oportunidades, disminuyendo año a año, la opción por la carrera Odontológica.

Se inicia así una disputa entre las facultades en la búsqueda de alumnos. Sin ninguna fiscalización en los exámenes de los procesos selectivos y jóvenes sin ningún conocimiento básico que les dé la condición de estar en un curso superior son admitidos indiscriminadamente. El aprendizaje y las competencias durante la realización del curso, podrían no ser exigidos por existir el riesgo de no ser aceptados por los alumnos frente a la posibilidad de transferencia para otras facultades menos exigentes.

En cuanto a las autoridades, éstas no califican las consecuencias como la degradación de parte de la enseñanza, formando profesionales sin conocimientos de las ciencias básicas, con deficiencias graves en los aspectos técnicos, sin formación humanística que lo capacite para insertarse en la comunidad como un agente transformador capaz de encontrar soluciones individuales o colectivas relacionadas no solo a la salud bucal, sino también en condiciones de mejorar la calidad de vida de la población, principalmente las más necesitadas.

Desgraciadamente, esta realidad provocada por una parte de las facultades va deprimiendo la imagen de la profesión, inclusive con el agravante del número creciente de acciones judiciales, poniendo en riesgo la fe pública.

La situación presentada mereció la reprobación de todos los presentes, pero despertó el interés en discutir lo que efectivamente juzgábamos importante e imprescindible para una profesión de la salud como Odontología, de tal manera que sus profesionales con conocimientos científicos básicos necesarios tuviesen también un dominio absoluto de las técnicas que posibilitasen ejercer una práctica profesional de excelencia en beneficio de la población.

Concluimos que todos debían tener esa condición y, por tanto, el problema no se restringía a las superaciones necesarias en nuestros países. El recuerdo de la globalización nos llevó a ampliar nuestro horizonte, no solo para nuestros vecinos, sino también para todos los países de América Latina.

Cuando comenzamos a impulsar medidas que podrían ser tomadas para evitar la continuidad de los problemas existentes, el Prof. Francisco Omar Campos trajo a colación lo que estaba ocurriendo en Europa, donde la globalización había avanzado mucho y la “Declaración de Bologna” ya traducía la sensibilidad de autoridades de países componentes de la Unión Europea, consientes de que su real integración económica solamente se completaría con la superación de los problemas sociales los cuales podrían efectivamente ser minimizados o hasta superados por la educación en el mejor nivel que pudiesen lograr todas las regiones europeas.

Nos informó de diversos hechos ya ocurridos, del apoyo de los gobernantes, rectores, profesores universitarios y estudiantes en relación a lo que pensaban de una necesaria convergencia de los currículos para que en un formato aún sin ser aprobado, posibilitase a los jóvenes obtener su formación profesional en más de un país sin sacrificios de tiempos o recursos para esta graduación.

Para nuestra mayor satisfacción, el Prof. Francisco Omar Campos nos relata de su amistad con el Prof. Mariano Sanz Alonso, Catedrático de Periodoncia y Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, escogido por sus pares para coordinar todo ese proceso en el área Odontológica.

Todos nos pusimos de acuerdo con los principios y objetivos e inclusive conscientes de las enormes dificultades enumeradas para divulgar, movilizar, concentrar, investigar para el desarrollo de un proyecto, superados en la Unión Europea por la concientización de los gobernantes que oficializaron el proyecto y lo dotaron de los medios necesarios para su concretización.

Nuestro deseo, para algunos era sólo un sueño, casi una utopía muy difícil de materializarse.

Antes de nuestro regreso a Brasil, ocurrieron dos hechos importantes. Un almuerzo con el Prof. Dr. Francisco Omar Campos, que más allá de su liderazgo académico, era el Coordinador de los Seminarios Odontológicos Latino Americanos en Chile (SOLA) y con el Prof. Dr. Nicolás Triantafilo Vladilo, entonces el Presidente de la Academia de Estética y Cosmética Dento Facial de Chile y Presidente Internacional de SOLA, donde recordamos los principales aspectos de las discusiones ocurridas en aquellos días, reafirmando el propósito de llevar adelante las ideas y relacionar los problemas a ser evaluados para poder superar las enormes dificultades con que ciertamente nos

enfrentaríamos. En un último encuentro con el Prof. Campos abordamos con mayor énfasis los recursos materiales que necesitaríamos.

Teníamos en función de los cargos que ejercíamos y de los que ya habíamos ejercido, grandes contactos en el área académica y asociativa con casi toda América Latina, lo que de cierta forma era un facilitador de la comunicación.

Dijimos que durante los años que presidimos APCD con la colaboración y el trabajo de varios colegas, conseguimos e internacionalizamos nuestro congreso. Por mi formación académica siempre apoyé las iniciativas que durante los congresos tendiesen a elevar el nivel de la enseñanza en Odontología, lo mismo con las iniciativas de actualización permanente de nuestros colegas. Proyectos específicos como el “Proyecto de Enseñanza e Investigación” y el “Proyecto de Salud Colectiva” fueron creados para impulsar análisis y encontrar los mejores caminos en este sentido.

Aseguramos al Prof. Francisco Omar Campos que estábamos convencidos que en el seno del 25° CIOSP tendríamos aceptación para nuestra idea por parte de los colegas que formaban la Comisión Organizadora Central (COC) del 25° CIOSP, Con la posibilidad de tornar realidad la idea fraguada.

Regresando a Sao Paulo relatamos lo acontecido en Santiago a la Presidencia de la APCD, que de común acuerdo transferimos estatutariamente la decisión sobre el asunto a los miembros dirigentes del Congreso en su versión 25°.

Por unanimidad las ideas fueron aceptadas por el COC, inclusive nuestra propuesta de que la coordinación general del proyecto quedase a cargo de nuestra colega Elenice Aparecida Nogueira Gonçalves, entonces Coordinadora Ejecutiva de EAP/APCD, Presidente del 20° CIOSP y ex Directora de Facultades de Odontología de FMU.

El trabajo para el desarrollo de ese proyecto fue intenso, en función del corto espacio de tiempo para la formulación de las invitaciones a las autoridades, rectores, directores y profesores de diversos países, organizados por el programa, y las medidas necesarias para concretarlo tomando en cuenta pasajes, hospedaje, alimentación, etc.

El Prof. Francisco Omar Campos fue informado de la decisión. La Profesora. Elenice Nogueira invitó al Prof. Joao Humberto Antoniazzi y al Prof. José Ranali para que le asesoraran en los trabajos que bajo una influencia de necesaria convergencia

curricular fue entonces denominado ENLEC (Encuentro Latinoamericano de Equivalencia Curricular) cuyo tema principal sería “Necesidad de Equiparación Curricular en América Latina”. El encuentro inicial fue agendado para el 29 de enero de 2007, durante el congreso del 25° CIOSP, cuyo Presidente de Honor fue el Ministro de Salud Dr. José Gómez Temporão.

Por sugerencia del Prof. Francisco Omar Campos, fue invitado el Prof. Mariano Sanz Alonso para participar en el evento, invitando también a todos los Decanos y Directores de Facultades de Odontología de América Latina.

Para nuestra profunda tristeza, a principios de enero de aquel año, fuimos sorprendidos por el fallecimiento de la Prof. Elenice Nogueira lo que hizo aumentar la responsabilidad de todos nosotros para intentar suplir su gran capacidad de trabajo, su conocimiento y el entusiasmo con que se dedicó a esta nueva tarea.

Como homenaje a nuestra colega, luchadora incansable de la docencia y de la Odontología, acordamos seguir íntegramente lo oficiado por ella. Fue convidado entonces el Prof. Joao Humberto Antoniazzi, por sus competencias debidamente reconocidas y las responsabilidades en la conducción de más de 10 versiones del Congreso.

El día 29 de enero, en el hotel Holiday Inn en San Pablo, el Dr. Silvio Jorge Cecchetto abrió los trabajos del Primer encuentro Latinoamericano de Equivalencia Curricular ENLEC, y nosotros comunicábamos a los colegas de América Latina el placer de recibirlos para en conjunto intentar transformar en realidad este sueño.”

EL MOMENTO ACTUAL

A partir del primer Encuentro de Equiparación Curricular de la Formación en Odontología para Latinoamérica (ENLEC) efectuado en Sao Paulo en Enero de 2007, con la inesperada participación de un alto número de autoridades de universidades de diferentes países de Latinoamérica, se han efectuado a la fecha cinco eventos, tanto de expertos en educación superior en odontología como de decanos y directores de diversas facultades, viéndose incrementado su número de asistentes. Esto ha demostrado el gran interés de los representantes de universidades latinoamericanas por apoyar con sus ideas y sugerencias, más el compromiso de trabajar para que PLACEO sea viable.

En cuanto a la convergencia, el comité técnico, bajo la coordinación del profesor Mariano Sanz, e integrado por un elevado número de expertos, ha trabajado arduamente en investigar y definir diferentes tópicos relacionados con estructuras curriculares, para llegar a un documento de consenso. Ese texto ha sido ya filtrado y aceptado por los comités y hoy editado para socializarlo, poniéndolo en manos de los directivos de las 422 facultades de odontología contabilizadas en toda la región latinoamericana, para sus comentarios, observaciones y/o sugerencias etc.

Desde sus inicios, el interés de las facultades por sumarse a esta cruzada ha seguido una curva ascendente, lo que ha facilitado el trabajo técnico por la concurrencia de excelsos expertos venidos de diferentes países, aun cuando no siempre hemos podido incluirlos a todos por buscar que en numero racional constituyan los grupos de trabajo que sean más productivos. Sin embargo, la implementación generosa, a través de la red de la Plataforma Moodle de USP, permitió que fueran muchos los que interactuaran con opiniones y observaciones muy valederas que sirvieron de retroalimentación en los planteamientos de los expertos de esta crucial etapa para el proyecto PLACEO.

No nos cabe duda de que el interés es general, pero paradójicamente, quienes en realidad han demostrado interés mayor son los países en que encontramos facultades de gran nivel de excelencia académica, con estructuras modernas y de elevados estándares en calidad, y que están demostrando un interés solidario para que el mañana sea mejor para nuestra querida profesión.

Francisco Omar Campos Sanhueza

Vice Decano, Facultad de Odontología. Universidad de Chile

Raphael Baldacci Filho

Profesor aposentado da Facultad de Odontología da Universidad de São Paulo (FOUSP) e ex-presidente da Associação Paulista de Cirurgiões Dentista (APCD)

Acreditación: el futuro de la odontología en América Latina - papel del ILAO

El papel desempeñado por una institución de enseñanza superior se vincula a su comunidad y a la sociedad para calificar y mejorar el proceso de vida, la inserción social, el desarrollo cultural como identidad humana, el pleno y competente ejercicio de la ciudadanía, de la libertad, del libre pensamiento y el del ser social y único.

Esta interfaz de la institución de enseñanza con la sociedad en la atención de sus necesidades, impone el reconocimiento de su calificación para alcanzar cada uno de los objetivos ya mencionados.

En el área de la salud, la formación de los profesionales tiene la dimensión de la atención íntegra del otro y del colectivo, representado por todos los seres que componen el agrupamiento social, en todas sus dimensiones existenciales, física, psíquica y social, en la promoción de la salud, del bienestar y de la recuperación debido a la morbilidad presente. Por lo tanto, en lo que se refiere al campo de la odontología y a la formación de los profesionales en ella inseridos, sirve de base a las acciones propias para el conocimiento, al desarrollo de prácticas pertinentes, de conducta ética y de afección humana desde la promoción de la salud bucal, pasando por el cuidado materno-infantil, por la atención en la infancia, en la adolescencia y juventud, hasta las medidas de atención a adultos y ancianos, realizando un acompañamiento individual y colectivo desde antes del nacimiento hasta el final de la vida o existencia.

En este contexto amplio y significativo, las instituciones de enseñanza superior odontológica deben ser capaces de producir conocimiento y tecnologías que atiendan las necesidades de promoción y recuperación de la salud bucal en las comunidades en las que se insieren. Tal inserción, a su vez, extrapola el locus restringido de una circunscripción geopolítica para envolver el todo de una nación e incluso de muchos países existentes en un continente dimensionado por una unidad geográfica y cultural.

Es importante que los parámetros de la producción intelectual y del quehacer, así como de la apropiada formación de los profesionales relacionados a la salud bucal (cirujanos-dentistas, especialistas, postgraduados, doctores, profesores, técnicos en prótesis dentales, técnicos en salud bucal, auxiliares de prótesis dentales y auxiliares

de salud bucal) sean bien definidos, conocidos y aplicables. Esos parámetros deberán ser evaluados, revisados y supervisados de forma constante y permanente, así como también debe haber un programa continuo de búsqueda de la excelencia, incluyendo la gestión del proceso que asegure un estándar mínimo de calificación.

Como consecuencia de este pensamiento, las reuniones anuales del **ENLEC** (Encuentro Latinoamericano de Equivalencia Curricular) han sido importantes, significativas y fundamentales para la movilización de la comunidad odontológica latinoamericana, tanto académica como asociativa, y en la producción del conocimiento relacionado con las múltiples realidades regionales, desde las necesidades y políticas de salud bucal, hasta la forma de atención y resolución de las morbilidades prevalentes. Esto se hace concreto por medio de la formación de grupos de trabajo en el **PLACEO** (Proyecto Latinoamericano de Convergencia en Educación Odontológica) para documentar lo siguiente: el estado actual de la salud bucal común a todos los países latinoamericanos, el estudio del perfil del cirujano-dentista para atender de forma competente a esta comunidad, la determinación de las mínimas y máximas competencias del profesional de salud bucal, así como estructurar las instituciones de enseñanza y el proceso de aprendizaje para calificar a estos profesionales y, finalmente, los conceptos de evaluación y los instrumentos capaces de establecer estándares mínimos y de excelencia para América Latina.

Es importante plantear que la discusión en el ámbito asociativo y académico, con libre y espontánea adhesión por parte de los expertos de esta unidad cultural y geográfica latinoamericana, hizo necesaria la creación de un organismo privado, supranacional, capaz de realizar la acreditación de las instituciones de la enseñanza odontológica, del ejercicio profesional individual y colectivo y de los establecimientos de prestación de servicio odontológico de cualquier naturaleza. Siendo así, fue concebido y creado el **Instituto Latinoamericano de Acreditación en Odontología (ILAO)** para desempeñar estas funciones de evaluación, certificación de la acreditación mínima deseable, de la supervisión, del proceso de implantación y desarrollo de estándares de calidad y también de la consultoría permanente para la búsqueda de la excelencia en el área de la educación odontológica en América Latina.

La acreditación efectuada resultará en que la certificación de cada uno de los actores envueltos en la salud bucal latinoamericana será reconocida y respetada, lo que permitirá y facilitará el intercambio entre instituciones, asociaciones y acciones gubernamentales comunes.

Es necesario entender que la acreditación es un procedimiento de control y garantía de la calidad en la educación odontológica como resultado de la inspección y evaluación que reconoce que una institución satisface estándares mínimos aceptables para una determinada región. Para ello, se utilizan sistemas de evaluación y certificación de la calidad de la enseñanza-aprendizaje y de la práctica odontológica de forma reservada, siempre y cuando sea solicitada por decisión propia, voluntaria y periódica. Por lo tanto, la acreditación es una acción coordinada por el ILAO, sin ningún vínculo o dependencia gubernamental, en el ámbito nacional y supranacional, y le cabe desarrollar y actualizar las metodologías de evaluación y de proyección para la búsqueda de la mencionada excelencia. La certificación de la acreditación, sin finalidad de fiscalización o de control oficial, tiene un carácter eminentemente educativo de mejora continua.

Estos procedimientos no están en confrontación con las normativas, licencias, reconocimientos y autorizaciones propias del gobierno de cada país, sino que garantizan y aseguran la calidad en la formación de los profesionales del área de la salud bucal en todos los niveles de actuación como consecuencia de la calidad de la enseñanza-aprendizaje, en la actuación en equipos de trabajo profesional y en la investigación, que se mejoran constantemente por medio de la gestión competente, llevando en consideración y formulando criterios y objetivos adecuados a la realidad de la salud bucal de cada país.

El **Instituto Latinoamericano de Acreditación en Odontología (ILAO)** regirá sus acciones por la búsqueda de la credibilidad y la legitimidad de las acreditaciones y certificaciones que realice con manifiesta calidad y ética en sus procedimientos, de forma tal que los resultados obtenidos y los procedimientos de acompañamiento, supervisión y metas a alcanzar, todos ellos realizados reservadamente, alcancen la excelencia deseada.

Con el apoyo del **ENLEC** en la movilización de los liderazgos académicos y asociativos, con la continuidad del **PLACEO** para la instrumentación y para el desarrollo de sus cuadros funcionales y de gestión, **ILAO** deberá editar:

1. Normas del Sistema de Acreditación Latinoamericano en Educación Odontológica.
2. Manual de Acreditación Latinoamericano en Educación Odontológica.



Estas tareas permitirán normatizar el proceso de enseñanza-aprendizaje, las condiciones de funcionamiento de las instituciones en lo que se refiere a la estructura física y los recursos operativos y de gestión, de tal forma que la calidad de los mismos se mejore constantemente. Las normas son parámetros que colaboran en el trabajo interno de las instituciones, en la capacitación del cuerpo docente, de los empelados y colaboradores, en la verificación de la calidad del egreso y en el análisis permanente de la calidad de la gestión.

La acreditación y la certificación realizadas por el **ILAO** y el cumplimiento de las Normas conferirán a la Institución de Enseñanza Odontológica credibilidad, calidad y ética en su acción educativa, obteniendo como resultado una mayor y reconocida visibilidad entre las instituciones de enseñanza congéneres y la sociedad, tanto en el ámbito nacional como en toda América Latina.

De tal forma, la Educación Odontológica Latinoamericana podrá ser plenamente reconocida, valorizada e inserida en el contexto de la salud bucal mundial.

José Ranali

Profesor Titular de Farmacología de la Facultad de Odontología de Piracicaba de la Universidad de Campinas, Piracicaba, Estado de São Paulo, Brasil

João Humberto Antoniazzi

Profesor Titular de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de São Paulo, São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil

Nicolás Triantafilo Vladilo

Presidente Academia de Estética y Cosmética Dentofacial de Chile

Lia Raquel Motilinsky

Secretaría Ejecutiva del ILAO

Índice

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN 37

Capítulo 2

LA SALUD BUCAL EN AMÉRICA LATINA Y LA PROPUESTA DEL PERFIL PROFESIONAL DEL ODONTÓLOGO LATINOAMERICANO PARA EL SIGLO XXI 45

- I. Distribución demográfica de la población en América Latina 49
- II. Epidemiología de las patologías buco dentales en América Latina 51

Capítulo 3

LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL Y LA PROPUESTA DEL PERFIL PROFESIONAL DEL ODONTÓLOGO LATINOAMERICANO PARA EL SIGLO XXI 57

- I. Prestación de servicios en América Latina 59
- II. Atención primaria en salud bucal en América Latina 62
- III. Equipo de salud bucal en América Latina 63
- IV. Convergencia en el perfil del odontólogo latinoamericano 65
- V. Perfil del odontólogo latinoamericano 68

Capítulo 4

COMPETENCIAS PARA EL DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO EN ODONTOLOGÍA EN ACUERDO CON EL PERFIL DEL ODONTÓLOGO EN AMÉRICA LATINA 69

- I. Genealogía de las competencias en relación con las necesidades de formación de recursos humanos en odontología 73
- II. Propuesta taxonómica para competencias odontológicas 75
- III. Competencias del odontólogo de acuerdo con los dominios profesionales 76
- IV. Competencias propias del odontólogo 80

Capítulo 5

MODELOS Y ESTRUCTURAS CURRICULARES EN ODONTOLOGÍA 89

- I. Modelos curriculares 91
- II. Marco histórico 92
- III. Modelos curriculares en Odontología 96
- IV. Evaluación de los modelos curriculares 100

Capítulo 6

ENSEÑANZA-APRENDIZAJE EN ODONTOLOGÍA 101

- I. Métodos de enseñanza-aprendizaje en odontología 103
- II. Procesos de evaluación 111
- III. Créditos académicos 115
- IV. Propuestas 118

Capítulo 7

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA EN LAS UNIVERSIDADES DE AMÉRICA LATINA 119

- I. Evaluación del proceso educativo 123
- II. Evaluación del personal académico 125
- III. Evaluación de los planes de estudio 127
- IV. Evaluación del personal de apoyo 129

Capítulo 8

SISTEMAS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN PARA LA GARANTIA DE LA CALIDAD EN LAS FACULTADS DE ODONTOLOGÍA DE AMÉRICA LATINA 131

- I. Aseguramiento de la calidad 133
- II. Mecanismos de aseguramiento de la calidad 135
- III. Autoevaluación 138
- IV. Visita de pares evaluadores externos 140
- V. Conclusión 143

Capítulo 9

UNA PROPUESTA PARA UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: DIMENSIONES, COMPONENTES Y CRITERIOS 145

- I. Dimensión 1 contexto institucional 148
- II. Dimensión 2 - proyecto académico-pedagógico 151
- III. Dimensión 3 – comunidad universitaria 157
- IV. Dimensión 4 – infra estructura e equipajes 162

Capítulo 10

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE ACREDITACIÓN EN ODONTOLOGÍA (ILAO) 167

- I. Acta de la constitución del Instituto Latino-Americano de Acreditación en Odontología (ILAO) 169
- II. Estatuto Social del Instituto Latino-Americano de Acreditación en Odontología (ILAO) 172

REFERENCIAS 183

ANEXOS (ver páginas 197 a 208 del Portugués)



CAPITULO 1

introducción





CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

ENCONTRAR UNA DEFINICIÓN única de calidad desde el punto de vista de su aplicación en la Educación Superior es complejo. Se podría decir que existe un concepto multidimensional de la calidad que además ha variado en el tiempo ajustándose a los cambios que se han suscitado en la Educación Superior en los últimos 50 años. Ya desde el inicio de la década de los 80, la educación superior, prácticamente en todo el mundo ha experimentado un cambio sustancial, “cambio de paradigma”, dado que hasta hace poco tiempo los paradigmas dominantes en el aseguramiento de la calidad en educación superior, eran los que el autor norteamericano Cook¹ denominó “el modelo del mandato” y el “modelo de la autonomía”. Según el propio Cook ambos modelos representan dos enfoques distintos, aunque en numerosas ocasiones coexisten. Esta cuestión lo vimos en diferentes países de Latinoamérica, siendo Argentina uno de los más evidentes.

En el modelo del mandato, para Cook¹ “*la calidad institucional era vista como un asunto de legislación o de orden administrativo*” donde las leyes establecían los factores que debían ser mensurados y de esta manera se consideraba que la calidad estaría asegurada. En este modelo, la supervisión de las instituciones estaba a cargo de los Ministerios de Educación, en los cuales existía regularmente una “oficina” o “dirección” que se encargaba del tema, con la omnipresencia de agentes gubernamentales que cumplían su función con un alto grado de centralización y procedimientos marcadamente burocráticos, que como se advertía no tenían contacto efectivo con las comunidades universitarias. En general no había evaluación, y en los pocos casos que la misma existía, se refería casi sistemáticamente a cuestiones de llenado de formularios o encuestas que no podía reflejar la efectiva realidad de la institución. En estos casos los inspectores cumplían el rol pero no siempre en contacto directo con las instituciones².

En el “modelo de la autonomía” tiene su fundamento en el principio de la autonomía universitaria y en la idea que toda intromisión externa atenta contra dicho principio, por lo que la comunidad y el medio social deben aceptar lo que la institución universitaria invocaba como expresión de calidad en el cumplimiento de sus propósitos u objetivos. En este contexto la relatividad propia del concepto de calidad hacía surgir diversas definiciones que se aplicaban en función de lo que la institución estimaba como su propósito, y que en el medio latinoamericano estaba limitado a los niveles formativos profesionales los cuales se pretendían alcanzados con un nivel de excelencia que no era sistemáticamente evaluado. Dentro de esta concepción de la calidad, la universidad era la única que se juzgaba a sí misma, establecía sus propios códigos respecto de su eficiencia educativa y establecía el perfil para su reconocimiento público, lo cual era aceptado por la sociedad la cual hacía fe pública de la calidad de la enseñanza así concebida.

A partir de la década del 80 en la mayor parte de los sistemas de E. S. del mundo, se han producido un conjunto de reformas, que en ocasiones, han producido modificaciones algunas de ellas efectivas y de fuerte impacto en el desarrollo de este sector del conocimiento de tanto valor para el crecimiento de los países. En los últimos 20 años se entiende que en educación superior la calidad significa preparar a un individuo que contribuya decididamente al progreso y a la modernización de su medio, lo que implica que la calidad, la pertinencia y el impacto de ésta deban verse reflejados en su medio social y además que puedan ser medidos con parámetros internacionales que permitan una convergencia en la enseñanza para facilitar el intercambio estudiantil, académico y profesional y para compartir el

uso de recursos educacionales. La internacionalización de la educación superior y el mejoramiento de la calidad han sido la preocupación de organismos mundiales tales como la UNESCO³ y el Banco Mundial⁴ tanto en los aspectos de generación y transmisión de conocimiento, como en el aporte de los recursos financieros para la introducción de los cambios necesarios en el mejoramiento de la calidad.

En América Latina y el Caribe muchas de las reformas que han ocurrido en Educación Superior en los distintos países han sido producto de las políticas de ajuste que han impuesto los gobiernos en ocasiones en razón la presión de los organismos internacionales como el Banco Mundial. Las características principales de estas reformas han sido en términos generales:

1. La nueva relación entre la Universidad, el Estado y la Sociedad determinada por un fuerte posicionamiento de los Gobiernos con relación a la Educación Superior;
2. Cambio sustancial del eje de preeminencia de la educación superior desde la órbita del estado y del poder corporativo hacia la esfera del mercado y la competencia;
3. Diferenciación horizontal y vertical de los sistemas e instituciones;
4. Puesta en marcha de procesos de garantía de la calidad de los sistemas educativos (servicios y productos) a través de procedimientos de responsabilización pública de las instituciones;
5. Demandas crecientes dirigidas hacia las instituciones y los sistemas para elevar la relevancia y pertinencia de sus funciones de conocimiento;
6. Diversificación y racionalización de las fuentes de financiamiento de la educación superior;
7. Adopción de culturas organizacionales centradas en la innovación y el emprendimiento y, como consecuencia de estas tendencias;
8. Masificación de los sistemas, producto de la oferta cada vez mayor de oportunidades de acceso. La masificación de la E.S ha determinado un incremento exponencial en el número de alumnos y de instituciones universitarias. El número de instituciones universitarias pasó de 75 en 1950 a más de 2.900 en la actualidad, las que en su mayoría son privadas. El número de estudiantes pasó de 276.000 en 1950 a más de 17 millones en la actualidad. La matrícula se multiplicó por 60 veces en 50 años, correspondiendo más del 50% de la matrícula universitaria a universidades privadas.

Es importante resaltar que un factor fundamental en el impulso de muchas de las reformas citadas anteriormente la constituye la movilidad geográfica y cultural como también la velocidad con la cual se crea y difunde el nuevo conocimiento, la movilidad de los estudiantes académicos y profesionales, los programas de intercambio y las actividades internacionales multicéntricas en la investigación científica, que han dado un nuevo cariz a las relaciones de las instituciones de educación superior originando demandas crecientes dirigidas a elevar la relevancia y pertinencia de sus funciones de conocimiento, educación, y creación.

También esta movilidad, ha constituido el principal impulso para la instalación de procesos de reconocimiento mutuo y de convalidación de títulos profesionales y grados académicos, que aunque es un hecho habitual tanto en Europa como en Norteamérica, también empieza a preocupar a los gobiernos y Ministerios de Educación en Latinoamérica. De hecho existe un esfuerzo del Mercosur Educativo para llevar adelante un proceso de acreditación de carreras y para establecer dimensiones, componentes, criterios e indicadores encaminados a los procesos de mejoramiento de la calidad educativa en varias carreras, entre las que se incluye la Odontología.

Dentro del marco de estas reformas, el Proyecto PLACEO pretende desarrollar un sistema de evaluación y acreditación para asegurar la calidad en las Facultades de Odontología en América Latina. Para ello se pretende establecer unos criterios mínimos de calidad y unos mecanismos de acreditación, que respetando la autonomía universitaria y la autonomía nacional puedan implementarse con unas características propias un grado de implementación diferente.

Concepto y objetivos

La calidad es intrínseca al sistema universitario y desde el inicio de la universidad sus actividades tendieron sistemáticamente lograrla, por lo que esta palabra no es ajena a los ámbitos de la educación superior, aún cuando como decíamos al principio la calidad era “natural” en la universidad. Igualmente en el contexto de la sociedad moderna, una de las palabras más utilizadas es “calidad”. Se habla de calidad de vida, calidad de las instituciones y calidad en el trabajo, la mayor parte de las veces sin precisar qué se entiende por calidad o desde qué enfoque se utiliza este término. De ahí que podamos decir que el término calidad es un concepto relativo que puede ser definido desde una perspectiva multidimensional.

Hablar de calidad en la educación y más precisamente en la educación superior tiene una concepción compleja y en ocasiones difícil de definir, teniendo en ocasiones en la actualidad una visión más cercana a la mirada de la institución educativa como una empresa, que como una mera institución que genera y transmite conocimientos. Esta acepción de la Universidad y la Educación Superior desde la lógica del mercado es también consecuencia del avance de la educación privada en los últimos cincuenta años y de la necesidad de los Gobiernos de justificar adecuadamente sus partidas presupuestarias en Educación Superior. La filosofía utilizada sobre calidad en las empresas u organizaciones industriales, comerciales y productoras de bienes y servicios, orientan a la institución educativa como una empresa del conocimiento, donde se producen servicios y bienes, tales como la educación, la ciencia, la tecnología y la cultura para alcanzar un verdadero desarrollo humano sostenible y sustentable. En consecuencia, han aparecido nuevos conceptos derivados de esta concepción innovada y actualizada de lo que las universidades estiman como calidad, conceptos como los de rendición de cuentas y responsabilidad en el uso apropiado de recursos y aumento de la eficiencia (Accountability); el de evaluarse frente a la mejor práctica (Benchmarking); el de autorregulación, que fija reglas y estándares internos y evaluación en el cumplimiento de los objetivos; el de acreditación que es un proceso orientado a obtener una autorización o la certificación fundamentada en una evaluación externa de la calidad de acuerdo a criterios y estándares fijados por un organismo externo a la institución o programa en proceso. Todos estos conceptos están incluidos en lo que hoy se estima el ciclo de la calidad, que es un proceso continuo de análisis y acciones en pos del mejoramiento de la calidad y que se traduce en una gestión o administración de la calidad, en la que se incluyen mecanismos de control, de aseguramiento, de alcanzar metas en el mejoramiento de la calidad y de evaluar los resultados⁵.

La calidad en educación superior es, por lo tanto, un concepto multidimensional, entendido de manera diferente en relación a los distintos objetivos y actores en los ámbitos internos y externos de la universidad y del sistema universitario. Dimensiones pedagógicas, científicas, técnicas, infraestructurales, sociales, culturales, económicas, políticas, morales son esenciales en la constitución de las funciones y actividades de la educación superior y conjuntamente conforman el complejo fenómeno al cual se atribuyen los conceptos de calidad.

Esta idea de la evaluación de la calidad como herramienta fundamental en el mejoramiento de la educación superior en una etapa de la historia donde el conocimiento

es central para el desarrollo de los países. Sin embargo, pensar en la calidad en la educación superior, únicamente desde la óptica del mercado y en base a procedimientos implementados en la industria, donde la calidad educativa puede ser visualizada con diseños propios de la economía, como índices de desarrollo, rentabilidad, cálculos de costos-beneficios o rendimientos económicos de las inversiones, tasas de crecimiento cuantitativo de matrícula, formación en períodos cortos de estudio, proporción profesores-estudiantes, números de producción científica, expansión de los sistemas, medición de desempeño, rendimientos estudiantiles, capacidad de captación de recursos en variadas fuentes, empleabilidad, etc., puede ser útil en países económicamente desarrollados, pero puede comprometer conceptos universales como la pertinencia y la equidad en países en desarrollo. En países con economías comprometidas y donde las condiciones socio-económicas solo permitan altos niveles de inversión educativa en los ámbitos de la enseñanza privada, lo que puede generar importantes desequilibrios sociales. Es por ello importante asegurar que la garantía de la calidad en Educación Superior debe incluir dimensiones de carácter cualitativo, como las aptitudes morales y éticas y los valores cívicos.

Esta importante consideración sobre los valores culturales y socioeconómicos de cada país y región fue claramente aludido en la Conferencia Mundial de la Educación Superior celebrada en París en 1998 10 en su “Declaración Mundial sobre Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y Acción”, en el Artículo 11: Evaluación de la Calidad, habla de la calidad de la educación superior como “*un concepto pluridimensional que debería comprender todas sus funciones y actividades*” donde se destacan las acciones que se deberían llevar a cabo como ser “*autoevaluación interna y un examen externo realizados con transparencia por expertos independientes, en lo posible especializados en lo internacional*” con “*instancias nacionales independientes, y definirse normas comparativas de calidad, reconocidas en el plano internacional*”, pero destacando que se deben tener “*debidamente en cuenta los valores culturales y las situaciones nacionales*”. Es decir que la Declaración Mundial sobre Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y Acción no marca conceptos duros y su criterio es amplio dejando librado a las situaciones nacionales e institucionales las definiciones sobre qué calidad, en qué contexto y que actividades de garantía de calidad se deben implementar.

Para concluir tomamos el concepto de la Declaración de la Conferencia Regional de la Educación Superior – 2008, denominada Declaración de Cartagena que destaca que es necesario “*reivindicar que calidad es un concepto inseparable de la equidad y la pertinencia*”.

CAPITULO 2

la salud bucal en américa latina y la propuesta
del perfil profesional del odontólogo
latinoamericano para el siglo XXI





CAPITULO 2

LA SALUD BUCAL EN AMÉRICA LATINA Y LA PROPUESTA DEL PERFIL PROFESIONAL DEL ODONTÓLOGO LATINOAMERICANO PARA EL SIGLO XXI

SE DEFINE AMÉRICA LATINA a los 20 países de este continente donde su idioma oficial es una de las lenguas romances (español, portugués y francés)^{1,2,3}. Su población se estima que alcanzará en el año 2010 alrededor de 582.000.000 de habitantes, con un gran número de jóvenes menores de 25 años y con una esperanza de vida entre los 70 y 80 años de edad, por lo que la proyección para el año 2025 es que la población adulta alcance un tercio del total de la población. En la actualidad la mayor parte de la población está ubicada en zonas rurales aunque existe un importante número de macro-urbes con una altísima densidad de población^{2,3,4,5}.

Racialmente, América Latina es un continente heterogéneo, con una diversidad cultural y religiosa muy singular. Desde el punto de vista socioeconómico, los índices reflejan un alto nivel de pobreza, solamente superados por África y el sureste Asiático, con ciertos países todavía

sufriendo altas tasas de analfabetismo. Estos datos reflejan una sociedad con una gran inequidad, donde un importante porcentaje de la población tiene acceso limitado a la atención sanitaria general y a la atención bucal en particular, lo que ocasiona dificultades en la implementación de programas de promoción de salud bucal y prevención de las enfermedades bucales^{6,7,8,9,10}.

Epidemiológicamente, en América Latina los indicadores en salud bucal presentan con un alto grado de enfermedad si se compara con otros lugares del mundo. A pesar de los avances que ha experimentado la odontología, la falta de acceso a la atención sanitaria, especialmente para los estratos económicos menos favorecidos, conduce a que las enfermedades bucales continúen siendo un problema de salud pública, tanto por su magnitud, como por el impacto que generan en la calidad de vida de las personas y las comunidades^{11,12}. Entre las enfermedades bucales más comunes, los índices de caries y de enfermedades periodontales se encuentran entre los más altos del mundo^{11,12,13}. Igualmente, en poblaciones mayores de 65 años, el porcentaje de edéntulos en América Latina también es el más alto del mundo^{11,12}. También están adquiriendo relevancia otras patologías bucales como el cáncer bucal y de faringe, la infección por el HIV/SIDA frecuentemente acompañada de manifestaciones bucales, los traumatismos buco-dentales, las alteraciones del desarrollo y enfermedades congénitas que presentan cifras muy altas de incidencia. Estos datos epidemiológicos deben ser bien analizados, para así desarrollar estrategias de políticas sanitarias y de recursos humanos que permitan mantener a la población en buenas condiciones de salud bucal^{17,18,19}.

Para satisfacer estas demandas de atención odontológica es necesaria una organización de recursos humanos que abarque distintos niveles de complejidad y que llegue a la mayor parte de la población. Sin embargo, el ejercicio de la profesión odontológica en América Latina se rige de acuerdo a la situación política, socioeconómica y cultural en los diferentes países de la región y se caracteriza por suministrar cuidados a un porcentaje relativamente bajo de la población y por la escasez de profesionales de la salud bucal en los niveles de complejidad intermedio y bajo^{17,18,19}. Actualmente coexisten distintos sistemas de prestación de servicios en salud bucal en América Latina^{9,20,21} que han demostrado su ineficacia al no alcanzar ni los niveles básicos de atención primaria, ni los mecanismos terapéuticos que repercutan en buenos niveles de salud bucal. Es por lo tanto necesario, no solo un estudio detallado de los distintos servicios odontológicos que participan en la atención odontológica, sino también desarrollar estrategias eficaces para desarrollar

profesiones odontológicas de apoyo, como las higienistas dentales, las auxiliares de consultorio y los técnicos dentales que dirigidos y liderados por el odontólogo, permitan llevar a cabo de un modo eficaz programas preventivos, de promoción de la salud bucal y de atención primaria en odontología^{7,12,17,22}.

Esta situación, socio-epidemiológica y demográfica debe no sólo influir en la organización de los servicios sanitarios, sino también en los sistemas de formación de los profesionales de la salud, fundamentalmente en las Facultades de Odontología que deben diseñar planes de estudio y estrategias formativas encaminadas a producir el perfil de profesional que demanda la región³. Se calcula que en este momento existen en América Latina unas 422 Facultades de Odontología que forman un importante número de odontólogos, distribuidos de un modo desigual, produciendo una sobre oferta en las grandes ciudades, mientras que en las zonas rurales y menos favorecidas económicamente la oferta es insuficiente, lo que genera una gran inequidad en la prestación de servicios odontológicos e impide alcanzar una solución de los problemas buco dentales básicos de esta zona del mundo¹¹.

Las Universidades que ofrecen programas de formación en Odontología, junto con los organismos gubernamentales deben colaborar efectivamente para tratar de paliar esta situación, creando unos criterios sólidos de formación de los egresados que sean capaces de satisfacer las necesidades de la población, y de este modo mejorar su salud bucal. Se debe pues crear un perfil profesional para el odontólogo y el resto de las profesiones auxiliares que sean capaces de contribuir en la solución de los problemas de la salud bucal de la población^{23,24}.

Por lo tanto el propósito de este artículo es describir el perfil profesional que debe tener el odontólogo para América Latina, teniendo en cuenta la distribución demográfica de la población, la epidemiología de las patologías bucales que la afectan, la situación laboral del ejercicio de la profesión y las equivalencias en las definiciones del perfil profesional que actualmente tienen las universidades de esta región.

I. Distribución demográfica de la población en América Latina

La Tabla 1 muestra la distribución de la población mundial por continentes, siendo América Latina, junto con América del Norte y Oceanía los continentes menos

poblados, representando un 10% del total de la población mundial. Su población está representada por una gran variabilidad racial, cultural y religiosa conformada por un 35% de raza blanca, un 28% de mestizos, un 17% de mulatos, un 10% de indios, un 6% de afro americanos y un 4% de otras razas^{5,8,9}.

TABLA 1: Distribución demográfica de la población mundial y la tendencia a la urbanización.

CONTINENTE	POBLACIÓN (millones)			PORCENTAJE POBLACIÓN URBANA		
	2007	2025	2050	2007	2025	2050
África	965	1394	1998	38.70	47.20	61.80
Asia	4030	4779	5266	40.08	51.10	66.20
Europa	731	715	664	72.20	76.20	83.80
América del Norte	339	393	445	81.30	85.70	90.20
América Latina	572	688	445	78.03	83.50	88.70
Oceanía	34	41	49	70.50	71.90	76.40
TOTAL	6671	8010	9191	63.63	69.27	77.85

Tabla 1: Muestra la distribución de la población por continente en el mundo con su proyección hasta el 2050. Tomado de: Informe sobre Desarrollo Humano 2008/2009 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo¹.

América Latina es un continente que presenta muchas desigualdades sociales y económicas. En la Tabla 2 se muestran los datos comparativos globales de indicadores socio-económicos, tales como la esperanza de vida de la población, los índices de natalidad y mortalidad por cada 1000 personas, la población por continente que gana 1 dólar por día de salario y el índice de analfabetismo. Esta región presenta unos indicadores de esperanza de vida de 71.5 años, superior a África y Asia y unos niveles socio económicos bajos representados en los indicadores de pobreza, analfabetismo, natalidad y mortalidad que la ubican muy por debajo de Europa, Oceanía y Norte América. Existe además en esta región una distribución demográfica particular con una mayor concentración de la población en zonas rurales, siendo éstas las menos favorecidas económicamente, con altos índices de pobreza y analfabetismo y con escasos servicios de salud tanto general como bucal^{5,8,9}.

TABLA 2: Indicadores de pobreza, analfabetismo, desarrollo humano en los diferentes continentes.

CONTINENTE	ESPERANZA DE VIDA (EN AÑOS)	NATALIDAD POR CADA 1000 PERSONAS /	MORTALIDAD POR CADA 1000 PERSONAS /	ÍNDICE DE POBREZA, POBLACIÓN QUE GANA 1 DÓLAR POR DÍA /	TASA DE ANALFABETISMO
AMÉRICA DEL NORTE	77,6	15	8	2%	≥13%
OCEANÍA	74,0	20	7	2%	≥13%
EUROPA	73,7	12	8	2%	≥3%
AMÉRICA LATINA	71,5	29	10	10%	≥15%
ASIA	67,3	27	12	20%	≥25%
ÁFRICA	49,1	45	15	49%	≥45%
MUNDO	68.8	28	10	25%	≥5%

Tabla 2: Muestra la esperanza de vida para la población en cada continente, los índices de natalidad y mortalidad por cada 1000 personas, como indicador de pobreza la población por continente que gana 1 dólar por día de salario y el índice de analfabetismo,. Tomado de: *Informe sobre Desarrollo Humano 2008/2009 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*¹.

Hay poca información sobre la distribución demográfica de los odontólogos en América Latina. En el último informe publicado por la OPS (1997) esta región tenía más de 400.000 odontólogos, lo que representa un ratio de 3,1 odontólogos por cada 10.000 habitantes. Sin embargo, la mayoría de los odontólogos realiza ejercicio privado de la profesión en zonas urbanas, lo que resulta en grandes áreas desatendidas a nivel rural. En este momento, se calcula que hay más de 422 Facultades de Odontología, 70% ubicadas en Brasil y México, existiendo en la mayoría de los países de la región un aumento incontrolado en la creación de nuevas Facultades, sin tener en cuenta la distribución demográfica de la población, su contexto socioeconómico, su patrón cultural, ni sus necesidades de atención bucal^{23,24}.

II. Epidemiología de las patologías buco dentales en América Latina

La salud bucal sigue siendo un aspecto básico en el estado de salud general de la población de América Latina, debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de patología, los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención^{11,12,25,26}.

Distintos estudios socio-epidemiológicos demuestran el importante papel que tienen las condiciones de vida y los factores socio-comportamentales y ambientales en la salud bucal. De hecho, los principales factores de riesgo de enfermedades bucales guardan relación con el modo de vida (dieta, nutrición e higiene dental deficientes, el consumo de tabaco y alcohol, etc.) y con una escasa disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud bucal^{27,28,29}. Aunque no existen datos integrales de la salud bucal en la región, si hay información parcial que permite efectuar una evaluación general del estado de salud bucal, especialmente en caries dental, necesidades de tratamiento periodontal, cáncer bucal, manifestaciones clínicas por infecciones de HIV/SIDA, anomalías dentó-maxilofaciales (ADF) y traumatismos dentales^{17,18,30}.

La caries dental junto con las enfermedades periodontales son las patologías bucales más frecuentes en América Latina. Los datos de caries reflejan un índice CPOD-12 con un promedio de 2.76, siendo el más alto del planeta (ver Tabla 3). Esta alta tendencia se observa sobre todo en los países con condiciones socioeconómicas más desventajosas, con altos índices de analfabetismo, donde su población rural es la más predominante y la más afectada^{17,22,25,26,31}.

Al analizar el porcentaje de pacientes edéntulos en personas mayores de 65 años, teniendo en cuenta que la expectativa de vida en América Latina es de 71,5 años, la proporción de dientes perdidos es muy alta, probablemente debido a los altos costos de los servicios sanitarios en la región y a las grandes zonas rurales desatendidas que hacen que la extracción dental siga siendo una opción terapéutica para solucionar los problemas de dolor (ver Tabla 4)^{12,32}.

TABLA 3: Comparación del índice CPOD - 12 de América Latina con los demás continentes.

CONTINENTE	CPOD-12
ÁFRICA	1,15
AMÉRICA LATINA	2.76
EUROPA	2.57
ASIA	1.35
AUSTRALIA	1.48

Tabla 3: Muestra la comparación del índice CPOD-12 de América latina con respecto a los demás continentes en donde se observa que esta parte del continente tiene el más alto índice³¹.

TABLA 4: Comparación de porcentajes de edéntulos en América Latina con los demás continentes en población adulta mayor (65 ≥ años).

CONTINENTE	PORCENTAJE DE EDÉNTULOS MAYORES DE 65 AÑOS
ÁFRICA	15,5%
AMÉRICA LATINA	42%
EUROPA	24%
ASIA	40%
AUSTRALIA	*SD

Tabla 4: Muestra el porcentaje de dientes perdidos en población adulta mayor de 65 años en donde América latina tiene el porcentaje más alto del mundo *SD = dato no disponible³².

La prevalencia de enfermedades periodontales varía entre 60% y 100%, presentándose con mayor frecuencia las formas leves que las de mayor severidad. La prevalencia de periodontitis severa varía entre 0 y 45% siendo más afectadas las personas de mayor edad, los hombres más que las mujeres, la población de menor nivel económico y educacional, la que vive en áreas rurales y que no tiene acceso a servicios dentales de atención profesional. Las necesidades de tratamiento periodontal en la población comprendida entre los 34-45 y 65-74 años de edad van de un 45% a un 100% de la población, siendo estos índices mas altos que en otros continentes. (ver Grafico 1)^{33,34}. Sin embargo, existe controversia sobre la fiabilidad de estos estudios, ya que los pocos que existen se han realizado en muestras de sub poblaciones con representatividad a veces discutible y con métodos diversos de evaluación de enfermedad³⁴.

GRAFICO 1: Índice de necesidad de tratamiento periodontal en poblaciones de 35 y 40 años (CPI).

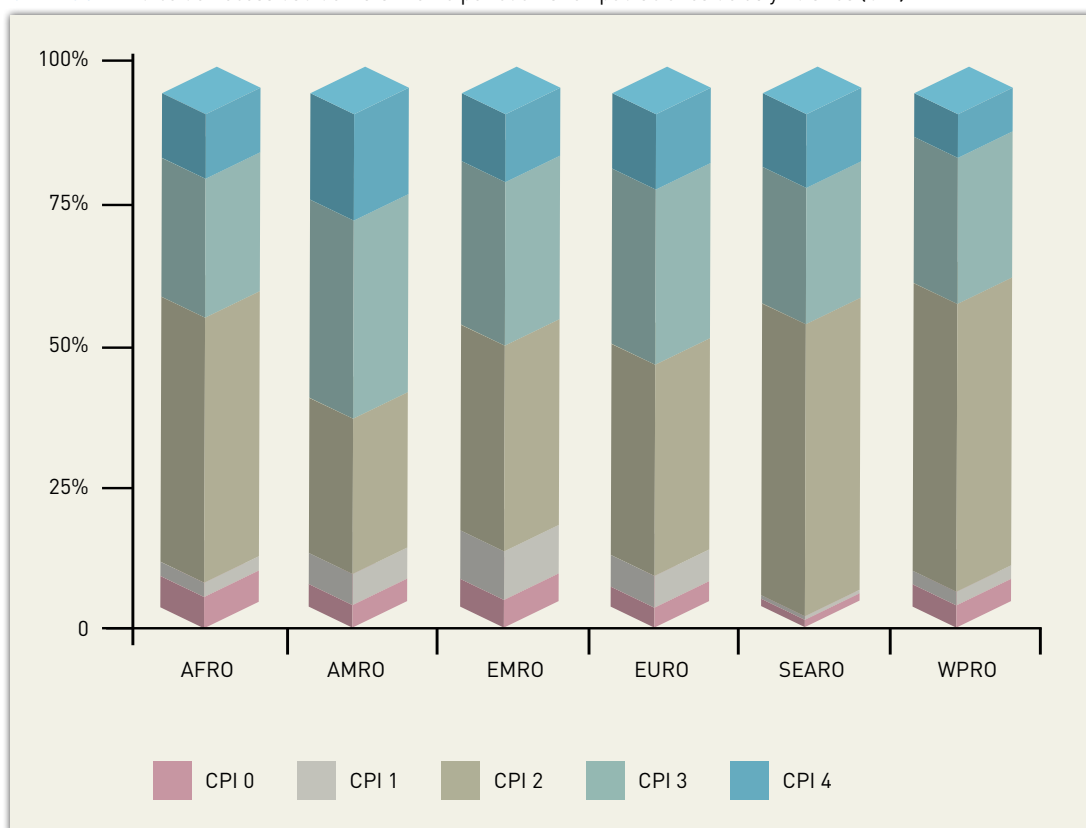


Grafico 1: Muestra el índice de necesidad e tratamiento periodontal de la comunidad en un rango de edad entre 35 y 40 años bajo los siguientes criterios: CPI 0: sano; CPI 1: sangrado; CPI 2: tártaro y obturaciones defectuosas; CPI 3: presencia de sacos (bolsas) periodontales entre 3.5-5.5; CPI 4: sacos con profundidad, mayor a 5.5 mm ³³.

El cáncer de la cavidad bucal y de la oro faringe presenta igualmente una alta incidencia, sobre todo en relación con el consumo de tabaco, incluido el tabaco sin humo y de alcohol, que se asocian con más del 70% de las lesiones cancerosas, sobre todo cuando existe sinergismo del efecto del tabaco y alcohol. El cáncer bucal representa cerca del 4% de todos los casos de cáncer, ocasionando a una tasa de mortalidad en la región de aproximadamente un 3%. Casi la mitad de los pacientes mueren en los cinco años siguientes al diagnóstico, aunque este dato depende de la procedencia del tumor primario. Las bajas tasas de supervivencia suelen además atribuirse a la detección y el tratamiento tardíos^{14,35,36}. Comparativamente, Asia es la región del mundo más afectada, probablemente por el gran consumo de tabaco y alcohol que predisponen a esta patología. En América Latina, países como Brasil presentan unos porcentajes de incidencia muy parecidos a los encontrados en el continente asiático. (ver Tabla 5)^{12,14}.

Otro de los aspectos importantes de las patologías bucales que afectan a América Latina es la alta prevalencia de HIV/SIDA y sus asociadas manifestaciones bucales, como micosis, leucoplasias, úlceras bucales, gingivitis, periodontopatías, sarcoma de Kaposi. A pesar que África y Asia presentan los índices más altos de esta enfermedad, América Latina tiene un alto porcentaje que se debe tener en cuenta no por el estudio de prevalencia de esta patología, sino por la importancia de las manifestaciones bucales en el diagnóstico temprano de esta enfermedad y en el manejo interdisciplinario de su control preventivo y terapéutico (ver Tabla 6)^{12,15,16}.

Los traumatismos buco-dentales afectan al 5-12% de los niños entre 6 y 12 años en América Latina, siendo la principal causa los deportes, los accidentes o la violencia social de la región. Estos porcentajes son muy similares en todos los continentes, aunque en Asia y Europa, sobre todo en sus países más industrializados tienen un incidencia entre el 16% y el 40% debido al gran auge de la práctica de deportes de riesgo en estos países (ver Tabla 7)³⁷.

Entre las anomalías dento-maxilofaciales más importantes, se encuentran los defectos del desarrollo en tejidos duros del diente y los problemas relacionados con el número, forma, tamaño de los mismos. A pesar de su importancia, no se dispone de estudios epidemiológicos de estas patologías en la población de América Latina. Igualmente, los defectos craneofaciales de nacimiento, como el labio y el paladar fisurado, tienen unos porcentajes de incidencia bastante elevados, solamente superados a nivel global, por el continente Asiático, donde probablemente factores

TABLA 5: Incidencia de cáncer oral en el mundo.

CONTINENTE	INCIDENCIA DE CÁNCER ORAL POR CADA 100.000 PERSONAS
ÁFRICA	≤3.2
AMÉRICA	3.3-6.8
EUROPA	3.3-6.8
ASIA	≥6.9
AUSTRALIA	3.3-6.8

Tabla 5: Incidencia de cáncer oral expresado en porcentajes por cada 100.000 personas en cada continente¹⁴ haciendo énfasis que Brasil en América latina presenta los mismos índices que en países asiáticos.

TABLA 6: Incidencia de HIV/SIDA en el mundo.

CONTINENTE	INCIDENCIA DE PERSONAS INFECTADAS
ÁFRICA	25.940.000
AMÉRICA	2.140.000
EUROPA	610.000
ASIA	9.600.000
AUSTRALIA	35.000

Tabla 6: Incidencia de personas infectadas por HIV/SIDA en cada continente con manifestaciones en cavidad oral¹⁵.

TABLA 7: Incidencia de labio y paladar fisurado en el mundo.

CONTINENTE	PORCENTAJE EXPRESADO POR 1000 NACIMIENTOS VIVOS
ÁFRICA	1.67
AMÉRICA LATINA	3.74
EUROPA	2.69
ASIA	4.04
AUSTRALIA	*SD

Tabla 7: Incidencia de labio y paladar fisurado en el mundo por cada 1000 nacimientos vivos. (*SD: datos no disponibles)

genéticos y factores de riesgo ambientales como la deficiencia de ácido fólico, madres fumadoras o de alta edad en el periodo de gestación (ver Tabla 7)^{38,39}.

Capítulo aparte merecen los problemas de maloclusión y sus derivaciones funcionales y estéticas, los cuales no se consideran una enfermedad pero si pueden ser una causa que influye en la calidad de vida de las personas y deben ser tratadas oportunamente^{12,19}. Hay poca evidencia científica de que los tratamientos ortodónticos aumenten la salud y mejoren la función de las personas, básicamente se

asume que estos tratamientos son justificados para aumentar el bienestar social y psicológico al mejorar su apariencia física^{12,39}. Asimismo los problemas derivados de las maloclusiones como apiñamientos dentales, trastornos temporomandibulares, etc., que si bien la literatura académica los agrupa dentro de las anomalías dento-maxilofaciales, deben diferenciarse sobre todo en su influencia en el desarrollo de las patología bucales que afectan a la población de América Latina^{38,39,40}.

Este análisis epidemiológico comparativo de la situación de América latina, respecto al resto del mundo nos permite definir importantes necesidades que deben influir en el perfil profesional del odontólogo necesario para esta región, donde su ejercicio profesional y su liderazgo sobre las profesiones auxiliares deberán encaminarse a prevenir y tratar las enfermedades más prevalentes.

CAPITULO 3

los servicios de salud bucal y la propuesta del perfil profesional del odontólogo latinoamericano para el siglo XXI





CAPITULO 3

LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL Y LA PROPUESTA DEL PERFIL PROFESIONAL DEL ODONTÓLOGO LATINOAMERICANO PARA EL SIGLO XXI

I. Prestación de servicios en América Latina

EN AMÉRICA LATINA ENCONTRAMOS dos tipos de sistemas de prestación de servicios en salud bucal, el sistema de salud estatal o público y el sistema privado^{1,2}.

A - Sistema de Salud Estatal o Público:

Presta especial atención a la relación entre las condiciones de vida y la salud enfatizando en sus programas los servicios de promoción de la salud bucal y la prevención de las enfermedades. Este sistema organizado en distintos servicios interconectados, promueve en general, medidas de saneamiento básico y de desarrollo comunitario, priorizando el tratamiento en distintos niveles de atención según la complejidad de las enfermedades bucales^{1,2,3}.

Los sistemas públicos de servicios sanitarios están basados en el concepto de medicina social, por el que se ofrece un acceso igualitario en servicios de atención primaria en salud y prestaciones terapéuticas odontológicas a toda la población. Se organizan con base a las necesidades de las personas y las comunidades¹. Sin embargo en la gran mayoría de los países de América Latina este sistema de práctica odontológica consiste en actividades diagnósticas y terapéuticas que se realizan por lo general en consultas públicas (no necesariamente son gratuitas) o dependientes de grandes compañías de seguros o franquicias de empresas privadas sanitarias. Estas ofrecen unas prestaciones consideradas como básicas, de carácter gratuito, en las que su calidad depende de cada programa, los recursos y las leyes de cada país. Normalmente los sistemas públicos de salud subcontratan estas compañías para proveer dichas prestaciones básicas y el resto de tratamientos rehabilitadores, de ortodoncia y estéticos, deben sufragarse privadamente a nivel individual^{1,3}.

En América Latina contamos con algunas experiencias exitosas en donde se involucra a la familia como eje central de la comunidad, la cual es atendida por equipos multiprofesionales. Esta estrategia de atención tiene por objetivo una reorientación de la atención básica donde las ciencias sociales juegan un papel importante en la formación del nuevo profesional de la salud bucal, donde el gran desafío es cambiar el modelo centrado en el diagnóstico, tratamiento y recuperación de las enfermedades por otro centrado en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades cumpliendo con la filosofía central de este modelo de sistema de salud bucal^{4,5}.

B - Sistema Privado:

Son los sistemas sanitarios basados en el mercado o la economía libre, donde se concibe los servicios de salud en un funcionamiento basado en las leyes de la oferta y demanda, por lo tanto la responsabilidad de la salud bucal recae en el individuo y no en el Estado. Cada persona debe en este sistema, por lo tanto, buscar su atención odontológica y sufragarla económicamente. Al no contemplar respuestas frente a factores sociales de los procesos de salud/enfermedad, ni reconocer necesidades específicas en salud de poblaciones más vulnerables a las enfermedades, conduce a la inequidad y a afianzar las desigualdades sociales de raza, género y condición socioeconómica⁶. Este sistema privado presenta a su vez distintas alternativas de provisión de servicios odontológicos:

B1 - Sistema Privado ofrecido por Empresas de Salud

Estos servicios de salud bucal privados a gran escala no son organizados y gestionados por profesionales sanitarios, sino por compañías de seguros privados o de inversión que actúan como entidades prestadoras de salud en las que el odontólogo pasa de ser un profesional independiente a un trabajador subcontratado. Estos sistemas han sido eliminados paulatinamente, muchos consultorios privados y la prestación de servicios odontológicos se convierte en un gran negocio, donde los intereses financieros de las empresas priman en muchas ocasiones sobre las necesidades de tratamiento de los pacientes y donde los odontólogos pierden la libertad de decidir sobre los mejores tratamientos, lo que se traduce en una práctica en la que prima la rentabilidad sobre la calidad asistencial^{3,6}.

También existen sistemas mixtos donde los profesionales que practican la Odontología en el sector privado negocian con la capacidad de pago de las personas y, en muchos casos, los profesionales practican su profesión en varios sectores sociales y combinan las consultas privadas y públicas^{1,2,3,6}.

B2 - Sistema privado individual de libre ejercicio

Si bien esta modalidad de atención se ha visto afectada por las compañías anteriormente señaladas, siguen siendo importantes las consultas privadas individuales, o en pequeñas asociaciones de odontólogos, las cuales son atendidas especialmente por profesionales especialistas en las grandes ciudades, y satisfacen las necesidades de atención de la clase media alta y alta, esto explica la gran demanda de especialización en Odontología. Aunque parezca paradójico, la formación universitaria está orientada, en general, a este tipo de ejercicio de la profesión, el cual es minoritario en la cantidad de odontólogos que la ejercen y satisface las demandas de un número pequeño de individuos^{1,3,5,7}.

Cabe destacar un fenómeno naciente que aparece con la importante disminución de los costos en el equipamiento y los insumos odontológicos y es el de la aparición de consultorios populares, donde se ofrece odontología muy sencilla y de bajo costo para los pacientes. Estos consultorios, se ubican en sectores urbanos deprimidos económicamente, y están siendo cada día más comunes^{3,5}.

El estudio de la prestación de servicios de salud bucal en América Latina nos permite concluir que no toda la población tiene acceso a medidas preventivas y terapéuticas adecuadas, lo que explica los altos índices epidemiológicos de las patologías bucales. Es, por lo tanto, importante generalizar la implementación de las políticas de la atención primaria en salud bucal para crear unas bases sólidas para alcanzar unos niveles razonables de salud bucal en la población^{1,3,5}.

II. Atención primaria en salud bucal en América Latina

La atención primaria en salud (APS) ha sido defendida como un medio por el cual los países menos desarrollados pueden mejorar la salud de sus poblaciones a pesar de la pobreza, los bajos niveles educacionales, la nutrición deficiente y otros factores que influyen negativamente en el estado de la salud. Fue concebida como una estrategia para lograr la meta de “Salud para Todos”, es decir, como un mecanismo para que todos los pueblos de la tierra alcancen el nivel de salud que les permita llevar una buena vida social y económicamente productiva^{6,8,9}.

La atención primaria en salud se definió como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptados. Supone el primer contacto del individuo con el sistema nacional de salud y debe ponerse al alcance de todos los individuos y familias de una población con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. Debe implementarse a un costo que la comunidad y el país puedan soportarlo en todas y cada una de las etapas de su desarrollo. La atención primaria forma parte integral tanto del sistema nacional de salud, del que constituye su núcleo principal y central, como del desarrollo social y económico global de la comunidad, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyéndose en el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria^{8,9,10}.

La atención primaria en salud hace énfasis en los principios epidemiológicos de promoción y educación. La promoción de la salud corresponde a las medidas específicas sobre el individuo, la comunidad o el medio ambiente con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia de patologías, creando condiciones favorables para la salud y desfavorables para la enfermedad, aumentando la resistencia del individuo. Mientras que la educación para la salud, es el proceso

de educación permanente, que se inicia desde la infancia, dirigido hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales, sociales y ambientales, así como ecológicas, con el propósito de obtener una vida sana y participar en la salud colectiva^{8, 9, 10, 11}.

En América Latina se espera que con la atención primaria en salud se resuelvan entre el 80 al 90 % de los problemas de salud bucal. Las acciones van dirigidas a toda la población, teniendo en cuenta sus necesidades y aplicando el principio de justicia social^{3, 8}. Un ejemplo de estas medidas son la fluorización del agua y de la sal, que deben cambiar los perfiles epidemiológicos de los índices CPOD en el continente, pues se estima un porcentaje de reducción de la caries dental cercano al 84%^{12, 13}. Igualmente en el control de las enfermedades periodontales, el cáncer bucal y el control del HIV/SIDA se enfatiza el análisis de los factores de riesgo y el control de estas enfermedades mediante cambios comportamentales, influenciados por determinantes socioculturales de la población, de las condiciones de vida, de sus niveles de educación, etc. Estos cambios se pueden llevar a cabo favoreciendo el acceso universal a los sistemas de salud bucal y potenciando la reducción de estos factores de riesgo como por ejemplo, educar la población sobre la dieta, el consumo de alcohol y tabaco, la concientización por medio de campañas educativas de controles periódicos para mantener al paciente sano, los programas de odontología familiar etc.^{3, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20}.

Estos objetivos de salud se consiguen más fácilmente en sistemas sanitarios integrados, donde se combinan los servicios de salud bucal con los servicios de salud general. Un programa de salud bucal eficaz exige una alianza firme entre los sectores privados y público, donde la promoción y el mejoramiento del estado de salud bucal en América Latina sea una labor integrada de la comunidad, las autoridades políticas, los profesionales de la odontología y el personal auxiliar de salud bucal, todos ellos contribuyendo al logro de estos objetivos^{3, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20}.

III. Equipo de salud bucal en América Latina

Los sistemas de salud de los países en América Latina han determinado el tipo de personal de apoyo al equipo de salud bucal de acuerdo a sus características poblacionales, demográficas y de prevalencia de las enfermedades. El equipo de salud bucal en odontología lo constituyen el higienista dental, el auxiliar de consultorio

y el técnico de laboratorio dental, los cuales son trascendentales para desarrollar los objetivos de la atención primaria de salud bucal, para lo cual es importante definir el perfil ocupacional de este personal^{21, 27}.

A - Higienistas Dentales:

Los higienistas dentales deben estar capacitados para desarrollar programas de promoción y prevención en salud bucal en las zonas rurales habitadas por poblaciones de bajos recursos, realizar campañas educativas de salud bucal en los colegios, hospitales y clínicas dentales bajo la supervisión del odontólogo. Deben ser por lo tanto, la profesión básica en la atención primaria de salud bucal^{22, 23, 24}.

El perfil profesional del higienista dental debe estar concebido como un personal sanitario capaz de trabajar relacionándose con el odontólogo y con otros profesionales de la salud. Con capacidad para realizar exámenes de salud bucal de la comunidad, entrenado en temáticas que relacionan la salud bucal con la salud general, conocedor de la educación sanitaria de forma individual y colectiva instruyendo sobre la higiene bucal y las medidas de control dietético necesarias para la prevención de procesos patológicos bucales, capacitada para planificar tratamientos concernientes a los cuidados de la higiene oral, optimización de las medidas de auto cuidado a nivel individual y/o comunitario, realización de actividades enfocadas a la protección específica (aplicaciones tópicas de fluoruros y sellantes de fosas y fisuras) y evaluación y consejería de dieta y otros factores de riesgo que afecten la salud bucal^{25, 26, 27, 28, 29}.

B - Auxiliar de Consultorio:

La auxiliar del consultorio dental es un miembro muy importante dentro del equipo de salud bucal. Su trabajo está relacionado con el odontólogo dentro de los consultorios privados o en los servicios de atención odontológica del sector público^{29, 30}. Debe estar capacitado para desempeñarse en los diferentes campos de instrumentación de la odontología, en la preparación de biomateriales y medicamentos, en la realización de una adecuada limpieza, desinfección y esterilización del instrumental y equipos odontológicos, en la administración correcta de insumos, en la aplicación de normas de bioseguridad en la atención diaria de cada paciente, en el revelado de radiografías, en el diligenciamiento de registros del programa, en la organización de actividades administrativas del consultorio y en la programación y planeación de su trabajo^{29, 30}.

C - Técnico Dental:

El perfil profesional del técnico dental estará encaminado a aplicar sus conocimientos y habilidades para construir piezas dentales artificiales y afines, mediante el uso adecuado de equipos y materiales utilizando las mejores técnicas y los procedimientos adecuados en aparatos de ortodoncia, dentaduras totales, parciales, removibles y cerámica dental. Debe conocer la aplicación de las normas de bioseguridad en su trabajo diario, conocer ampliamente procesos administrativos para la recepción, disposición y ubicación de trabajos, para la entrega de estos a las respectivas clínicas y/o a los profesionales y verificar la existencia y conservación de insumos, debe trabajar respondiendo a los diferentes campos y especialidades odontológicas^{30,31}.

IV. Convergencia en el perfil del odontólogo latinoamericano

Para realizar una propuesta coherente del perfil profesional del Odontólogo en América Latina se ha realizado un trabajo de campo, donde se han analizado los perfiles profesionales que proponen una muestra diversa de facultades de odontología, mediante una matriz que contiene tanto especificaciones sobre los aspectos que debe tener el perfil profesional del odontólogo, basándose en los aspectos demográficos de esta parte del continente y en la situación socio epidemiológica de los diferentes países, como el ejercicio de la profesión en sus aspectos público y privado, para de este modo conocer los puntos de convergencia que tienen según las necesidades de la población^{7,15,32,33,34}.

Se utilizaron buscadores por Internet (Google, Universia, Altavista, etc.) en donde se consultó por facultades de odontología de determinado país, obteniendo la página WEB, se ingresó en el perfil profesional que proponen y se marcaron los puntos comunes que presentaban estos perfiles en la matriz, se sacaron promedios y porcentajes de cuantas facultades de odontología coincidían en cada uno de los aspectos analizados, para tener la información de los puntos de convergencia de los perfiles profesionales^{33,34}.

De las 422 Facultades de Odontología en América Latina, se consultaron 283, de las que 64 no tenían descrito en su página web su perfil profesional de egresado, por lo que finalmente fueron analizadas 219. Los resultados de este trabajo se resumen en la Tabla 1^{33,34}.

TABLA 1: Universidades de América latina con porcentajes de equivalencias en características comunes en la definición del perfil profesional del odontólogo.

CARACTERÍSTICA DEL PERFIL ANALIZADO	NUMERO DE PERFILES QUE UTILIZAN ESTÁ CARACTERÍSTICA Y SU PORCENTAJE	NUMERO DE PERFILES QUE NO UTILIZAN ESTA CARACTERÍSTICA Y SU PORCENTAJE
Ética	176 (80%)	43 (20%)
Interdisciplinariedad	142 (64%)	77 (36%)
Integralidad	156 (71%)	63 (29%)
Habilidad en Comunicación	94(42%)	125(58%)
Receptivo avances en conocimientos y tecnológicos - Educación continua	135 (61%)	84 (39%)
Formación en promoción de salud y prevención de la enfermedad	162 (73%)	57 (27%)
Práctica odontológica en Resolución de problemas	196 (89%)	33 (11%)
Énfasis en investigación	97 (48%)	122 (58%)
Bases científicas médicas	136(62%)	77 (38%)
Énfasis administrativo	55 (26%)	164 (74%)
Énfasis humanístico	136 (62%)	83 (38%)
Formación generalista	121 (55%)	98(45%)

Tabla 1: Muestra los porcentajes de cada característica del perfil profesional analizado, profesionales de las diferentes Facultades de Odontología de América Latina^{33, 34}.

Al analizar cada una de las características evaluadas, se encuentra que el 89% de las Universidades en América Latina buscan un perfil profesional donde el odontólogo fundamente su práctica en la resolución de los problemas de salud bucal que afectan a la población, lo cual es de suma importancia si se tiene en cuenta la distribución demográfica de la población, sus problemas socio culturales y económicos, además de las necesidades de tratamiento derivadas de las patologías bucales que afectan a la población. Es de destacar el énfasis que la mayor parte de las universidades ponen en la solución de los problemas de salud bucal mediante procedimientos preventivos y terapéuticos basados en la evidencia científica y como esta filosofía de la odontología basada en la evidencia debe guiar el ejercicio profesional^{15,16,17,35,36}.

Uno de los aspectos más relevantes que le da el carácter de profesional al odontólogo es el tener autonomía en su práctica, lo que desemboca en una responsabilidad social, ética y legal frente a los pacientes y la sociedad. El 80 % de los perfiles profesionales de las Facultades de Odontología de América Latina se definen bajo el entorno de un ejercicio ético de la profesión, donde el principio fundamental de la verdad y la honestidad en su desempeño profesional son trascendentales para la propuesta del perfil profesional^{3,33,34}.

La formación en promoción de salud bucal y prevención de las enfermedades bucales es un aspecto central en la formación de los odontólogos, se observa un 73% de las Facultades de Odontología que las incluyen en la definición del perfil profesional, donde se asume que el odontólogo debe educar a los pacientes en lo relacionado con el origen y prevención de las enfermedades que afectan la salud bucal. Así mismo debe incentivar y crear actitudes positivas frente al mantenimiento de la salud bucal, lo cual va en concordancia con los avances de las áreas de salud en este milenio donde la prevención guiará el ejercicio de la profesión^{14,15,16,17,33,34,35}.

El concepto de Integralidad se ve reflejado en un 71% de las descripciones de los perfiles profesionales, esto implica que el odontólogo debe tener un marcado énfasis humanístico lo que implica un vasto conocimiento en el desarrollo humano en aspectos comunicativos y en la capacidad de poder estar en el lugar del otro (empatía), además de conocer las condiciones sociales, culturales y económicas de la población para tener un buen ejercicio de la profesión^{33,34,35}.

La formación interdisciplinaria (64%) y los currículos fortalecidos en su desarrollo por las bases científicas médicas (62%), marcan una tendencia en los parámetros del ejercicio profesional del odontólogo latinoamericano tanto en su práctica pública como privada. El odontólogo debe estar preparado para trabajar en equipo con sus colegas y personal auxiliar en odontología, como con otros profesionales de la salud especialmente en áreas médicas y paramédicas, siendo unas características que marcan una impronta en el ejercicio de generar un perfil profesional^{33,34,35,36}.

El 61% de los perfiles analizados incide en la necesidad que el odontólogo latinoamericano esté preparado para llevar a cabo un aprendizaje a lo largo de toda la vida y una actualización continua en su actuación profesional, teniendo un espíritu crítico y cuestionador, que sea capaz de manejar gran cantidad de información^{33,34}.

Se busca un énfasis generalista (55%), especialmente en las universidades de Brasil, donde el profesional de la odontología tenga la capacidad de ejercer la profesión a un alto nivel en todas sus áreas del conocimiento^{33,34}.

Uno de los aspectos importantes de resaltar en el análisis de los perfiles odontológicos, es la competencia en comunicación y en el manejo de las ciencias del comportamiento (42%), lo que facilita la transmisión de información a otros odontólogos, a pacientes, a familiares, y a otros profesionales de la salud, en forma verbal y escrita.

Debe saber escuchar, crear un medio de confianza con el paciente o con los grupos humanos a los cuales trata y/o educa^{3,33,34,35,36}.

Asimismo, los énfasis en investigación (48%) y administración (26%) son importantes en la estructura de perfil profesional del odontólogo latinoamericano, que debe ser competente en la planificación e investigación de estrategias de solución a los problemas de salud bucal de la población, así como tener iniciativa y emprendimiento para la administración y gestión de los recursos humanos, físicos, materiales y de formación, en el campo del ejercicio de la profesión donde se desempeñe^{33,34}.

Por último el odontólogo en América Latina debe tener una formación docente que promueva la salud bucal y general de la población, investigando y socializando sus conocimientos para ayudar en la solución los problemas bucales de esta región del continente^{33,34}.

V. Perfil del odontólogo latinoamericano

Una vez analizadas las características de la población de América Latina a nivel demográfico, los aspectos socio-epidemiológicos de las patologías buco dentales de esta parte del continente, la prestación de servicios de salud oral y las políticas de atención primaria en salud oral, así como el ejercicio de la profesión tanto público como privado y los puntos de convergencias de los diferentes perfiles profesionales de varias facultades de odontología, se propone el siguiente perfil profesional:

“El perfil profesional para América Latina debe ser un odontólogo general, con conocimiento y comprensión de las ciencias básicas biomédicas y una sólida formación técnico-científica en Odontología; con competencias para resolver la mayor parte de los problemas de salud bucal, tanto a nivel individual como comunitario, actuando con ética y profesionalismo. Debe poseer formación humanística; consciente de su responsabilidad social en la promoción, prevención, tratamiento y mantenimiento de la salud bucal de la población, basado en la evidencia científica; con capacidad de comunicación, gestión y liderazgo, capaz de integrar en forma eficiente y responsable un equipo interdisciplinario de salud; con espíritu crítico para investigar y socializar su conocimiento, conocedor de su papel como agente de transformación de la realidad social y responsabilidad con el medio ambiente; consciente de la necesidad de actualización permanente de sus conocimientos, motivado en el proceso de aprendizaje continuo y en el desarrollo de acciones que contribuyan a su crecimiento personal y profesional.”

CAPITULO 4

**competencias para el desarrollo del recurso humano en
odontología en acuerdo con el perfil del
odontólogo en américa latina**





CAPITULO 4

COMPETENCIAS PARA EL DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO EN ODONTOLOGÍA EN ACUERDO CON EL PERFIL DEL ODONTÓLOGO EN AMÉRICA LATINA

LAS TRANSFORMACIONES QUE OCURREN en el contexto socio-económico internacional y nacional, como consecuencia de las distintas realidades económicas y sociales, así como de los avances científicos y tecnológicos hacen reflexionar sobre el papel de la Universidad como formador de recursos humanos en este nuevo contexto cambiante y con alto grado de imprevisibilidad. Las Universidades deberían trasladar y difundir estos profundos cambios a la sociedad a través de la formación de profesionales capaces de desenvolverse en este entorno cambiante.

En el contexto de las ciencias de la salud los avances científicos y tecnológicos han modificado profundamente los enfoques tanto en prevención y promoción de la salud, como en el diagnóstico y tratamiento de las patologías más prevalentes. La ciencia y la tecnología han

aportado herramientas que permiten realizar el diagnóstico de enfermedades en un estadio inicial y como consecuencia de esto, además de los nuevos aportes tecnológicos, el tratamiento puede ser más conservador y predecible¹. Estos cambios deben permear las universidades aplicando los principios de la odontología basados en la evidencia científica² y formar parte de los planes de estudio modernos, siendo preciso modificar los resultados del aprendizaje del futuro odontólogo y ello implica la formulación de nuevas competencias basadas en estas necesidades³.

Estos futuros odontólogos con nuevas competencias tendrán capacidad de aplicar las medidas preventivas necesarias para disminuir la inequidad existente en América Latina y podrá realizar las medidas diagnósticas y terapéuticas necesarias para disminuir las altas tasas de incidencia de las enfermedades buco-dentales en nuestra región⁴.

Por ello los planes de estudios modernos en Odontología deberían estar basados entre los profesionales y la comunidad, en cuanto a la difusión de los hallazgos en las investigaciones y las prácticas clínicas.

El diagnóstico precoz de las patologías prevalentes en países emergentes como los de América Latina y, la aplicación de las medidas preventivas tanto en programas individuales como comunitarios, disminuiría la inequidad existente en lo referido a la salud bucal de la población^{5,6}.

Los avances en prevención y promoción de la salud, la información que aportan los estudios epidemiológicos, las Ciencias Básicas y sus logros en la investigación, hacen que el **diagnóstico** y **tratamiento**, sean diferentes. La ciencia y la tecnología han aportado herramientas que permiten realizar el **diagnóstico** de enfermedades en su estadio inicial y como consecuencia de esto, además de los aportes tecnológicos, el **tratamiento** puede ser más conservador y predecible. Por ejemplo, en la actualidad es posible diagnosticar y prevenir tempranamente la carie dental y disminuir así las consecuencias de la enfermedad⁶. Es por esto, que actualmente la preparación del odontólogo debe ser llevada a cabo teniendo en cuenta tal fenómeno, así como la aplicación de los principios de la Odontología, basados en la evidencia científica⁷, lo que da lugar a la necesidad de modificar los resultados del aprendizaje del odontólogo y ello implica la formulación de competencias basadas en estas necesidades⁸.

El grupo de trabajo de capítulos 2 y 3 del Proyecto Latinoamericano de Convergencia en Educación Odontológica, en lo relativo al perfil profesional del

odontólogo, en su publicación sobre el Perfil del Odontólogo para América Latina concluye: *El perfil profesional para América Latina debe ser un odontólogo general, con conocimiento y comprensión de las ciencias básicas biomédicas y una sólida formación técnico-científica en Odontología; con competencias para resolver la mayor parte de los problemas de salud bucal, tanto a nivel individual como comunitario, actuando con ética y profesionalismo. Debe poseer formación humanística; consciente de su responsabilidad social en la promoción, prevención, tratamiento y mantenimiento de la salud bucal de la población, basado en la evidencia científica; con capacidad de comunicación, gestión y liderazgo, capaz de integrar en forma eficiente y responsable un equipo interdisciplinario de salud; con espíritu crítico para investigar y socializar su conocimiento, conocedor de su papel como agente de transformación de la realidad social y responsabilidad con el medio ambiente; consciente de la necesidad de actualización permanente de sus conocimientos, motivado en el proceso de aprendizaje continuo y en el desarrollo de acciones que contribuyan a su crecimiento personal y profesional*⁶.

Para alcanzar un egresado en odontología con este perfil profesional es necesario dotar a los planes de estudio de un catálogo de competencias que asegure a la sociedad el cumplimiento de los resultados de aprendizaje conducentes a este Odontólogo que necesita América Latina. Las necesidades de formación de recursos humanos en Odontología para América Latina deben por lo tanto, ser concebidas en competencias tanto profesionales como laborales, y tanto en su entorno local como en un contexto global. Estas competencias, a su vez, deben ser acordes con los perfiles establecidos para cada uno de los roles del equipo de salud bucal. Esto permitirá una visión global con una pertinencia local a los programas de la región, en sintonía con lo que los países europeos han declarado como modelo para la Educación Odontológica del siglo XXI⁷.

I. Genealogía de las competencias en relación con las necesidades de formación de recursos humanos en odontología

En el ámbito educativo y académico, las competencias reúnen los conocimientos, las habilidades y las actitudes que puede demostrar una persona, en el desempeño de una labor o una acción profesional. Estas se expresan en términos de saberes clasificados en la literatura en un “*saber ser*”, un “*saber saber*”, y un “*saber hacer*”. El saber ser se refiere a la formación humanística de la persona y las cualidades que

deben verse reflejadas en cada una de las competencias generales y específicas. El saber saber comprende toda la serie de conocimientos que tiene la persona para lograr integrarlos y llevarlos a La práctica en el saber hacer⁸.

En el proyecto Tuning⁹ de la Unión Europea este “*saber saber*” se expresa como un *conocer y comprender* (conocimiento teórico de un campo académico, la capacidad de conocer y comprender), el “*saber hacer*” como un *saber cómo actuar* (la aplicación práctica y operativa del conocimiento ante ciertas situaciones) y el “*saber ser*” como un *saber cómo ser* (los valores como parte integrante de la forma de percibir a los otros y vivir en un contexto social).

Esta categorización puede ser enfocada también desde otras concepciones para los tres saberes queriendo significar lo mismo: La primera, la competencia como la capacidad de ejecutar las tareas; la segunda, la concentración de la competencia en atributos personales (actitudes, capacidades) y la tercera, denominada *holística*, que incluye las dos anteriores.

De acuerdo con el documento del proyecto *Tuning* las competencias deben estar directamente relacionadas con los resultados del aprendizaje, ya que estas significan todos aquellos conocimientos, comprensión y habilidades que se espera que el estudiante domine, y demuestre después de completar un proceso de aprendizaje. Según éste, las competencias se pueden dividir en dos tipos: *genéricas* que en principio son independientes del área de estudio; y *específicas* aplicables en cada área temática. En síntesis las competencias y los resultados del aprendizaje deben corresponder a las calificaciones últimas de un proceso de aprendizaje¹⁰.

Basándonos en la definición del perfil profesional, las competencias deben clasificarse y ordenarse de un modo coherente y sistemático, por lo que es recomendable realizar una propuesta taxonómica de competencias para los recursos humanos en salud bucal necesarios en América Latina.

En la mayor parte de los países de América Latina la formación del odontólogo comprende distintos niveles definidos por los grados de formación alcanzados: odontólogo general, especialista, magister y doctorado. Además se debe tener en cuenta las profesiones auxiliares que forman parte del equipo en salud, como lo es el higienista dental, el asistente dental y el técnico de laboratorio dental, dependiendo de la legislación de cada país. En este trabajo, atendiendo al perfil

profesional establecido en el marco del Proyecto Latino-Americano de Convergencia en Educación Odontológica (PLACEO), se propone el siguiente catálogo de competencias propias para el Odontólogo General.

II. Propuesta taxonómica para competencias odontológicas

El marco sobre el que se basa la taxonomía de competencias del Odontólogo para América Latina se puede conceptualizar en las siguientes categorías.

Dominio Profesional: Tomando la acepción del campo de aplicación de las realizaciones profesionales de cada unidad de competencia, el dominio expresa todos los elementos clave que deben considerarse para interpretar, en términos de la práctica profesional y establecer el contexto de la misma. Una realización profesional será satisfactoria o “competente” cuando la persona obtiene los resultados esperados expresados en los criterios de realización, en la diversidad de contextos, situaciones y condiciones definidas en el dominio¹¹. Estos dominios se refieren concretamente a los diferentes campos de acción del odontólogo en América Latina.

Competencias Fundamentales: Corresponden a las competencias genéricas¹². Constituyen la base para un desempeño ciudadano y profesional independiente de la profesión o especialidad que se tenga. Son competencias transversales que abarcan los tres saberes (conocer, ser, hacer), y preparan a la persona para desenvolverse en cualquier campo profesional. Estas competencias son una condición *sine qua non* para desarrollar las competencias propias del odontólogo.

Competencias Propias del Odontólogo: Se refieren a las competencias necesarias para formar al odontólogo general responsable de las necesidades de salud bucal individual o colectiva, desde su nivel más primario de prevención hasta el tratamiento de la secuela. Estas competencias son los conocimientos, las actitudes, los comportamientos, las habilidades y las destrezas, básicos necesarios para que el odontólogo pueda responder a todas las situaciones que se le presenten en el ejercicio general de la profesión; resolviendo necesidades básicas, aunque no representen el desempeño al más alto nivel. Este nivel más alto se desarrolla con una escala superior de formación que prepara en una especialidad para la demostración de las competencias más complejas correspondientes a cada área de la Odontología.

Tanto éstas, como las competencias propias del odontólogo deben ser homologadas, en miras de una equivalencia regional.

Tareas funcionales: Son identificadas como los elementos clave de las competencias, en la descripción detallada del quehacer o tarea para el cumplimiento de una función determinada y la demostración de una competencia. Estas tareas pueden tener particularidades y especificidades para cada país o sector, que permitirá flexibilidad, delimitando las que corresponden con los estudios de pregrado o grado y las que serán para postgrado. Estas tareas funcionales que alimentan las competencias se identifican con las competencias secundarias del documento DENTED.

III. Competencias del odontólogo de acuerdo con los dominios profesionales

Los dominios profesionales están enmarcados por los diferentes campos de acción de la práctica odontológica. Vale la pena hacer énfasis en el carácter interdisciplinario que debe acompañar a cada uno de estos dominios en la actividad profesional. Estos a la vez determinan particularidades del perfil del odontólogo:

- Dominio clínico
- Dominio investigativo
- Dominio psico-social
- Dominio administrativo y de gestión

En el Cuadro 1 se presenta un cuadro comparativo entre la caracterización de las competencias del Modelo Europeo y la Propuesta para América Latina.

CUADRO 1: Cuadro comparativo de la caracterización de las competencias.

MODELO EUROPEO			PROPUESTA: MODELO AMÉRICA LATINA	
COMPETENCIAS GENÉRICAS	COMPETENCIAS FUNDAMENTALES	Constitutivas del SER profesional	COMPETENCIAS FUNDAMENTALES	Constitutivas del SER profesional
COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	DOMINIOS / DOMINIOS	Categorías con orientación interdisciplinaria de la <u>actividad profesional</u>	DOMINIOS	Campos de <u>acción profesional</u> del Odontólogo en América Latina
	COMPETENCIAS PRINCIPALES O CLAVE	Servicio o tarea complejo	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS ODONTÓLOGO GENERAL	Desempeño específico <u>básico</u> en los diferentes dominio profesionales
	COMPETENCIAS SECUNDARIAS	Subdivisión de <u>tareas específicas</u> para constituir la complejidad de las competencias principales	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS ODONTÓLOGO ESPECIALISTA	Desempeño específico de <u>mayor complejidad</u> en los diferentes dominios profesionales
			TAREAS FUNCIONALES /	Descripción <u>detaillada del quehacer o tarea</u> para la demostración de un desempeño específico

Cuadro 1: Comparativo entre la caracterización de las competencias por el modelo europeo y la propuesta para el modelo en América Latina.

1. Competencias fundamentales

Estas competencias reúnen atributos básicos que debe tener el individuo para desempeñarse profesionalmente en labores de cualquier índole. Estas competencias identifican lo que el proyecto DENTED señala como competencias genéricas, las cuales identifican los elementos compartidos que pueden ser comunes a cualquier titulación¹².

El odontólogo debe contar, entre otros atributos personales, con la capacidad de observación, comprensión, análisis, síntesis y abstracción que desarrollan habilidades para resolver problemas emergentes rápidamente, teniendo en cuenta los factores y las circunstancias que los suscitan; de esta forma estos atributos y habilidades permiten un mejor desarrollo de las competencias particulares de la profesión¹³.

El proyecto DENTED realiza un análisis minucioso de estos atributos, categorizando estas competencias fundamentales en instrumentales, interpersonales y sistémicas. Nos parece esta clasificación muy adecuada ya que estas competencias son recomendables para un odontólogo general en cualquier lugar del mundo¹⁴.

2. *Competencias instrumentales*

Se identifican como aquellas competencias que tienen una función instrumental, e incluyen habilidades cognoscitivas, capacidades metodológicas, destrezas tecnológicas y habilidades lingüísticas:

- Capacidad de análisis y síntesis.
- Capacidad de organizar y planificar.
- Conocimientos generales básicos.
- Conocimientos básicos de la profesión.
- Comunicación oral y escrita en la propia lengua.
- Conocimiento de una segunda lengua.
- Habilidades básicas de manejo del ordenador.
- Habilidades de gestión de la información (habilidad para buscar y analizar información proveniente de fuentes diversas).
- Resolución de problemas - Toma de decisiones.

3. *Competencias interpersonales*

Corresponden a las capacidades individuales referidas a las relaciones interpersonales, la capacidad de trabajar en equipo, el compromiso social y ético.

- Capacidad crítica y autocrítica.
- Trabajo en equipo.
- Habilidades interpersonales:
 - Capacidad de trabajar en un equipo interdisciplinar
 - Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas.
 - Apreciación de la diversidad y la multiculturalidad.
 - Habilidad para trabajar en un contexto internacional.
- Compromiso ético

4. *Competencias sistémicas*

Estas competencias son integradoras y requieren como base la adquisición previa de competencias instrumentales e interpersonales. Incluyen la habilidad de

planificar los cambios de manera que puedan hacerse mejoras en los sistemas como un todo y diseñar nuevos sistemas.

- Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.
- Habilidades de investigación.
- Capacidad de aprender.
- Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones.
- Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad).
- Liderazgo.
- Conocimiento de culturas y costumbres de otros países.
- Habilidad para trabajar de forma autónoma.
- Capacidad de diseño y gestión de proyectos.
- Iniciativa y espíritu emprendedor.
- Preocupación por la calidad.
- Motivación del logro.

Todas estas competencias fundamentales se ven concretadas en la constitución del perfil del odontólogo de la siguiente manera:

A. En lo interpersonal:

- a. Responsabilidad ética con los pacientes y la comunidad.
- b. Respeto por la diversidad cultural, social y étnica de los pacientes, colegas y personal auxiliar, así como de la comunidad.
- c. Comportamiento profesional apropiado, asertivo y humanitario con los pacientes.
- d. Comportamiento profesional apropiado en el trabajo interdisciplinario con colegas, y otros profesionales manteniendo siempre buenos canales de comunicación personal.
- e. Capacidad de trabajo en armonía con personal auxiliar, de apoyo y en general con un equipo de salud.
- f. Pensamiento crítico consigo mismo y los demás que lo lleve a buscar nuevo conocimiento y nuevas tecnologías de aplicación en su práctica clínica.

B. En lo instrumental:

- a. Manejo instrumental de la lengua inglesa, para estar actualizado en literatura científica odontológica y de áreas afines.
- b. Conocimientos generales y odontológicos básicos que demuestren formación en el nivel de educación superior.

- c. Capacidad de analizar la situación clínica de un paciente o la situación de salud bucal de una población, que lo lleve a definir un Diagnóstico y a planificar y organizar un tratamiento clínico, un proyecto de intervención en una comunidad, o un proyecto de gestión en servicios de salud, dependiendo del dominio particular.
- d. Habilidades en el manejo de las TICs.
- e. Conocimiento del método científico y habilidad en la búsqueda de información técnica y científica.

C. En lo sistémico:

- a. Capacidad de tomar decisiones y resolver problemas de índole clínico, social comunitario, o administrativo, aplicando los conocimientos a la práctica con autonomía y con sentido de responsabilidad ética y social
- b. Capacidad de análisis crítico de la literatura científica para ejercer una odontología basada en la evidencia.
- c. Disposición de aprendizaje permanente, con la suficiente creatividad para adaptarse a diferentes situaciones profesionales, laborales o sociales que le permita la adopción de nuevas tecnologías en odontología, nuevas disposiciones legales en el ejercicio profesional o inclusive el manejo de nuevas posibles patologías que se presenten a nivel individual o comunitario.
- d. Capacidad de liderazgo con el paciente, con el equipo auxiliar y de apoyo, y con el equipo de colegas así como a nivel de gestión de proyectos en el área social y administrativa, que le permita estimular a los demás y a sí mismo la iniciativa y el emprendimiento a través de la motivación por logros de salud oral tanto a nivel individual como comunitario.

Una vez definidas las competencias fundamentales para el odontólogo en América Latina, se describirán a continuación las competencias específicas que desempeñará el odontólogo general en relación con los dominios que demarcan la actividad profesional, y que se resumirán más adelante en un cuadro de relación con las tareas funcionales.

IV. Competencias propias del odontólogo

A continuación se describe el catálogo de competencias propias para cada dominio profesional.

1. Dominio clínico

- Conoce y aplica las medidas de bioseguridad adecuadas, la esterilización, la asepsia, la desinfección y el control de infecciones cruzadas en el ámbito odontológico.
- Aplica conocimientos de ergonomía en el trabajo a 4 y 6 manos.
- Aplica conocimientos mínimos de psicología para el manejo de la atención odontológica en los diferentes grupos etarios (niño, adolescente, adulto y anciano).
- Reconoce y valora la condición sistémica del paciente.
- Registra la documentación clínica y de exámenes complementarios, y maneja la información del paciente en la historia clínica.
- Diagnostica el estado de salud/enfermedad bucal de acuerdo con los signos y síntomas evaluados.
- Determina los niveles de riesgo del paciente para las enfermedades bucales.
- Establece el pronóstico de la condición de salud-enfermedad del complejo dento-buco-facial en niños, adolescentes, adultos y ancianos, acorde al diagnóstico establecido.
- Aborda el paciente con un enfoque interdisciplinario que le permite, a través de interconsultas, brindar tratamientos integrales.
- Planifica tratamientos de tipo preventivo, curativo y rehabilitador así como programas de mantenimiento de la salud bucal pertinentes a las condiciones detectadas, considerando el grado de complejidad de la enfermedad y las condiciones socio-económicas del paciente.
- Ejecuta el tratamiento establecido en función de lo planificado, haciendo los ajustes que se consideren necesarios para lograr el éxito esperado.
- Valora condición bucal en pacientes con algún tipo de discapacidad física o mental en su nivel de atención, y refiere al especialista para tratamiento de mayor nivel de complejidad (Cuadro 2).

2. Dominio investigativo

- Identifica y propone problemas de investigación en el área de conocimiento de la odontología que amerite ser estudiada y solucionada, bajo el método científico.
- Conoce la metodología de la investigación y la práctica basada en la evidencia científica.
- Analiza la literatura científica con base en la Odontología Basada en la Evidencia.
- Aplica en la práctica diaria los conocimientos derivados del análisis de las investigaciones básicas y clínicas realizadas por instituciones reconocidas (Cuadro 3).

CUADRO 2: Competencias específicas del odontólogo.

DOMINIO PROFESIONAL: CLÍNICO	
COMPETENCIAS	TAREAS FUNCIONALES
Identifica condición sistémica de los pacientes	Asociar los conceptos de las ciencias básicas médicas a las situaciones clínicas
	Hacer interrogatorio para identificar compromisos sistémicos del paciente
	Registrar información en la Historia clínica y elaborar remisiones médicas
	Reconocer pacientes sistémicamente comprometidos
	Efectuar examen extra e intraoral apropiado, incluyendo los signos vitales y su registro.
Diagnostica Caries	Identificar signos y síntomas de caries
	Identificar factores de riesgo cariogénico
	Identificar biopelícula como factor principal para la caries
	Identificar lesiones clínicas tempranas y establecidas
	Utilizar elementos diagnósticos para la identificación de la caries e interpretarlos con indicadores objetivos
Diagnostica Enfermedad Periodontal	Identificar signos de enfermedad periodontal
	Identificar factores de riesgo para la enfermedad periodontal
	Identificar biopelícula como factor principal en la enfermedad periodontal
	Utilizar ayudas diagnósticas para la identificación de la enfermedad periodontal
Diagnostica maloclusiones	Identificar signos de maloclusión
	Identificar factores de riesgo para la maloclusión
	Utilizar ayudas diagnósticas para la identificación de la maloclusión
Diagnostica Desórdenes Temporomandibulares	Identificar signos de desórdenes temporomandibulares
	Identificar factores de riesgo para los desórdenes temporomandibulares
	Utilizar ayudas diagnósticas para la identificación de los desórdenes temporomandibulares
Diagnostica lesiones dentales de origen no bacteriano	Identificar signos de las lesiones de origen no bacteriano
	Identificar factores de riesgo para las lesiones no cariosas
	Utilizar ayudas diagnósticas para la identificación de las lesiones no cariosas
Diagnostica lesiones benignas y malignas de los maxilares	Identificar signos de lesiones benignas y malignas de los maxilares
	Identificar factores de riesgo para las lesiones benignas y malignas de los maxilares
	Utilizar ayudas diagnósticas para la identificación de las lesiones benignas y malignas de los maxilares
Diagnostica alteraciones de crecimiento y desarrollo	Identificar signos de alteraciones de crecimiento y desarrollo
	Identificar factores de riesgo para las alteraciones de crecimiento y desarrollo
	Utilizar ayudas diagnósticas para la identificación de alteraciones de crecimiento y desarrollo
Diagnostica patología pulpar y periapical	Identificar signos y síntomas de patología pulpar y periapical
	Identificar factores de riesgo para patología pulpar y periapical
	Utilizar ayudas diagnósticas para la identificación de patología pulpar y periapical

Diagnostica reabsorción de rebordes de los maxilares	Identificar signos de reabsorción de rebordes de los maxilares
	Identificar factores de riesgo para la reabsorción de rebordes de los maxilares
	Utilizar ayudas diagnósticas para la identificación de la reabsorción de rebordes de los maxilares
Diagnostica lesiones en mucosas de cavidad bucal	Identificar signos de patología en mucosas de la cavidad bucal
	Identificar factores de riesgo para lesiones en mucosas de la cavidad bucal
	Utilizar ayudas diagnósticas para la identificación de lesiones en mucosas de la cavidad bucal
Previene la caries	Controlar los factores de riesgo para la caries
	Conocer y aplicar técnicas de prevención para la caries
	Conocer y aplicar estrategias de enseñanza de autocuidado para la prevención de la caries
Previene la Enfermedad Periodontal	Controlar los factores de riesgo para la Enfermedad Periodontal
	Conocer la etiopatogenia de la Enfermedad Periodontal
	Conocer y aplicar estrategias de enseñanza de autocuidado para la prevención de la Enfermedad Periodontal
	Conocer y aplicar tratamiento preventivo para la Enfermedad Periodontal
Previene maloclusiones	Controlar los factores de riesgo para las maloclusiones
	Conocer y aplicar técnicas para la prevención de las maloclusiones
Previene desórdenes temporomandibulares	Controlar factores de riesgo para los desórdenes temporomandibulares
	Conocer y aplicar técnicas preventivas para Desórdenes temporomandibulares
Previene lesiones de origen no bacteriano	Controlar factores de riesgo para las lesiones dentales no cariosas
	Identificar la etiopatogenia de las lesiones dentales no cariosas
	Conocer y aplicar técnicas para prevenir lesiones dentales no cariosas
Previene lesiones benignas y malignas de los maxilares	Controlar factores de riesgo de las lesiones benignas y malignas de los maxilares
Previene alteraciones de crecimiento y desarrollo	Controlar factores de riesgo para las alteraciones de crecimiento y desarrollo
Previene patologías pulpares y periapicales	Controlar factores de riesgo para lesiones pulpares y periapicales
Previene reabsorción de rebordes de los maxilares	Controlar factores de riesgo para la prevención de la reabsorción de los rebordes de los maxilares
	Conocer y aplicar técnicas para prevenir reabsorción de los rebordes de los maxilares
Establece Planes de Tratamiento integrales	Identificar el motivo de consulta del paciente
	Priorizar necesidades del paciente
	Establecer fases o etapas de tratamiento interdisciplinarias
Trata la caries	Conocer y aplicar alternativas de tratamiento para la caries y sus secuelas
	Establecer pronóstico para las lesiones cariosas según el tratamiento aplicado
	Controlar y prevenir la recurrencia de la caries
Trata la Enfermedad Periodontal	Conocer la racionalidad del tratamiento periodontal
	Aplicar las fases terapéuticas para detener el progreso de la Enfermedad Periodontal
	Aplicar alternativas terapéuticas para las secuelas de la enfermedad periodontal
	Establecer pronóstico para las lesiones periodontales según el tratamiento aplicado
	Controlar y prevenir la recurrencia de la Enfermedad Periodontal

Trata maloclusiones	Aplicar tratamientos de baja complejidad para maloclusiones leves Remitir al especialista las maloclusiones severas para tratamiento complejo
Trata desórdenes temporomandibulares	Remitir desórdenes temporomandibulares para tratamiento especializado Atender situaciones de urgencia por desórdenes temporomandibulares
Trata lesiones dentales de origen no bacteriano	Aplicar alternativas terapéuticas para las lesiones dentales de origen no bacteriano y sus secuelas Establecer pronóstico para las lesiones dentales de origen no bacteriano según el tratamiento aplicado Controlar y prevenir recurrencia de lesiones dentales de origen no bacteriano
Trata lesiones benignas y malignas de los maxilares	Atender situaciones de urgencia por lesiones benignas y malignas de los maxilares Remitir a tratamiento especializado las lesiones benignas y malignas de los maxilares
Remite al especialista alteraciones de crecimiento y desarrollo	Remitir alteraciones de crecimiento y desarrollo para tratamiento especializado
Trata rebordes maxilares reabsorbidos	Aplicar técnicas protésicas de baja complejidad para tratamiento de rebordes residuales Remitir reabsorciones severas de rebordes maxilares para tratamiento especializado

Cuadro 2: Competencias específicas del odontólogo y su relación con las tareas funcionales que las constituyen, para el dominio profesional Clínico.

CUADRO 3: Competencias específicas del odontólogo.

DOMINIO PROFESIONAL: INVESTIGATIVO	
COMPETENCIAS	TAREAS FUNCIONALES
Analiza la - literatura científica en odontología para la toma de decisiones clínicas	Conocer y evaluar la evidencia científica que soporta las decisiones clínicas en el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad periodontal
	Conocer y evaluar la evidencia científica que soporta las decisiones clínicas en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las maloclusiones leves
	Conocer y evaluar la evidencia científica que soporta el diagnóstico, prevención de los Desórdenes Temporomandibulares y los tratamientos de baja complejidad
	Conocer y evaluar la evidencia científica que soporta las decisiones clínicas en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las lesiones dentales de origen no bacteriano
	Conocer y evaluar la evidencia científica que soporta las decisiones clínicas en el diagnóstico, y prevención de las lesiones benignas y malignas de los maxilares
	Conocer y evaluar la evidencia científica que soporta las decisiones clínicas en el diagnóstico y prevención de las alteraciones de crecimiento y desarrollo
	Conocer y evaluar la evidencia científica que soporta las decisiones clínicas en el diagnóstico, prevención y tratamientos de baja complejidad de los rebordes maxilares
Aplica en la práctica diaria los conocimientos derivados de las investigaciones básicas y clínicas realizadas por instituciones reconocidas	Identificar problemas de investigación en el área de conocimiento de la odontología que amerite ser estudiada y solucionada, bajo el método científico
	Propone problemas de investigación en el área de conocimiento de la odontología que amerite ser estudiada y solucionada, bajo el método científico

Cuadro 3. Competencias específicas del odontólogo y su relación con las tareas funcionales que las constituyen, para el dominio profesional Investigativo.

3. Dominio Psico-social

- Reconoce los diferentes perfiles psicológicos para el manejo de la atención odontológica en los diferentes grupos etarios (niño, adolescente, adulto y anciano).
- Identifica y diagnostica la situación de salud - enfermedad bucal de una comunidad determinada, según sus factores de riesgo, de acuerdo a su entorno y condiciones políticas y socioeconómicas.
- Categoriza factores de riesgo generales y locales para la incidencia y prevalencia de enfermedades bucodentales en determinada comunidad.
- Diseña y ejecuta programas preventivos y curativos de las patologías bucodentales pertinentes a cada comunidad de acuerdo con su entorno socioeconómico.
- Participa activamente en equipos interdisciplinarios de orden político y social para la ejecución de proyectos de impacto social.
- Promueve acciones para el fomento de la salud individual y colectiva como un concepto de bienestar que trascienda la ausencia de enfermedad (Cuadro 4).

CUADRO 4: Competencias específicas del odontólogo.

DOMINIO PROFESIONAL: PSICO-SOCIAL	
COMPETENCIAS	TAREAS FUNCIONALES
Aborda el paciente con criterio y comprensión psicológicos	Conocer los temores e inquietudes del paciente con respecto a su estado de salud bucal
	Identificar los factores de orden psicológico que afectan al paciente
	Manejar la situación odontológica en relación con el comportamiento del paciente
	Manejar y/o remitir al paciente para apoyo psicológico en relación con el tratamiento odontológico
Conoce y maneja la situación de salud bucal de una comunidad determinada, de acuerdo a su entorno y condiciones políticas y socioeconómicas	Identificar condiciones socio-económicas y políticas de una comunidad
	Identificar factores de orden psicológico y social que puedan afectar a los miembros de una comunidad
	Identificar la situación de salud bucal de la comunidad de acuerdo a su entorno
	Categorizar factores de riesgo generales y locales para la incidencia y prevalencia de enfermedades bucodentales en determinada comunidad
	Diseñar y ejecutar programas preventivos y curativos de las patologías bucodentales pertinentes a cada comunidad de acuerdo con su entorno socioeconómico
	Participar activamente en equipos interdisciplinarios de orden político y social para ejecución de proyectos de impacto social
	Promover acciones para el fomento de la salud individual y colectiva como un concepto de bienestar que trascienda la ausencia de enfermedad

Cuadro 4. Competencias específicas del odontólogo y su relación con las tareas funcionales que las constituyen, para el dominio profesional Psico-social.

4. Dominio administrativo y de gestión

- Administra con liderazgo responsable instituciones privadas, estatales y mixtas de prestación de servicios de salud bucal.
- Conoce los esquemas de aseguramiento de salud, gubernamentales y privados tanto a nivel local como regional.
- Conoce los campos de desempeño profesional y laboral y la situación del ejercicio de la profesión odontológica en el ámbito local y regional.
- Lidera equipos de personal de servicios de salud, para un manejo eficiente de los sistemas de salud bucal (Cuadro 5).

CUADRO 5: Competencias específicas del odontólogo.

DOMINIO PROFESIONAL: ADMINISTRATIVO	
COMPETENCIAS	TAREAS FUNCIONALES
Conoce los esquemas de aseguramiento de salud gubernamentales y privados tanto a nivel local como regional	Conocer y cumplir la legislación del país donde se ejerce
	Conocer diferentes sistemas de aseguramiento público y privado para el manejo de la práctica profesional
Administra con liderazgo responsable instituciones particulares, privadas o públicas de prestación de servicios de salud oral	Conocer principios básicos de administración en servicios de salud
	Conocer los campos de desempeño profesional y laboral y la situación del ejercicio de la profesión odontológica en el ámbito local y regional
Aplica estrategias de organización y gestión en la práctica clínica	Registrar la documentación clínica y manejo de la información del paciente en la historia clínica
	Aplicar conocimientos de ergonomía en el trabajo a 4 y 6 manos
	Aplicar las medidas de bioseguridad adecuadas y conocer la esterilización, asepsia, desinfección y control de infecciones cruzadas en el ámbito odontológico.
Conoce y aplica estrategias de atención al usuario	Comunicar didácticamente al paciente e interesados la condición de salud-enfermedad, el o los posibles tratamientos a practicar y los resultados probables del mismo
Gestiona y lidera equipos de servicios de salud de diferentes niveles desde el personal auxiliar y de apoyo hasta el nivel de especialista, para un manejo eficiente de los servicios de salud oral	Cumplir con normatividad local y general para el funcionamiento de la clínica odontológica
	Dirigir y coordinar trabajo en equipo multidisciplinario para la atención odontológica

Cuadro 5. Competencias específicas del odontólogo y su relación con las tareas funcionales que las constituyen, para el dominio profesional Administrativo.

Tareas funcionales:

Estas corresponden a las acciones específicas que alimentan las competencias y que pueden ser abordadas particularmente por cada país y cada institución de educación superior. A través de estas tareas funcionales particulares, se asegura el logro integral de las competencias que tienen un sentido más universal y puede ser reconocida en el contexto global. A partir de estas competencias, se evidenciará la pertinencia del desarrollo de las estructuras y modelos curriculares de los programas de formación, los cuales tienen como responsabilidad aplicar todas las estrategias educativas para el logro de estas competencias por parte de su recurso humano en formación. En las Tablas 2 a 5 se detallan las tareas funcionales para cada una de las competencias de los dominios profesionales del odontólogo en consonancia con el perfil definido para América Latina.



CAPITULO 5

modelos y estructuras curriculares en odontología





CAPITULO 5

MODELOS Y ESTRUCTURAS CURRICULARES EN ODONTOLOGÍA

I. Modelos curriculares

RESULTA COMPLEJO ESTABLECER un único concepto epistemológico del término modelo curricular, ya que los diferentes autores lo abordan desde ópticas diversas: unos contemplando fundamentalmente los principios filosóficos, mientras que otros, lo hacen desde el punto de vista sociológico, considerando la dimensión social del proceso educativo, desde el punto de vista psicopedagógico incidiendo en las nuevas teorías del aprendizaje.

En síntesis el modelo curricular se puede definir como una pauta para orientar el quehacer pedagógico que contempla los objetivos y los contenidos de la educación formal y al mismo tiempo considera las costumbres y valores de la sociedad en la que está inmerso. Su objetivo es mostrar el plan de acción que conduce a la realización de las actividades educativas,

proporcionando datos concretos acerca de qué, cómo y cuándo enseñar y evaluar. Posibilita al mismo tiempo analizar y evaluar tanto los objetivos educativos como la implementación y resultados del proceso educativo^{1,2,3,4,5}.

Características generales

Existe una gran diversidad de modelos curriculares, dependiendo su valor, en gran medida, en la calidad de la información que proporcionen, en las necesidades educativas y en los resultados obtenidos en el proceso de su implementación.

Aunque existe un currículum oficial que proporciona a administradores, personal docente y estudiantes información relevante en cuanto a organización temporal, itinerarios, contenidos, guías de aprendizaje y evaluación, existe otro currículum operativo que representa la realidad del proceso enseñanza-aprendizaje, e incluso existe un currículum oculto que representa normas no reconocidas abiertamente, pero que pueden tener un importante impacto en los estudiantes. Igualmente pueden existir materias o contenidos que aunque existen sobre el papel no se enseñan, o por el contrario otros contenidos o vivencias fuera del currículum, igualmente importantes en el proceso de aprendizaje. Posner establece que todos estos procesos concurrentes de deben identificar dentro del modelo curricular⁶.

II. Marco histórico - Europa

El Reino Unido en 1859, Finlandia en 1880, Suiza en 1881 y Rusia en 1891 fueron los primeros países que introdujeron un plan de estudios de Odontología independiente del de Medicina. Sin embargo, otros países europeos como España, Italia o Austria han mantenido, hasta recientemente, el modelo estomatologista como una especialidad de la Medicina. Con la creación de la Unión Europea y la libre circulación de profesionales, se aprobaron hace 20 años unas directivas que afectan fundamentalmente a las profesiones sanitarias, que contemplan unos requisitos homogéneos de formación, tanto en duración de los estudios como en los contenidos de los planes de estudio. Estas directivas han conducido a unos estudios de odontología, independientes de medicina, bastante homogéneo en cuanto a contenidos y con una duración mínima de cinco años⁷. En los últimos cinco años, con el ímpetu del Tratado de Bolonia, La Asociación para la Educación Odontológica en Europa (ADEE) ha desarrollado una red temática DENTED con el

objetivo de realizar un modelo educativo en odontología que fomente títulos académicos fácilmente «comprensibles» y comparables, que estimule la movilidad de estudiantes, docentes e investigadores, que desarrolle nuevos modos de aprendizaje centrados en el estudiante y que garantice la calidad de la enseñanza⁸. En el marco de este proyecto en el que se ha utilizado la metodología del proyecto Tuning, auspiciado por Unión Europea se han elaborado unos documentos consensuados por toda la comunidad educativa y profesional europea, en los que se describen tanto el perfil del odontólogo europeo, como las competencias que debe alcanzar en su proceso formativo, como los modelos curriculares más adecuados^{9,10}. Dichos modelos curriculares participan de los siguientes criterios:

- Organización curricular en bloques que fomente la integración vertical y horizontal de las distintas materias.
- Utilización de nuevas metodologías de aprendizaje centradas en el estudiante y en el uso de nuevas tecnologías (TICs).
- Formación basada en competencias, que deben ser descritas y clasificadas según el nivel requerido e identificando criterios de evaluación.

Estados Unidos de América

La educación odontológica formal e independiente de la medicina empezó en los Estados Unidos en el *Baltimore College of Dental Surgery* en 1840 transformándose un modelo basado en la formación de profesionales como aprendices y una formación reglada con un largo periodo de instrucción formal en las universidades (Cuadro 1).

CUADRO 1: Evolución de la enseñanza odontológica en EEUU.

1867	Primer Departamento Dental en la Universidad de Harvard, en estrecha asociación con el Departamento de Medicina
1884	Asociación Nacional de Facultades Dentales, que alentó la estandarización del currículo
1891	Currículo de 2 años en las escuelas dentales
1910	Publicación del reporte Flexner para la enseñanza de las ciencias biológicas
1917	Currículo dental de 3 años
1923	Asociación Americana de Escuelas Dentales
1926	Reporte Gies de Educación Dental
1941	La Asociación Dental Americana publica estándares de acreditación
1958	Controversia enfocada a la evaluación continua de competencias clínicas a través de una serie de exámenes estatales y regionales

Aunque la formación odontológica en EEUU es bastante homogénea, con una duración media de cuatro años, después de un curso pre profesional universitario de una duración mínima de dos años (*predental educación*) y con unos estándares mínimos que están asegurados por los procesos de acreditación que realizan la ADA (*American Dental Asociación*) y la ADEA (*American Dental Education Association*)¹¹ existen muchas discrepancias en los modelos curriculares y en las metodologías de aprendizaje y enseñanza que realizan las distintas universidades.

En 1994, el Instituto de Medicina (IOM por sus siglas en inglés) organizando un comité conformado por miembros expertos para realizar un análisis crítico de la educación dental en ese momento y en 1995 publicó el documento *Dental Education at the Crossroads. Challenges and Change* (1995) que planteaba una serie de recomendaciones para el futuro¹²:

- La Odontología debe integrarse cada vez más a la Medicina y a los sistemas de salud en sus niveles de investigación, educación y atención de pacientes. Los adelantos en ciencia y tecnología, en campos como la biología molecular, inmunología y genética, continuará estrechando lazos entre la Odontología y la Medicina.
- Las escuelas de Odontología deberán enseñar modelos de práctica clínica científica y tecnológicamente de vanguardia, enfocados a resultados, orientados a pacientes y a la comunidad, eficientes e interdisciplinarios, y basados en el trabajo en equipo. Esto requerirá dejar a un lado muchas prácticas actuales y reformar el currículo.
- Estas escuelas deberán demostrar sus contribuciones a otras universidades, centros de salud y comunidades a través de logros, no sólo en educación sino también en investigación, transferencia de tecnología y servicio a los pacientes y a la comunidad en general^{13,14}.

Sin embargo, aún en la actualidad son escasas las universidades que cuentan con planes de estudio flexibles que permitan a los estudiantes seleccionar opciones para dirigir sus preferencias en aspectos específicos. De hecho, Kassebaum y cols., en 2004¹⁵, en un estudio sobre educación odontológica realizado en 2002-2003 refieren que aproximadamente 2/3 de los encuestados definieron su organización curricular como basada en disciplinas, con escaso grado de integración. Aunque algunas facultades utilizan nuevas tecnologías como el *Aprendizaje Basado en Problemas* (ABP) o el *Estudio de Casos* en ciertas áreas del currículo, son solo tres las instituciones (5%) que indicaron que todo su currículo estaba basado en el ABP. Asimismo, un

porcentaje muy bajo (7%) reportó que la totalidad de su currículo estaba organizado alrededor de temas integrados. Una gran mayoría refirió que sus estudiantes tenían experiencias clínicas de tratamientos realizados a los pacientes^{11,14}.

Latinoamérica

Desde 1538 a 1812 se fundaron más de treinta instituciones de educación superior en Hispanoamérica, siendo piezas claves para la cristianización de grandes territorios. Con el establecimiento de las repúblicas independientes se implantó un esquema de educación universitaria siguiendo el modelo napoleónico consistente en un conglomerado de escuelas aisladas, cuya función fue principalmente el repetir los conceptos aprendidos. Posteriormente, en la mayoría de las universidades latinoamericanas se podía percibir la influencia de las diferentes corrientes de pensamiento. Es el caso del Positivismo, paradigma que concibe la existencia de una realidad ajena al observador y que se materializa en la historia natural de la enfermedad, la cual conceptualiza a los fenómenos de salud como a históricos y universales. Este paradigma se ve representado en casi todos los planes de estudio de las universidades latinoamericanas a lo largo de su historia.

A partir de la década de los setenta, la corriente denominada *causalidad social* cobra una enorme importancia, a través del reconocimiento del carácter histórico de los fenómenos sociales, así como la posibilidad de ser transformados por la acción del hombre. De esta manera, los modelos curriculares en las universidades adquieren la visión social como un elemento fundamental de su misión educativa.

El 9 de octubre de 1998, en la Conferencia Mundial Sobre Educación Superior, se emitió la *Declaración Mundial Sobre la Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y Acción*, la cual ha sido utilizada como base para establecer los principios fundamentales del marco filosófico de las universidades latinoamericanas.

Datos obtenidos¹⁶ durante el año 2006, permiten concluir que en la región latinoamericana la enseñanza de la Odontología a nivel superior es sumamente heterogénea. El número de asignaturas en los planes de estudio de las diferentes universidades es variable, – desde treinta hasta 89 –. Su duración fluctúa entre los cuatro y los seis años, en ciclos anuales o semestrales, así como la proporción entre la formación teórica (de 76% a 21%) y la práctica (de 23% a 79%). En términos generales, los planes de estudio de varias de las universidades se enfocan principalmente a la

restauración y rehabilitación, no hacia la prevención. Sin embargo, en otras, la odontología social juega un papel preponderante. En varias de ellas, por medio de asignaturas como Metodología de la Investigación y Bioestadística Elemental, se busca propiciar la preparación de los estudiantes en el campo de la investigación.

III. Modelos Curriculares en Odontología

Curriculum tradicional

El modelo derivado del informe Flexner, conocido como modelo tradicional, se caracteriza por un diseño instruccional de los contenidos y la fragmentación en la formación que se desarrolla en áreas cerradas desde lo disciplinar sin contactos entre sí de las asignaturas. Su paradigma es conductual, centrado en el profesor y en los resultados. Se limita a lo establecido en los programas, promueve el aprendizaje memorístico y no considera las necesidades ni el papel central del estudiante en el proceso enseñanza-aprendizaje.

Estructura: plan de estudios distribuido en 5 o 6 años organizados en forma estática en dos ciclos bien definidos. El primer ciclo incorpora el contenido biomédico básico en la etapa inicial de la formación profesional, como requisito para el segundo ciclo, constituido por disciplinas odontológicas y clínicas, organizadas por especialidades, con una atención orientada a la enfermedad. Esta estructura ocasiona que la integración entre disciplinas clínicas y básicas sea muy difícil. Las asignaturas son semestrales o anuales y, en términos generales, obligatorios.

Organización académica básica: disciplina o asignatura, centrada en las especialidades odontológicas clásicas, con un enfoque básicamente rehabilitador.

Método educativo: clase magistral. Este modelo tradicional o de transmisión se caracteriza porque el docente es quien provee los conocimientos elaborados, siendo, frecuentemente, un especialista en una de las disciplinas con poca o ninguna formación pedagógica. La memorización constituye la principal estrategia de aprendizaje.

Curriculum innovador

Para el constructivismo la enseñanza no es una simple transmisión de conocimientos, sino la organización de métodos de apoyo que permitan a los alumnos

construir su propio saber. El aprendizaje supone una construcción que se realiza a través de un proceso mental que finaliza con la adquisición de un conocimiento, siendo muy importantes para ello, los conocimientos adquiridos con anterioridad. En este proceso no es sólo relevante esta construcción, sino también la posibilidad de adquirir una nueva competencia que permita generalizar y aplicar lo aprendido a una situación nueva. El alumno no es un mero receptor de conocimientos sino el responsable de su propio proceso de aprendizaje, ni el docente un simple transmisor, sino un orientador que guía la actividad.

Estructura: plan de estudios con una duración entre 5 y 6 años, organizado en semestres o en años, con una integración tanto vertical (articulación o relación entre asignaturas que tradicionalmente son enseñadas en diferentes ciclos), como horizontal (articulación entre disciplinas o asignaturas tradicionalmente enseñadas en el mismo año o ciclo del plan de estudios) de disciplinas básico-médicas y odontológicas. La formación se realiza a través de un abordaje multi e interdisciplinar de la atención, a partir de clínicas integradas que proponen la organización racional de conocimientos y habilidades a fin de adoptar las decisiones clínicas que favorezcan la salud bucal en forma escalonada en niveles de complejidad creciente y con una incorporación temprana del estudiante en la clínica odontológica (si es posible desde el primer año). El estudiante puede iniciar su aprendizaje, tomando contacto con pacientes sanos o con problemas básicos, aplicando terapias preventivas, conservadoras y de mantenimiento de la salud. Otro pilar fundamental de la formación pre-profesional lo constituye la práctica desarrollada en los servicios y en la comunidad. Dicha actividad supone, respecto del estudiante, actuar en ámbitos organizados a nivel institucional y/o comunitario, vinculado a la atención de la salud bucal de la población, incorporándose a un equipo de salud o educativo establecido y recibiendo orientación y respaldo de un plantel docente específico. Se considera necesaria la integración del aprendizaje de la práctica en centros educativos y servicios de salud y sus realidades, debiendo presentar para ello el diseño curricular y los contenidos en un equilibrio entre la odontología individual y la comunitaria¹⁷.

Organización académica básica: suele ser la materia organizada en módulos o bloques constituidos por núcleos significativos de conocimientos, habilidades y actitudes fundamentales, pautados por criterios de pertinencia y oportunidad en el desarrollo de los aprendizajes alrededor de temas genéricos. Supone una perspectiva multidisciplinar garantizada por una fuerte articulación entre cátedras y entre cursos, con una modalidad y concepción diferente al tradicional binomio

cátedra-asignatura. Incorpora la oferta de una proporción de cursos/asignaturas optativos y/o electivos que permitirán una mayor autonomía a los estudiantes para satisfacer sus intereses y profundizar o ampliar sus conocimientos y/o la adquisición de habilidades y destrezas. El estudiante será capaz de determinar por sí mismo qué habrá de aprender (dentro de parámetros definidos por la institución educativa), la velocidad de su aprendizaje, el método de estudio y los tipos de recursos de aprendizaje a utilizar, con el fin de cumplir con los objetivos.

Métodos educativos: Utiliza una serie de metodologías de aprendizaje centradas en el alumno: Aprendizaje Basado en Problemas, Estudio de casos, Adquisición de competencias, Enseñanza en pequeños grupos. El estudiante pasa de una función pasiva a una activa, desempeñando un papel muy importante en este proceso. El profesor se transforma en un tutor, quien tiene la misión de motivar y facilitar el aprendizaje¹⁸, mediante estrategias que promueven el pensamiento crítico, el funcionamiento eficiente y eficaz del grupo, el aprendizaje individual y la evaluación en las tutorías¹⁹. Los créditos académicos integran el contexto de esta filosofía educativa, en la que el estudiante es el centro del aprendizaje. Plantea el establecimiento de un sistema que homologa el tiempo de trabajo estudiantil (carga horaria) por medio de un proceso de investigación continuo para el desarrollo de competencias específicas²⁰.

Enfoque fundamental de la enseñanza: Debido a que el alumno es el centro de este proceso, será necesario preparar a los graduados para la movilidad en los campos profesionales y para seguir aprendiendo independientemente, capacitándolos para traspasar las fronteras de su disciplina, especialidad y situación geográfica, evitando de esta manera efectos aislantes y des articuladores. Con base en estas percepciones, es que se pone de manifiesto la importancia de considerar estrategias de flexibilidad que permitan superar las prácticas caracterizadas por la rigidez de los planes de estudio, así como los obstáculos para el trabajo interdisciplinario, promoviendo y facilitando la compatibilidad curricular, con el propósito de permitir la movilidad de recursos académicos y profesionales. En un sentido amplio, la flexibilidad en la educación superior presupone, entre otras cosas, una mayor diversificación y ampliación de una gama óptima de posibilidades de educación y adquisición de saberes que favorezcan un acceso equitativo a este nivel educativo²¹. Con el objetivo de responder a la necesidad de relacionar la educación con el ámbito laboral, se promueve la implementación de las opciones educativas basadas en los modelos por competencias.

Curriculum Híbrido

Se consideran modelos híbridos a los que utilizan una combinación de las diferentes metodologías de enseñanza-aprendizaje de acuerdo con las características individuales y contextos socioculturales de la institución, y con las necesidades de los estudiantes en los diferentes niveles cursados. Combina una variedad de estrategias educativas, incluyendo clases magistrales, aprendizaje basado en problemas y en grupos pequeños, estudio de casos e introducción de experiencias clínicas reales y simuladas tempranamente dentro de la institución educativa o en servicios comunitarios. De esta manera, este abordaje pretende obtener una mejor calidad, incorporando lo más relevante de cada metodología, articulándolas adecuadamente. Esto resulta ser fundamental en aquellas situaciones en que no se dispone de docentes motivados o suficientemente entrenados en estas nuevas metodologías, o bien, cuando hay escasez de recursos institucionales apropiados o posibilidades de acceso a la tecnología, particularmente en países donde hay una gran cantidad de personas viviendo en la pobreza, los docentes son mal remunerados y los estados cada vez reducen más sus aportes al sistema educativo. Los modelos con metodologías tradicionales permiten la transmisión de mayor cantidad de información a mayor número de alumnos con menor disponibilidad de medios.

En la Figura 1 se puede ver los tipos de modelos implementados en Latinoamérica, conforme los datos obtenidos a través del envío vía e mail de 70 cuestionarios a las direcciones de correo electrónico de integrantes de las Facultades de Odontología miembros de ENLEC PLACEO. Se recibieron un total de 36 respuestas (51%) correspondientes a 24 facultades de 10 países.

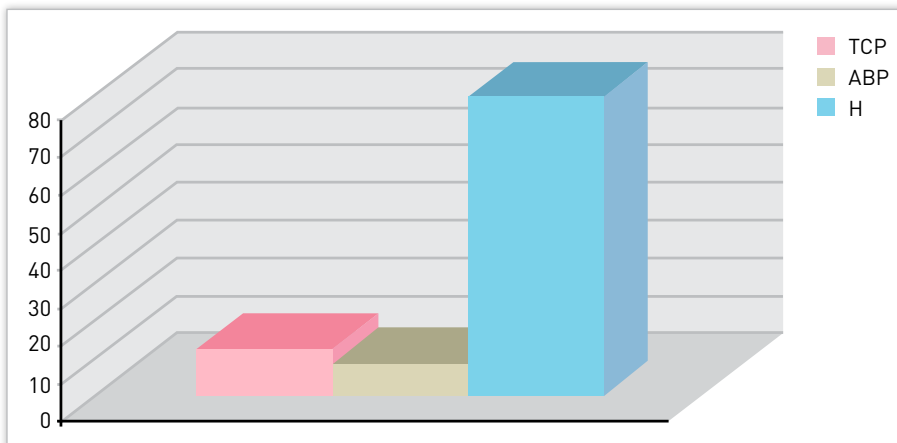


FIGURA 1: Tipos de modelos implementados en Latinoamérica:

Tradicional Centrado en el Profesor (TCP) = 12.5%;

Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) = 8.4%;

Híbridos (H) = 79.1%.

IV. Evaluación de los modelos curriculares

Ángel Díaz Barriga y cols.^{3,22} resaltan la importancia de lograr que la evaluación de los modelos curriculares forme parte fundamental de la vida cotidiana de las instituciones. Esta evaluación está orientada a la toma de decisiones informadas acerca del mismo, utilizando métodos como cuestionarios, entrevistas con profesores, análisis de contenidos, entrevistas de seguimiento de egresados, pruebas estandarizadas, estudios de casos en las aulas y pruebas con relación a normas y criterios, entre otros⁶.

CAPITULO 6

enseñanza - aprendizaje en odontología





CAPITULO 6

ENSEÑANZA - APRENDIZAJE EN ODONTOLOGÍA

I. Métodos de enseñanza-aprendizaje en odontología

Clase Magistral

Según Goffman¹, la clase magistral consiste en una ocupación oficial y prolongada de una escena, donde el profesor expone sus puntos de vista sobre un tema determinado. La intención es producir una reflexión comprensiva del tema tratado. El rol del profesor es activo (es una autoridad incuestionable, poseedor de verdades, que expone y demuestra) y la del estudiante es pasivo, recibe conocimientos, prioriza la memorización, resuelve ejercicios por reiteración mecánica y sigue modelos o procedimiento resolutivos dados por el profesor.

Ventajas:

Es útil:

- En etapas iniciales de la formación, especialmente con referencia a contenidos de las ciencias básicas².
- Cuando los estudiantes no tienen fácil acceso a la información básica necesaria, o cuando los problemas o hechos son de naturaleza conflictiva o confusa.
- Cuando la experiencia individual del docente puede contribuir sustancialmente para el esclarecimiento de algún tema o problema.
- Cuando se dispone de poco tiempo porque permite exponer a un número mayor de estudiantes, una mayor cantidad de contenidos.
- Debido a que tiene un costo relativamente bajo, y es relativamente fácil de preparar.
- Debido a que es factible combinarla con otras metodologías.

Desventajas:

- Transmite conocimiento del docente al alumno sin promover la reflexión.
- Es difícil sostener la atención durante toda la clase.
- Prioriza la memoria.
- El aprendizaje del alumno depende de su capacidad para adaptarse al profesor.
- Propicia alumnos receptivos, formados a imagen y semejanza del profesor, quien se constituye en el modelo a seguir en lo profesional y en lo personal.
- Parte de la falsa premisa de que los estudiantes tienen ritmos similares.
- Los canales perceptivos son sólo el auditivo y el visual.

Probablemente la clase magistral constituye la técnica metodológica más criticada. Sin embargo, es la más ampliamente utilizada en la educación superior. ¿Por qué tantos docentes dictan clases expositivas o clases magistrales sabiendo en la actualidad las limitaciones y desventajas que poseen? La respuesta se encuentra en parte en el peso de la tradición (si en el pasado han sido útiles por qué no continuar empleándolas) y también podría explicarse por la taxonomía de Bloom³ para habilidades del pensamiento, que en su primer nivel plantea el “recoger información” y que a partir de ello se pueden desarrollar posteriormente habilidades de orden superior como comprensión, aplicación, análisis, síntesis y evaluación.

Aprendizaje basado en problemas (ABP)

En el área de la salud, el aprendizaje basado en problemas (ABP), usa problemas de salud como contexto que permite el análisis y búsqueda de información relevante. Enfrenta al estudiante con la realidad y le da la oportunidad de desarrollar destrezas que el sistema tradicional no promueve ni permite. La resolución de problemas es un estadio al que se accede en forma progresiva de acuerdo al avance del estudiante.

El ABP es fundamentalmente un método instruccional, caracterizado por el uso de problemas clínicos. Primero debe identificarse el problema, detectar las posibles causas que lo provocaron y explicarlo a la luz de las ciencias básicas. Después habrá que tratar de resolverlo, dando soluciones para las diversas alternativas. En este proceso se desarrollan destrezas de razonamiento y se identifican las necesidades de aprendizaje de una manera interactiva mediante estudio independiente, aplicando el nuevo conocimiento y sintetizando lo que se ha aprendido. Se concluye con una evaluación de los recursos de información que se utilizaron y analizando las mejores formas en que se aplican en el problema del paciente. Los problemas plantean nuevos temas que imponen nuevo aprendizaje en el que los alumnos se involucran activamente y reciben comentarios y asistencia por parte del docente. El rol de este último es el de facilitador del proceso: guía, prueba y apoya las iniciativas de los estudiantes, no da clase ni proporciona soluciones como en el modelo tradicional. Branda y Venturelli (1997) distinguen el ABP de otros métodos como el estudio de casos. En el ABP el problema es presentado primero, antes de que el estudiante haya aprendido ciencias básicas y/o clínicas, y no después. Además, el estudio no estará completo si no se observa en forma holística, es decir, desde las esferas biológica, psicológica y social. El esfuerzo de aprendizaje y la ampliación de la perspectiva de atención al paciente deben ser las bases fundamentales motivadoras del aprendizaje⁴.

Ventajas:

- Favorece que el estudiante aprenda a aprender.
- El docente tiene un papel fundamental como facilitador y como apoyo en la actividad de los estudiantes.
- Acompaña a los alumnos durante el proceso de aprendizaje de manera similar a la que utilizará en situaciones futuras, fomentando que lo aprendido se comprenda y no sólo se memorice.

- Las habilidades que se desarrollan son perdurables. Al estimular en los alumnos habilidades de estudio auto dirigido, se obtendrá que mejoren su capacidad para estudiar e investigar por sí mismos, para afrontar cualquier obstáculo tanto de orden teórico como práctico a lo largo de su vida.
- Desarrolla el pensamiento crítico, integra diferentes aspectos del curriculum, identifica y explora áreas del conocimiento que se encuentran fuera del currículo.

Dificultades

- Requiere problemas definidos correctamente, buenas referencias bibliográficas y recursos de información adecuados.
- Demanda la capacitación de los docentes para comprender y aplicar esta estrategia⁵.
- Requiere más tiempo, ya que no es posible transferir información de manera rápida como en métodos convencionales, tiempo por parte de los alumnos para lograr los aprendizajes y tiempo por parte de los profesores para preparar los problemas y atender a los alumnos en asesorías y retroalimentación. El ABP no puede ser considerado como un método rápido y no debe ser ése su objetivo⁶.
- Implica un cambio que incluye la redefinición de valores y objetivos del programa académico, la modificación de roles del profesor y del estudiante, y la transformación del proceso de enseñanza-aprendizaje⁷.
- No limita a los estudiantes en que eligen aprender, por lo que en algunas circunstancias les puede proporcionar poca orientación y algunos objetivos pueden no ser alcanzados.
- Es necesario disponer de una estructura apropiada con disponibilidad de buenas bibliotecas y acceso a computadoras por parte de estudiantes y docentes, por lo que se convierte en difícil de implementar en instituciones con matrículas numerosas y escasos recursos económicos.

Estudio de casos

En él los alumnos aprenden sobre la base de experiencias y situaciones de la vida real. Permite al alumno construir su propio conocimiento en un contexto que lo aproxima a su entorno. El docente selecciona un caso, hace un resumen del mismo con los datos más importantes y lo entrega a los estudiantes -con suficiente anticipación- para su estudio. En la fase de ejecución, el profesor, a solicitud de los alumnos, da la información que se requiera. Se solicita a los estudiantes que planteen las ideas fundamentadas que les sugiere el caso y las discutan hasta lograr un

diagnóstico presuntivo. Posteriormente el docente da a conocer el diagnóstico de certeza. En el estudio de casos se logran objetivos del área cognoscitiva hasta el nivel de análisis, ya que, partiendo de una información conocida, se puede llegar a su resolución adecuada⁸. Este método se basa en la participación activa y en procesos colaborativos y democráticos de discusión de la situación reflejada en el caso. Un caso representa situaciones complejas de la vida real planteadas de forma narrativa, a partir de datos que resultan ser esenciales para el proceso de análisis. Constituyen una buena oportunidad para que los estudiantes pongan en práctica habilidades que son también requeridas en la vida real, por ejemplo observación, escucha, diagnóstico, toma de decisiones y participación en procesos grupales orientados a la colaboración⁹. Es de suma utilidad en las disciplinas de la salud, porque permite que el alumno fundamente los diagnósticos de casos y analice los aciertos y errores cometidos en ellos, lo cual es trascendental durante su práctica clínica¹⁰.

Ventajas

- Promueve el análisis sistemático, genera actitudes favorables y prepara para la toma de decisiones debidamente sustentada. Permite al estudiante pensar y contrastar sus reflexiones y alternativas de solución.
- Favorece el aprendizaje de conceptos y su transferencia.
- Genera disposición a escuchar comprensivamente.
- Desarrolla la creatividad y la capacidad de tomar decisiones.
- Desarrolla destrezas en el razonamiento, evaluación crítica de la evidencia, interpretación rigurosa de la información y capacidad de observación.

Dificultades

- Es difícil la utilización y selección efectiva de los recursos apropiados⁵.
- Exige una buena preparación por parte del profesor¹¹, ya que es necesario un docente capaz de conducir la discusión, ayudar a los alumnos a realizar un análisis más agudo de los diversos problemas e inducirlos a esforzarse para obtener una comprensión más profunda. Es en particular esta característica la que determina el éxito o el fracaso de la enseñanza con casos.
- Si la información no es suficiente puede conducir a resultados erróneos.
- No se considera apropiado para el primer nivel de áreas básicas.
- Las soluciones a los problemas que se plantean durante el estudio del caso no son llevados generalmente a la práctica, por lo tanto, este método no sustituye

la formación práctica, que debe facilitarse complementariamente (aplicando las conclusiones a situaciones reales).

- Los alumnos tienen que poseer ciertos conocimientos previos sobre el tema y no suelen estar acostumbrados al proceso de reflexión sobre problemas en grupo, elaboración de propuestas de solución y su defensa en público.
- Las aulas pueden no estar preparadas para el trabajo en pequeños equipos y los grupos grandes incrementan la dificultad de forma exponencial.

Grupos pequeños

Aprendizaje grupal significa ubicar al docente y al estudiante como seres sociales, buscar el abordaje y la transformación del conocimiento desde una perspectiva de grupo, valorar la importancia de aprender a interactuar en grupo y a vincularse con otros. La interacción y el grupo son fuente de experiencias para el sujeto y permiten su aprendizaje.

Dentro de esta conceptualización de aprendizaje, el profesor se convierte en coordinador del proceso. Su papel consiste en orientar hacia la búsqueda de la información, facilitar su adquisición y despertar el interés para ampliarla y confrontarla. El sujeto de aprendizaje necesita saber qué aprende, sentirse productivo y aportar él mismo de su experiencia. No es suficiente tener la información, sino que es necesario poder utilizarla¹².

Se ha comprobado que los estudiantes aprenden más, establecen mejores relaciones con los demás, aumentan su autoestima y aprenden valores y habilidades sociales más efectivas cuando trabajan en grupos cooperativos¹³. En relación con los propósitos de aprendizaje, se deben delinear objetivos de dos tipos: académicos, referentes al contenido curricular y de desarrollo de habilidades de colaboración, definiendo qué tipo de habilidades se desea enfatizar. Respecto a la conformación de los grupos, en cuanto a número de integrantes, la recomendación es de seis elementos como máximo, dependiendo de la naturaleza de la tarea, los materiales y el tiempo disponible¹⁴.

Ventajas

- Las actividades grupales representan una forma de articular la teoría y la práctica, ya que siendo un espacio de debate y profundización de puntos de vista, constituyen un mecanismo para motivar hacia la aplicación práctica de los problemas teóricos.

- Brinda un espacio para realizar tareas en equipo que pueden ser comparables a las que se realizarán en contextos de práctica profesional, por lo que representa una modalidad de simulación de lo que el egresado encontrará, una vez concluidos sus estudios.
- Permite la participación activa de todos los presentes, con contacto cara a cara para la discusión efectiva.
- Permite la cooperación y colaboración, así como el estímulo de los miembros del grupo.
- Los estudiantes pueden desarrollar destrezas en relaciones interpersonales. Aprenden a escuchar, a recibir críticas y a su vez entregan críticas constructivas. Asumen actitudes de disciplina personal dentro de un grupo, aprendiendo a hacer aportaciones, a moderar su comportamiento y a expresar puntos de vista, todo ello en función de la utilidad que puede representar para el grupo.
- Los recursos obtenidos por el grupo son más efectivos que los individuales.
- Permite una autoevaluación informal de los estudiantes al comparar sus progresos educacionales con los de sus compañeros.
- El alumno expresa y compara puntos de vista diferentes, y accede a información adicional y casuística de mayor relevancia que la que se obtiene a partir de la exposición.
- Encuentra elementos adicionales de motivación externa e interna.

Dificultades

- Requiere más tiempo, pudiendo generar retrasos en la presentación de soluciones debido a la falta de orientación, de propósitos claros y de definición de lineamientos.
- El docente debe conocer las expectativas de los estudiantes y el tipo de relaciones que mantienen con sus compañeros, ya que el comportamiento de los miembros del grupo puede afectar la productividad del equipo.
- El coordinador puede enfrentar conflictos, por lo que es necesaria su preparación exhaustiva.
- Los estudiantes deben previamente leer los temas a desarrollar para focalizar en mejor forma las preguntas o dudas específicas de los participantes¹⁵.
- La falta de recursos materiales, humanos y edilicios para la realización del trabajo, puede proporcionar un ambiente inadecuado para el desarrollo de esta metodología.

Sistemas basados en competencias

El enfoque de la educación basada en competencias se fundamenta en la capacidad para realizar determinado tipo de tareas o actividades con un alto nivel de calidad¹⁶.

Permite desarrollar procesos de aprendizaje que conducen al logro de habilidades de resolución de problemas, toma de decisiones y desarrollo del pensamiento crítico creativo, entre otras. Combina la formación teórica con la aplicación de los conocimientos, facilitando la adquisición de destrezas laborales. El modelo pedagógico que involucra la formación por competencias propone superar las barreras entre la escuela y la vida cotidiana en la familia, el trabajo y la comunidad, conectando al conocimiento cotidiano, el académico y el científico. Al fusionarlos, se plantea la formación integral que abarca conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores¹⁷.

Practicum

Es una situación pensada y dispuesta para la tarea de aprender una práctica, creando un contexto aproximado en el que se privilegia el aprender haciendo, la tutoría en vez de la exposición y el diálogo tutor-alumno sobre la reflexión en la práctica. Al decir de Schön, una buena práctica profesional depende menos del conocimiento objetivo o de modelos rigurosos, que de la capacidad de reflexionar antes de tomar una decisión, sobre todo en aquellos casos en los que no pueden aplicarse las teorías disponibles. Las tareas desarrolladas en la clínica durante la atención de pacientes enfrentan a los alumnos en forma continua con los complejos problemas del mundo real. En un contexto que se aproxima al mundo de la práctica, los estudiantes “aprenden haciendo”, teniendo a los docentes como marco de referencia. Se los sitúa en una posición intermedia entre el mundo de la práctica, el mundo de la vida diaria y el mundo universitario. Durante la atención de los pacientes, los estudiantes se enfrentan a problemas reales que deben resolver. A veces esta resolución demanda conocimientos que no poseen, circunstancia que les provoca confusión y los desestructura, asumiendo el rol de interesados y “propietarios de la situación”¹⁸. Los alumnos identifican el problema real, y con el marco de referencia docente que se propone como modelo, buscan la mejor evidencia disponible para llegar a una solución viable. De esta manera no se pone sólo énfasis en el contenido, sino que se pretende liberar la mente del estudiante de los límites de la experiencia cotidiana, de la inercia y de la trivialidad de la convención y el estereotipo, estimulando la exploración, y la investigación¹⁹. Este entrenamiento facilitará la necesidad de formación permanente de los próximos graduados, la integración en equipos de trabajo, la preparación en situaciones imprevistas, y el desarrollo de una visión de conjunto.

II. Procesos de evaluación

La evaluación se conformó hasta la década del 50 como un instrumento de selección y control. Evaluación era sinónimo de examen. Tenía como objetivo valorar los conocimientos que poseían los alumnos después de la enseñanza impartida. Posteriormente se integra a los procesos de enseñanza y de aprendizaje, cumpliendo además una función formativa cuya finalidad es la optimización del proceso educativo. Scriven, en 1967²⁰, distingue entre los conceptos de *evaluación formativa* y *evaluación sumativa*, agregando posteriormente otros autores²¹ el de *evaluación diagnóstica o inicial*. Estos tres tipos de evaluación son complementarios, y cada uno desempeña una función específica según el propósito con el que se realiza. De este modo surge el modelo denominado evaluación continua, que permite al docente adquirir conciencia de la marcha de los estudiantes y de la enseñanza durante el propio proceso y, a su vez, a estudiantes reflexionar acerca de su propio desempeño y ajustar su actuación^{22,23}.

Evaluación Diagnóstica

Se denomina también predictiva o pronóstica y permite reflejar la situación inicial para obtener información del proceso de aprendizaje y a partir de ello, adaptarlo o mejorarlo. Puede realizarse a través de encuestas, entrevistas, interrogatorio o de resolución de situaciones problemáticas.

Evaluación formativa

Llamada también evaluación del proceso, permite determinar los resultados obtenidos en un programa en desarrollo, con el objetivo de realizar los ajustes y adecuaciones necesarios.

Evaluación sumativa

Identificada asimismo como final, integradora o de resultado, tiene como propósito la verificación, en un momento dado, de los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos en un proceso educativo. El estudiante podrá realizar una síntesis e integración del conocimiento adquirido mientras que el docente y la institución deberán definir la toma de decisión con respecto a la certificación o calificación del estudiante.

La elaboración de estrategias de la evaluación no tiene un único marco conceptual, sino que cada teoría del aprendizaje podrá ser utilizada como marco teórico para el establecimiento de estrategias con este fin.

Modelo Tradicional

Examen Oral

Se caracteriza por ser fácil de emplear, basándose en la experiencia y habilidad del docente para preguntar, evaluar e interactuar con el estudiante. Carece de estandarización, objetividad, y confiabilidad.

Examen Escrito

Los exámenes escritos son más objetivos que los orales, permiten una mayor concentración por parte del estudiante, con la opción de revisar aciertos y errores. Pueden ser temáticos, pruebas de ensayo y pruebas objetivas, entre otros.

Pruebas objetivas

Entre sus ventajas merecen mencionarse:

- a) Brindar la más simple, rápida, económica y confiable forma de corrección de manera exacta y objetiva.
- b) Permitir la evaluación de una amplia variedad de temas valorando memoria, comprensión, aplicación, análisis y evaluación de los conocimientos.
- c) Utilizar herramientas estadísticas y de análisis de ítems para evaluar la calidad del examen.

Se pueden mencionar las de respuesta breve, las pruebas por correspondencia, y las de selección múltiple. Si bien éstas últimas se caracterizan por la amplitud de su campo de aplicación, podrían señalarse como desventaja su difícil y laboriosa construcción si se desea que no sea una evaluación dirigida sólo a recordar la información. Se debe enfatizar que no es apta para valorar el desarrollo del proceso de pensamiento, la creatividad, ni la capacidad de síntesis del alumno.

Modelo Innovador

Portafolios y Bitácoras

El término portafolios proviene de la frase *portfolio assessment*, que podría traducirse como “carpeta de evaluación”, o *portfolio process*, que podría significar “carpeta de aprendizajes”. Es una colección selectiva deliberada y variada de los trabajos del estudiante donde se reflejan sus esfuerzos, progresos y logros en un periodo de tiempo y en alguna área específica²⁴.

Se pueden identificar diferentes tipos: *portafolio* tipo showcase o vitrina (el estudiante elige una tarea), cotejo o *checklist*: (el estudiante elige varias tareas a completar para un curso), formato abierto (el estudiante decide mostrar lo que considera como evidencia de aprendizaje), del producto (proporciona ejemplos de los mejores trabajos del estudiante), del proceso (contiene información sobre cómo se desarrollaron distintos trabajos, distintas versiones del trabajo del estudiante), de progreso (compara ejemplos de trabajos idénticos en distintos momentos para mostrar cómo el estudiante ha mejorado).

Las bitácoras son instrumentos estructurados que documentan y certifican que se han realizado ciertas actividades de aprendizaje. Tanto los portafolios como las bitácoras son útiles para evaluar desempeños complejos y competencias de integración, así como para documentar procedimientos.

Mapas Conceptuales

Son diagramas que revelan relaciones entre conceptos generales y específicos de una temática, mostrando jerarquías e interrelaciones que dan cuenta de la comprensión e integración de los contenidos.

Evaluación de las competencias

Evaluar a los alumnos en su desempeño clínico, requiere de un sistema complejo, ya que ningún instrumento por sí mismo es capaz de brindar información adecuada sobre las actitudes, habilidades y destrezas adquiridas de manera integrada por los estudiantes durante el aprendizaje de las prácticas profesionales. En 1990, Miller²⁵ presentó un modelo para la evaluación de

las competencias profesionales organizadas en 4 niveles. En la base se identifican los aspectos relacionados con recordar, comprender o interpretar el conocimiento (sabe, sabe cómo) básicamente dirigidos al área cognitiva sobre la que se apoyan la competencias, y que pueden ser cubiertos por los exámenes tradicionales. En el nivel inmediatamente superior (mostrar cómo), se ubica a la competencia cuando es evaluada en escenarios simulados y donde el estudiante debe demostrar lo que es capaz de hacer. En la cima se halla el desempeño (hace), es decir, lo que realmente se realiza en la práctica real, independientemente de lo que demuestre que es capaz de hacer (competencia)²⁶. La evaluación del desempeño está íntimamente relacionada con la educación basada en competencias, ya que como éstas no pueden ser observadas de manera directa, se obtiene información de las mismas a partir de técnicas de evaluación y observación de desempeños como entrevista, lista de cotejo, escalas, rúbricas, mapas conceptuales, proyectos, diarios, portafolios, examen clínico objetivo estructurado, y observación directa, entre otros.

- ***Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECOPE)***

Evalúa el desempeño “in vitro” o en situaciones que imitan a la vida real, en un contexto homogéneo y controlado. Es posiblemente el más estudiado y validado de los métodos de evaluación, representado en los países de habla inglesa con las siglas *OSCE*²⁷. Se basa en un circuito de “estaciones” donde, en cada una de ellas, los estudiantes interactúan con actores entrenados para representar situaciones problemáticas que permiten a observadores entrenados, evaluar habilidades específicas a través de listas de cotejo previamente diseñadas y validadas. Tienen alta validez y confiabilidad, pero bastante complejidad en la construcción.

- ***Observación Directa (Mini-CEX)***

Consiste en la evaluación de los estudiantes observándolos “en acción” con pacientes reales y con el observador presente al lado del equipo odontológico, o a través de *un* espejo o de cámaras de video o video-grabaciones. La información debe ser recolectada a través de una lista de cotejo o una escala global para aumentar la confiabilidad de los resultados. Además, los estudiantes deben ser observados en un amplio espectro de situaciones clínicas y procedimientos y por múltiples evaluadores²⁸.

III. Créditos académicos / Créditos académicos

Los créditos académicos integran el contexto de una filosofía educativa en la que interviene el sujeto estudiante como centro del aprendizaje. Plantea el establecimiento de un sistema que homologa el tiempo de trabajo estudiantil (carga horaria) por medio de un proceso de investigación continuo para el desarrollo de competencias específicas²⁹. El crédito constituye una unidad de medida del trabajo académico del estudiante que permite calcular el número de horas en promedio por periodo académico dedicado a una actividad curricular²⁰. En su concepción más moderna, comprende tanto la estimación de las horas de actividad presencial como no presencial que insume cada unidad curricular. Informa, entonces, del tiempo dedicado por un estudiante medio para cumplir de forma satisfactoria una etapa de formación, ya que el crédito se otorga una vez aprobada la unidad curricular. No da cuenta de la naturaleza de los aprendizajes alcanzados, ni de la calidad de los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas en una etapa curricular. La condición básica de su adecuada aplicación es el uso de una unidad de medida común, con el objetivo de cumplir con su finalidad esencial: hacer posible el reconocimiento intra e interinstitucional de las etapas de formación alcanzadas por los estudiantes.

Dado que constituye esencialmente un método de homologación acordado por la comunidad académica, el sistema de créditos busca de este modo facilitar la valoración y comparación de los aprendizajes alcanzados en el contexto de distintos programas de formación.

Tradicional basado en las horas presenciales del profesor

En un modelo centrado en el profesor y no en el alumno, es lógico que el crédito no informe del tiempo dedicado por el estudiante para cumplir con un curso, sino que mide el número de horas lectivas del profesor. El crédito es equivalente a horas reloj presenciales, sin incluir las de autoestudio.

Sistema de Transferencia y Acumulación de Créditos

Modelo Europeo ECTS

Este sistema se ha generalizado a partir de los programas de movilidad de estudiantes Sócrates-Erasmus, facilitando las equivalencias y el reconocimiento de estudios

realizados en otros países. El crédito académico europeo representa la cantidad de trabajo del estudiante que requiere para cumplir los objetivos del programa de estudios, integrándose las enseñanzas teóricas y prácticas, así como otras actividades académicas dirigidas (deberán estar comprendidas las horas correspondientes a las clases teóricas o prácticas, las horas de estudio, las dedicadas a la realización de seminarios, trabajos, prácticas o proyectos, y las exigidas para la preparación y realización de los exámenes y pruebas de evaluación). El número total de créditos establecido en los planes de estudio para cada curso académico será de 60, y el número de créditos de cada titulación será de 300 ECTS. Esta asignación de créditos está referida a un estudiante dedicado a cursar a tiempo completo estudios universitarios durante un mínimo de 36 y un máximo de 40 semanas por curso académico. El número mínimo de horas por crédito, será de 25, y el número máximo, de 30.

Créditos acumulativos

Modelo americano

Frente a la forma tradicional de administración por años, y asignaturas que exigen un camino único y predeterminado, la administración por créditos acumulativos posibilita *la flexibilización de la organización y administración curricular*. En este sistema, conocido como modelo americano, la acreditación de la carrera supone *la acumulación por parte del alumno de un determinado número de créditos*, concebidos como una unidad de medida académica, equivalente a un determinado número de horas por semana, de dedicación al curso. El estudiante selecciona las asignaturas o módulos de acuerdo con sus intereses y posibilidades y, concluido el mismo, acumula el número de créditos correspondiente. Suelen ser las instituciones quienes determinan el valor del crédito en horas de dedicación, y el número mínimo de créditos requeridos para graduarse. En general, el valor del crédito para el grado equivale a 48 horas de trabajo del estudiante correspondientes al trabajo semanal realizado durante 16 semanas de actividad presencial, y de elaboración personal por parte del alumno, lo cual permite *estimar* el tiempo de dedicación requerida, normalmente sin contar el tiempo que ocupen las evaluaciones.

Latinoamérica

Aproximadamente un 60% de las Facultades de Odontología de América Latina tienen implementado un sistema de créditos académicos basados en diferentes

modelos: tradicional, americano, europeo, y con adaptaciones eclécticas y propias de cada país. Sin embargo, las equivalencias de los mismos son muy variadas.

Para alcanzar un régimen de creditización de las carreras de Odontología que integran ENLEC-PLACEO, cada centro educativo deberá particularizar el uso que se acuerde institucionalmente, dejando a la decisión de los países la definición de los criterios y las formas de asignación de créditos para sus unidades curriculares.

Se propone:

- Establecer el valor del crédito de acuerdo con las horas de trabajo estudiantil (horas presenciales y de trabajo independiente o no presencial).
- Acordar un criterio de créditos mínimos por titulación.
- Establecer, respecto del diseño curricular global de la carrera, un número de créditos mínimos anuales o semestrales.
- Incentivar procesos interinstitucionales de intercambio, transferencias y homologaciones.

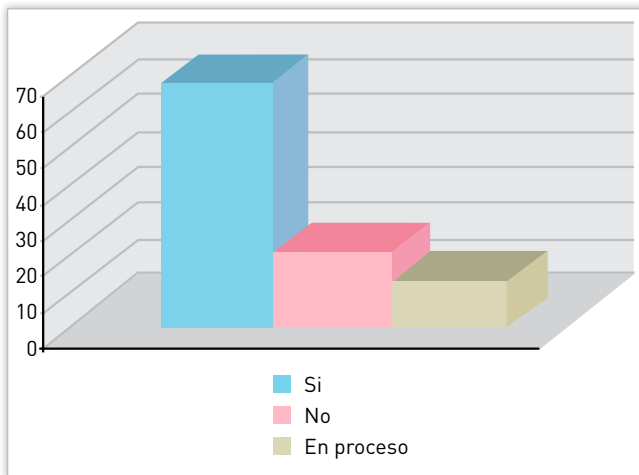


FIGURA 1: Estado de la implementación de créditos en Latinoamérica
SI = 66.6%; NO = 20.8%; En proceso = 12.5%

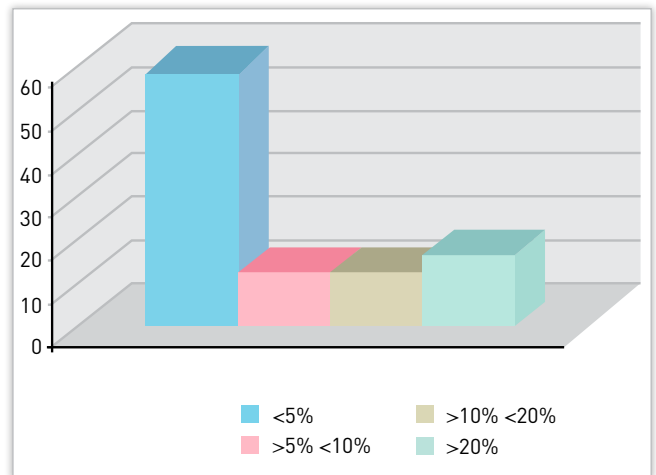


FIGURA 2: Proporción de cursos optativo/electivos:
<5% = 58.3%; >5 < 10 = 12.5%; >10 < 20 = 12.5%; >20 = 16.6%

IV. Propuestas

De acuerdo con la revisión realizada y la problemática planteada en la región, se propone un modelo curricular que incluya los siguientes aspectos:

- Aprendizaje basado en competencias.
- Flexibilidad para posibilitar la movilidad estudiantil.
- Modelos de enseñanza-aprendizaje híbridos.
- Integralidad, sin disciplinas aisladas y con contenidos organizados en módulos o unidades de aprendizaje, generando un proceso educativo de tipo transversal y con una visión de totalidad.
- Inter y multidisciplinariedad.
- Exposición temprana de los estudiantes al ámbito situacional de los problemas de salud bucal.
- Incremento del uso de los campos clínicos insertos en las comunidades como sitio de entrenamiento de los estudiantes.
- Uso de tecnologías de la información para enriquecer el aprendizaje de los estudiantes.
- Orientación de las prácticas clínicas a las necesidades del paciente, y no como material educacional para los estudiantes (docencia-servicio).
- Promoción de la interacción entre el pregrado y el posgrado, tanto dentro de la universidad como entre las universidades.
- Formación en investigación como eje transversal que permita al estudiante reflexionar y desarrollar propuestas a partir de la solución de problemas.
- Establecimiento de un sistema de créditos académicos.

CAPITULO 7

evaluación de calidad de la educación odontológica en
las universidades de américa latina





CAPITULO 7

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA EN LAS UNIVERSIDADES DE AMÉRICA LATINA

EN LA GENERACIÓN DE UN modelo de convergencia curricular, cuyo fin último es homogenizar la formación del Odontólogo en Latinoamérica, respetando y conciliando todas las diversidades en correspondencia a las tradiciones culturales y entornos socio económicos de cada país¹, debe estar la certeza que todos los procesos involucrados en la formación de recurso humano en Odontología deben tener adecuados y uniformes procesos de aseguramiento de calidad², sin los cuales la diversidad se transforma en un referente ambiguo.

La calidad es la base de este proceso, siendo ésta un término de difícil definición, pero se entiende como un conjunto de indicadores que demuestren excelencia, adecuación y corrección, entre otras características positivas. El aseguramiento de la calidad permite, dentro de la diversidad, avanzar hacia metas consensuadas con indicadores de progreso también comunes.

La tarea de este grupo de trabajo ha sido examinar, analizar y proponer modalidades necesarias para asegurar la calidad de los diversos procesos en Educación Odontológica, mediante la descripción de determinados criterios para su eventual adopción por parte de las instituciones formadoras, circunstancia que haría posible la convergencia curricular y la movilidad de estudiantes y docentes en un escenario global de ejercicio y desarrollo profesional.

Resulta cada día más evidente la velocidad y magnitud de los cambios, la realidad es que las transformaciones políticas y sociales de los diversos países de Latinoamérica, han transformado el horizonte de las entidades formadoras de odontólogos, lo que representa cambios de énfasis en las políticas de salud de las naciones y el orden de prioridades en las necesidades percibidas por la población. Hay, por igual motivo, diversidad de prioridades en la educación superior, con fluctuaciones en la jerarquía relativa de los programas de Odontología, en relación con el conjunto de las carreras y proyectos de las universidades de la región. Por otra parte, el mercado de la educación superior ha experimentado profundas modificaciones, de naturaleza cuantitativa y cualitativa, con una marcada expansión en el número de facultades y escuelas de Odontología, que en muchos casos son entidades cuyo propósito es de naturaleza empresarial más que naturaleza académica. El desarrollo de esta nueva y atractiva actividad comercial, está reduciendo las oportunidades laborales y afectando el ejercicio profesional incluso en las especialidades, lo que puede conducir a conflictos, facilitado por la falta de regulación de la calidad de la educación superior en muchos países. Esta producción desregulada de egresados, con niveles de formación muy heterogéneos, puede generar una serie de problemas de oportunidad profesional y de calidad en la atención cuyo impacto es difícil de estimar y que podría ser igualmente preocupante, por estar fuertemente asociado a la fe pública, un valioso bien intangible que refleja el prestigio de la función profesional y que se expresa en la confianza de la comunidad y sus integrantes en la profesión en general, y los profesionales en particular. Estos problemas pueden en parte solventarse si existen unos adecuados sistemas de acreditación o certificación que permitan a la comunidad distinguir y cualificar las instituciones universitarias.

Los sistemas de acreditación o certificación son, por lo tanto, un medio universal para discriminar positivamente a las instituciones que tienen como base el establecimiento de parámetros e indicadores que permiten realizar evaluaciones objetivas de la calidad de las instituciones y de las carreras evaluadas.

El objetivo de este grupo de trabajo ha sido definir un modelo de Evaluación de Calidad en la Educación Odontológica basado en los cuatro aspectos axiales de la formación de recursos humanos en Odontología: el proceso educativo, los docentes, los planes de estudio y el personal de apoyo.

I. Evaluación del proceso educativo

En primer lugar, se analiza la manera de evaluar a los estudiantes a lo largo de su proceso formativo. Es decir verificar si éstos han adquirido las competencias descritas en el perfil de egreso de la carrera y los objetivos del plan de estudios, al mismo tiempo que evalúa la calidad y eficiencia del proceso educativo.

En este proceso de evaluación hay consideraciones indispensables, como en primer lugar la verificación del cumplimiento de los objetivos planteados en el plan de estudios, tanto en cuanto a la organización en sí de la estructura curricular, en módulos, materias o disciplinas, su organización temporal (en semestres o años) y la organización de la clínica odontológica, como a los componentes de evaluación de los contenidos teóricos y prácticos del plan de estudios.

En segundo lugar, la evaluación debe proveer una herramienta de retroinformación que permita evaluar procesos, eficiencia, pertinencia, calidad, entre otros factores relevantes al proyecto educativo^{3,4}.

La sociedad actual demanda no sólo profesionales con un acumulo de conocimientos, sino también con las competencias y actitudes necesarias para hacer frente a los desafíos que enfrentarán en un mundo globalizado. La evaluación de estas competencias es un asunto complejo que debe asegurar la adquisición de esas competencias mediante una variedad de modalidades de evaluación, con los siguientes criterios:

Criterios en el proceso de admisión de los estudiantes

El proceso de selección de los estudiantes que postulan a la carrera es un aspecto importante para asegurar el éxito del proyecto, ya que este tiene perfiles tanto implícitos como explícitos que deberían estar presente en el alumno, de esta manera, para evaluar la calidad con que se ejecuta este proceso en las diversas instituciones se puede considerar varios criterios, partiendo con la congruencia entre los factores

evaluados para admitir a un estudiante y los requerimientos del plan de estudio, de esa manera podría esperarse que los alumnos seleccionados puedan cumplir con éxito las exigencias de la carrera en un plazo razonable.

Debe haber en este proceso una condición de transparencia que permita a los postulantes conocer los criterios y mecanismos de admisión.

En los períodos iniciales de la admisión, debería existir programas que se ocupen de las condiciones de ingreso de los estudiantes para facilitar su mejor desempeño y dejar establecido cuales son las normas y requisitos de graduación y titulación.

Criterios en la supervisión del progreso de los estudiantes

El seguimiento del progreso de los estudiantes en el cumplimiento de las exigencias del plan estudio, es un factor importante para asegurar la calidad de los proyectos educativos. Con este propósito deben existir modalidades de evaluación que permitan comprobar el cumplimiento de objetivos, como así mismo modalidades de análisis de resultados y mecanismos para corregir o mejorar las situaciones que se detecten. Es necesario disponer de reglamentos de evaluación de público conocimiento y fácil acceso para los estudiantes^{5,6,7}.

Este proceso de seguimiento debe permitir el registro de las eventuales deserciones de los estudiantes, el tiempo que emplean en cumplir los requisitos del programa, o su permanencia en la carrera antes de graduarse, información que debe complementarse con el seguimiento constante del egresado, para conocer de su inserción y desempeño en el campo laboral para permitir de cierta manera una regulación del Mercado laboral que permita que la población tenga acceso al servicio profesional pero también que asegure de cierta manera la oportunidad a los profesionales de la Odontología.

II. Evaluación del personal académico

La evaluación del personal académico pretende asegurar que se dispone de personal de excelencia en el proceso formativo, estableciendo una carrera académica normada que asegure la idoneidad y el desarrollo de los docentes responsables de la formación de los profesionales. Resulta, en consecuencia, importante definir los criterios de calidad de este personal y que niveles o perfiles se espera que alcancen.

Para alcanzar altos niveles de calidad en la planta docente de una Facultad de Odontología, son necesarios adecuados procesos de selección, la existencia de una adecuada carrera académica con perfiles específicos en cada jerarquía, implementación de programas de capacitación pedagógica y el nombramiento de profesores responsables y líderes académicos comprometidos con el proyecto formativo institucional.

La calidad de los docentes se puede apreciar evaluando no sólo transmisión de conocimientos, sino su comportamiento como modelo deseable en la formación de los futuros profesionales, con aspectos como: conducta profesional, responsabilidad, seriedad, respeto a la persona, así como el estímulo en sus alumnos del espíritu crítico, la autoformación y el auto aprendizaje como forma de vida. La investigación es otro aspecto necesario para garantizar la calidad de los programas y contenidos, en lo principal contribuye a la formación de nuevo conocimiento y es un importante elemento de diferenciación. Las facultades, dada la importancia de este factor en el aseguramiento de la calidad, deben tener políticas de desarrollo de las competencias de los docentes ofreciendo oportunidades, reconocimiento y estímulo.

Criterios de evaluación de la calidad del personal académico

La proporción entre profesores y estudiantes es un criterio directo de la calidad de un programa y se relaciona con la posibilidad que el docente actúe como un modelo del proceso enseñanza aprendizaje. Dependiendo del ciclo académico que encuentre cursando el estudiante y de su grado de experiencia y práctica puede ampliarse o reducirse dicha relación.

Los tipos de modelos pedagógicos desarrollados por la institución como también el tipo de contratación y la permanencia de los profesores en la institución, afectan la proporción entre docente y estudiantes.

El nivel académico de los docentes es fundamental en este proceso evaluativo, y en dependencia de las condiciones de la institución el programa deberá contar con odontólogos con el título de especialistas, magíster y doctorado. Para la adecuada enseñanza y aprendizaje de la Odontología, se requieren docentes capacitados en los aspectos básicos, en los clínicos o profesionalizantes así como en las actividades técnicas y tecnológicas que implica formar un Odontólogo⁸.

Para las actividades en ciencias básicas y de investigación propiamente dicha es deseable tener Odontólogos con formación doctoral (PhD) o de maestría. Para la administración de los programas es aconsejable poseer docentes con formación en ciencias económicas o ciencias de la administración.

La experiencia académica o profesional y la producción en el campo profesional o educativo deberán ser criterios a considerar, por lo que es recomendable definir con claridad los elementos o atributos que debe tener un profesional para ser contratado en el ámbito académico.

Con respecto al desempeño en investigación, los docentes con capacitación específica en investigación deberán liderar los grupos de investigación y vincular a otros docentes y estudiantes con los procesos o líneas de investigación.

En las facultades de odontología deben crearse la cultura de la productividad académica e investigativa como parte de su quehacer y fomentar la publicación en revistas indexadas. El número de grupos de investigación y su productividad e impacto debe ser un criterio permanente.

Las políticas y normas de incorporación, promoción y evaluación de los docentes incluyen los aspectos de selección, de definición de un escalafón docente y los criterios de promoción de los Docentes.

Al mismo tiempo, deberán implementarse políticas de desarrollo académico que permitan la actualización de los Docentes en aspectos pedagógicos y profesionales.

Las instituciones dispondrán de un programa de capacitación de sus docentes⁹. Es necesario que exista un programa de capacitación docente en áreas como la pedagogía, la investigación y la actualización profesional en los diferentes campos de la profesión odontológica.

Los mecanismos para la evaluación de los docentes deberán incluir los siguientes aspectos:

El primero es una autoevaluación del docente del grado de cumplimiento de los objetivos trazados por el docente en su plan anual/semestral de trabajo en donde debe consignar los correctivos que va a tomar para lograr superar las

metas no cumplidas. El segundo componente es la evaluación estudiantil. Todos los cursos deben completarse con la evaluación estudiantil que es anónima y que es adelantada por la dirección del programa académico. Se le debe permitir al profesor recibir retroalimentación de la consolidación de dicha evaluación y en reunión con el decano y la dirección del plan de estudios se construye un plan de trabajo conjunto en caso que la evaluación sea insatisfactoria y se da un plazo prudencial, para que el profesor trabaje aquellos aspectos considerados como deficitarios en su evaluación. Este plan de mejoramiento debe ser incluido en el plan de trabajo anual del profesor^{10,11}. El rendimiento del profesor será monitoreado por la dirección de plan de estudios y por la Decanatura en el próximo curso docente. El tercer nivel de evaluación lo realiza la dirección del programa de estudios con el decano de la facultad que compila la autoevaluación del profesor, el plan de trabajo y la evaluación estudiantil.

Es importante considerar otros elementos como tasa de rendimiento académico de sus estudiantes, producción de material docente, realización de proyectos de innovación docente y otros que contribuyan al crecimiento personal e institucional.

El nivel de cumplimiento de las actividades asignadas es un criterio de relevancia y tomara en cuenta cada una de las funciones y tareas para las cuales el docente fue contratado.

III. Evaluación de los planes de estudio

La calidad de la educación y del proceso formativo debe reflejarse en los planes de estudio, que deben dar evidencia de integración de las ciencias odontológicas con las ciencias básicas, las humanidades, las ciencias de la conducta y las ciencias sociales, integración que se puede lograr con una docencia centrada en el estudiante y sus necesidades características, estimulando el auto aprendizaje, promoviendo la curiosidad científica y la investigación, así como apoyar e incrementar su capacidad para resolución de problemas o situaciones nuevas, con el apoyo de las ciencias básicas o biomédicas enseñadas en el contexto de las situaciones clínicas. En resumen, un plan que corresponda con fidelidad a los elementos que según el proyecto educativo ofrecido al estudiante, constituyen el perfil de egreso de la carrera^{4,12,13}.

Organización y estructura curricular

Se debe estructurar el currículo en función del perfil del egresado, considerando las competencias vinculadas al desempeño profesional y las de naturaleza general y complementaria.

La calidad de los planes y programas de estudio debe asegurarse mediante la evaluación de criterios relevantes para ese propósito, en primer lugar, la correspondencia que debe existir entre las competencias descritas en el perfil de egreso y los contenidos, actividades y experiencias y el plan de estudios conjuntamente con el apoyo de medios y procedimientos para evaluar el progreso del estudiante en la consecución de estos objetivos, debiendo considerarse una instancia que evalúe y coordine e integre las materias del plan de estudios, éste debe ser periódicamente revisado para asegurar que exista una adecuada secuencia de contenidos en la malla curricular. En este aspecto debe existir un sistema de evaluación de los planes y programas de estudio.

Contenidos del plan de estudios

Resulta primordial que el estudiante conozca los resultados que de él se esperan, en cuanto a conocimientos, habilidades, actitudes y valores, esta descripción debe estar clara y fácilmente accesible. Con esa base debe existir un programa de actividades teóricas, teórico-prácticas, preclínicas o de laboratorio y de clínica lo suficientemente implementadas como para que el estudiante pueda lograr las competencias previstas.

El plan de estudios, conocido por el estudiante, debe definir los requisitos y con-requisitos, así como permitir el desarrollo de actividades que den cuenta del logro de sus competencias en formación profesional disciplinaria y profesional.

El programa debe contemplar actividades y experiencias que hagan posible el desarrollo de competencias transversales, o generales, como conciencia ética, responsabilidad ciudadana, solidaridad, espíritu de servicio, sentido estético entre otras

Proceso enseñanza aprendizaje

La calidad del proceso enseñanza aprendizaje puede evaluarse mediante criterios que describen la existencias de factores relevantes en las instituciones formadoras,

como puede ser la adecuación de los métodos aplicados y la duración de los mismos en relación con los objetivos propuestos, en este ámbito debería haber una diversidad de métodos pedagógicos para abarcar todos los estilos de aprendizaje y adecuados también a las características particulares de las competencias que se pretenda alcanzar. Estas modalidades pedagógicas deben ser sometidas a procesos de evaluación para evidenciar su eficacia y establecer en consecuencia acciones para corregirlas, reforzarla o modificarlas. Debería existir, igualmente, mecanismos que permitan orientación académica oportuna y eficaz, o tutorías a estudiantes para monitorear su desempeño^{14,15,16}.

IV Evaluación del personal de apoyo

Dado el particular escenario de la práctica profesional odontológica en el área de la salud, se requieren competencias especializadas y sistemas de calificaciones para el ejercicio de determinadas tareas, en conformidad con los requisitos contemporáneos de asegurar la corrección de los procedimientos y el respeto al derecho de los pacientes, según lo establecido por las autoridades sanitarias^{17,18}.

El personal de apoyo puede clasificarse según la índole de sus tareas en administrativo, auxiliar, laboratorista, técnicos y personal de aseo y servicios, un recurso no siempre bien valorado y que requiere de la evaluación de su calidad debido al impacto que su idoneidad tiene en cumplimiento de metas y procesos desde sus respectivas funciones. Con ese propósito se pueden aplicar pautas que registren la calidad de su trabajo, la responsabilidad en el cumplimiento de tareas asignadas, las características de sus relaciones interpersonales, su iniciativa como contribución espontánea al mejor hacer, el cumplimiento de las normativas y regulaciones, su disposición al trabajo, su cooperación y compromiso, entre otros aspectos que reflejen su desempeño.

Con respecto al nivel de formación personal de apoyo de acuerdo al área específica de su competencia, deberá estar acorde a la escala de necesidades requeridas de acuerdo a la complejidad del proceso que desempeña y el mismo estará caracterizado y en formato que pueda ser evidenciado y medible.

Las instituciones facilitaran y apoyaran al personal de servicios en cursos de capacitación permanente de acuerdo a la evolución y necesidades del servicio que prestan como compromiso al proyecto académico¹⁹.

Existirán mecanismos de Selección adecuados a la caracterización del perfil y las competencias requeridas para el desempeño de sus funciones, adecuadas jerarquías entre el cargo y su formación.

Las actividades desarrolladas por el personal de apoyo deberán estar sujetas al cumplimiento estricto de la normatividad vigente a la prevención del riesgo biológico, medioambiental y su debida vinculación al amparo de toda clase de riesgos profesionales.

La calidad en el servicio se medirá de igual manera en aspectos tan importantes como conducta personal, responsabilidad, honestidad, respeto por las personas y por sus elementos de trabajo, y la disposición de servicio para el buen desarrollo de las actividades del proyecto educativo.

CAPITULO 8

sistemas de evaluación y acreditación para la garantía de la calidad en las facultads de odontología



CAPITULO 8

SISTEMAS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN PARA LA GARANTIA DE LA CALIDAD EN LAS FACULTADS DE ODONTOLOGÍA

I. Aseguramiento de la calidad

UNA DE LAS ACCIONES MÁS relevantes a que ha conducido el poder demostrar la calidad del proceso educativo desarrollado por las universidades, constituye lo que diversos autores han denominado sistema de regulación de la educación superior.

La calidad del proceso educativo en Educación superior (Kells)¹ es un proceso informado y periódico, en el cual un sistema, una institución, o un programa académico se ajustan frente a expectativas preestablecidas (criterios e indicadores de calidad). Como resultado de la evaluación se genera un plan de mejoramiento.

El proceso de aseguramiento de la calidad implica acciones de autoevaluación, de control y de seguimiento y puede compartir diversas

etapas de un ciclo que compone una autoevaluación, hasta la evaluación externa nacional o internacional.

Existen referentes diversos a nivel mundial y Latinoamericano del avance en el establecimiento de la calidad de la educación superior. Quizá los referentes que se han seleccionado para esta iniciativa son la Red Iberoamericana de Acreditación de la Calidad de la Educación Superior (RIACES)² y el sistema “Sistema ARCU-SUR”, proceso casi inédito en el mundo (referencias).

El aseguramiento de la calidad de la educación superior es una responsabilidad del estado quien genera un sistema nacional de evaluación y acreditación para las Universidades en donde se aplica. Debe enfatizarse que el sistema para que sea funcional depende de la transparencia y objetividad del proceso de evaluación en donde la calidad de los pares evaluadores debe garantizarse y además depende de la voluntad e interés de las instituciones por mejorar.

La Globalización que implica mayor incremento en la movilidad de profesionales y unas competencias profesionales y laborales suficientes, que les permita insertarse en los mercados laborales de mundo. Esto implica que se creen sistemas de aseguramiento de la calidad transnacionales. Esto permitirá una mayor integración entre los países, sus programas académicos e incluso pudiera racionalizar la oferta y demanda de profesionales de la Salud con base en las necesidades globales o nacionales.

El Glosario de RIACES define la Evaluación como el “Proceso para determinar el valor de algo y emitir un juicio o diagnóstico, analizando sus componentes, funciones, procesos, resultados para posibles cambios de mejora”, es decir, un estudio de la institución o programa que incluye recopilación sistemática de datos y estadísticas sobre la calidad de la misma. Se debe distinguir entre la evaluación para la mejora y la evaluación para la garantía de la calidad de la acreditación.

Los objetivos de la evaluación de la calidad pretenden³:

- a) Instalar y desarrollar un proceso de autocrítica de la institución, como evidencia de la voluntad política de autoevaluarse para garantizar la calidad de la acción universitaria.
- b) Conocer, como una actividad diagnóstica, cómo se realizan en la universidad las tareas académicas en sus dimensiones de enseñanza, investigación, extensión y gestión.
- c) Establecer compromisos con la sociedad, explicitando las directrices del proyecto

pedagógico y los fundamentos de un programa sistemático y participativo de evaluación que permita el constante reordenamiento, consolidación y/o reformulación de las acciones de la universidad.

- d) Evaluar los objetivos, modo de actuación y resultados en la perspectiva de una universidad más congruente con el momento histórico en que se inserta, capaz de responder a las modificaciones estructurales de la sociedad.
- e) Estudiar, proponer e implementar cambios en lo cotidiano de las actividades académicas de enseñanza, de investigación, de extensión y de gestión contribuyendo a la formulación de proyectos pedagógicos e institucionales socialmente legitimados y relevantes.

II. Mecanismos de aseguramiento de la calidad

El propósito principal de los mecanismos de aseguramiento de la calidad es la provisión de información a diferentes actores acerca de los aspectos más significativos de la educación superior⁴.

Además en una etapa donde los procesos de internacionalización marcan la tendencia de las relaciones entre los países y las universidades, la importancia del reconocimiento de los procesos de garantía de calidad son elementos necesarios para que se concreten proceso de movilidad de valor para la formación. Por otra parte ese reconocimiento de instituciones en virtud de procedimientos de acreditación de la calidad, podrán permitir en una etapa futura, la libre movilidad de profesionales entre países en ámbitos esencialmente regionales.

El primer actor es el usuario: la institución de educación superior y los programas y el segundo actor son los Gobiernos, que realizando las acciones necesarias para el mejoramiento de la calidad, cumplen sus objetivos de mejoramiento de la Educación Superior. En la actualidad, muchos países, en especial los que integran el grupo de los países desarrollados, y un número importante de los que se encuentran en vías de desarrollo, cuentan con organizaciones o entidades encargadas de evaluar la calidad de las instituciones de educación superior.

El aseguramiento de la calidad, tiene una variedad de propósitos que se concretan en los distintos países con una distinta diversidad de propuestas metodológicas todas ellas con adecuado soporte académico.

Se pueden clasificar los mecanismos de aseguramiento de la calidad en dos grandes categorías:

1. Control de calidad, expresado en procesos de certificación o autorización de funcionamiento de programas o instituciones.
2. Garantía de calidad, concretado a través de procesos de acreditación, de carreras, programas, y en algunos países acreditación de instituciones.

En algunos países se ha tratado de fomentar la calidad a través de procesos de evaluación institucionales, que si bien no tienen el carácter estricto de acreditación, el mero proceso de evaluación y la determinación de fortalezas y debilidades con planes de mejora, tiende a brindar a la sociedad una garantía de mejoramiento necesaria para asegurar los mejores niveles de calidad en las instituciones sometidas a ese proceso.

1. Control de calidad, expresado en procesos de certificación o autorización de funcionamiento de programas o instituciones.

El control de calidad es uno de los roles tradicionales del Estado, y se ha cumplido de distinta forma en los distintos estados, pero basándose todos en el concepto que las propuestas de los distintos programas educativos debían satisfacer los mínimos de calidad que se determinaba en los mecanismos de control estatal.

Durante años, cuando la oferta educativa era esencialmente de gestión estatal, la función de control se desarrollaba de manera automática, fundamentada en la idea de que “la calidad era un rasgo propio de las instituciones públicas. Con la proliferación de las instituciones de educación superior en su gran mayoría del sector privado, se han desarrollado nuevos mecanismos que garantizan que sólo se autorizará la instalación y operación de instituciones o programas que satisfacen ciertos requisitos básicos de calidad. Estos mecanismos llevan distintas denominaciones, pero en la práctica corresponden a lo que puede llamarse licenciamiento o autorización, para indicar que otorgan una licencia básica para la operación como instituciones de educación superior, sobre la base de la verificación de las condiciones en que desarrollan su labor. Es importante destacar esta última característica, que distingue al licenciamiento de la mera autorización formal que existe en muchos países: en esos casos, no se definen estándares mínimos ni se sanciona a las instituciones que no los cumplen.

2. Garantía de calidad determinado por procesos de acreditación, de carreras o instituciones.

La acreditación de programas, carreras o instituciones es uno de los mecanismos que se utilizan para asegurar a la sociedad que las ofertas de educación superior alcanzan los mínimos de calidad necesarios para una adecuada formación, de tal manera que los graduados de esas instituciones estén capacitados para servir adecuadamente al desarrollo de la sociedad.

Los sistemas de acreditación evalúan la institución, programa o carrera con relación a un conjunto de estándares, y como consecuencia, dan garantía pública de su calidad, entendida ésta como la capacidad para cumplir tanto con los requerimientos internos (propósitos) como externos (estándares).

El objetivo de mejoramiento enfatiza el hecho de que la responsabilidad por la calidad corresponde a las instituciones; por tanto, se centra en su capacidad para desarrollar y aplicar políticas y mecanismos eficaces de autorregulación y mejora continua.

La acreditación es un proceso para garantizar la calidad de una institución o de un programa educativo. El proceso es llevado a cabo por una agencia externa a las instituciones de educación superior. La acreditación -o certificación- reconoce la calidad de los programas o de la institución acreditada.

Las operaciones de la acreditación, implican la verificación de un conjunto de estándares más o menos detallados en los que se establecen las condiciones de trabajo o de resultados que garantizan los distintos niveles (mínimos o en escala) de calidad académica para los programas de formación.

Los estándares, criterios o indicadores (esto varía de acuerdo a cual es la modalidad de acreditación), son elaborados y formulados por las instancias competentes en cada uno de los países o ámbitos donde se realiza la acreditación, (Ministerios, Secretarías, Agencias evaluadoras, Comités Técnicos con participación de universidades, Colegios profesionales, etc.), se deben hacer explícitos.

Los componentes que conforman los estándares o criterios, son “estratos” diferenciados, a los que se les trata de poner en relación al final del análisis en una instancia integradora que resulta aleatoria y de resultados poco predecibles ya que

la vinculación de los elementos depende de la visión integradora y a la vez analítica que de la carrera posean los pares.

Los estándares son diseñados desde una perspectiva que privilegia las condiciones de proceso, y en la acreditación al verificar esos estándares se utilizan métodos que no ofrecen casi evidencia (directa o indirecta) del aprendizaje logrado por los estudiantes.

El resultado de todo el proceso evaluativo debe ser un diagnóstico completo, realizado en profundidad, acerca de las capacidades de la institución y la calidad de los procesos de enseñanza y aprendizaje que en ella suceden.

En los procesos de acreditación de carreras, el abordaje en profundidad de la visión institucional establece la interdependencia entre ambas evaluaciones y ofrece una mayor riqueza a la acción evaluativa dando mejor cuenta de la calidad de la formación de los estudiantes en la Institución evaluada.

El proceso se inicia con una autoevaluación del programa o institución⁴, proceso que debe tener las características enunciadas oportunamente, es decir debe ser participativa, voluntaria y estar asociada a la evaluación externa. Debemos decir asimismo que tanto la evaluación interna como la externa deben tener en cuenta los aspectos cuantitativos como cualitativos y debe tener legitimidad política y técnica.

III. Autoevaluación

El proceso de autoevaluación es la actividad más valiosa de la regulación. Su objetivo, va más allá de la detección temporal de fortalezas y debilidades. La autoevaluación⁵ es un proceso sistemático en pos del mejoramiento que se basa fundamentalmente en la creación de una “cultura de autoevaluación” que permita que las decisiones que se toman en la institución estén respaldadas por una base sólida de información y por una disposición efectiva de la comunidad a realizar un esfuerzo permanente, sustantivo y concreto para detectar y superar sus debilidades. Es, por lo tanto una responsabilidad institucional, donde tanto los directivos, como los académico, estudiantes y funcionarios tiene un papel determinante en su desarrollo de acuerdo a sus responsabilidades. La autoevaluación fortalece la capacidad de gestión de la institución o unidad para planificar las acciones de mejoramiento permanente y proporciona además, información confiable para la toma de decisiones.

Para que un proceso de autoevaluación sea exitoso se requieren ciertas condiciones que involucran tanto a la institución como a sus académicos:

1. Debe existir una alta motivación interna, es decir que los académicos estén dispuestos y quieran participar a lo largo de todo el proceso.
2. Debe existir un conocimiento y comprensión de los alcances del proceso, como lo es el buscar un camino que conduzca a resultados concretos en el mejoramiento de la calidad. En este sentido la autoevaluación significa una carga importante de trabajo durante un período de tiempo de varios meses en el cual se debe recolectar y analizar la información relevante tanto cuantitativa como cualitativa, piedra angular del análisis crítico de fortalezas y debilidades de la institución, y emitir juicios de evaluación respecto del cumplimiento de los propósitos internamente definidos por la institución o carrera, en función de los perfiles de egreso de sus estudiantes.
3. El proceso requiere de un coordinador y de un grupo con experiencia que sepa conducir la autoevaluación, ya que parte importante del su éxito radica en la motivación permanente y en la correcta organización de las actividades del proceso, y en el acentuar una dinámica de participación académica. Cuando no existe una capacidad de conducción a nivel de la institución, debe buscarse el apoyo pero no la sustitución por parte de asesores externos.
4. Es necesario un apoyo irrestricto de las autoridades. Aún cuando estas no participan directamente en el proceso por su carácter directivo, deben respaldar en todo momento al equipo conductor y estimular el mejor resultado de la autoevaluación. Además debe existir el compromiso de las autoridades de impulsar los mejoramientos que se deriven del proceso de autoevaluación.
5. La autoevaluación requiere de recursos tanto humanos como financieros que deben estar disponibles antes de la iniciación del proceso. Los recursos financieros deben no solo cubrir los costos del proceso mismo, talleres, seminarios, expertos, recolección de datos, etc. sino también la evaluación externa y los cambios inmediatos que se deben introducir como efectos del proceso.

INFORME DE AUTOEVALUACION. Una vez que se ha realizado el trabajo de obtención, análisis crítico de la información y se ha llegado a conclusiones respecto del nivel de cumplimiento de los objetivos, debe redactarse el informe de autoevaluación el cual servirá de principal antecedente para la visita de los pares evaluadores que deben validar el proceso.

El informe no debe extenderse en su parte narrativa más de 100 páginas debe contener los siguientes capítulos:

- a) Resumen ejecutivo
- b) Marco de referencia
- c) Metodología
- d) Resultados y análisis
- e) Conclusiones
- f) Plan de mejoramiento
- g) Anexos

Si bien el informe es un instrumento de uso preferente de los evaluadores, su redacción debe ser comprensible para cualquiera persona interesada en el tema.

Por último, los resultados del informe deben ser presentados a las autoridades de la institución y ser socializados entre los miembros de la comunidad.

IV. Visita de pares evaluadores externos

Es parte de la evaluación externa que se requiere para validar el proceso.

La evaluación externa debe ser realizada por un conjunto de pares evaluadores, el cual debe estar constituido por un número variable de académicos universitarios externos a la institución, de formación acorde con el programa o institución que se encuentra en proceso de acreditación, que realiza una visita por medio de la cual verifica la información previamente recibida que surge de la autoevaluación o recoge información adicional la que completará la visión del programa.

La participación de pares externos garantiza la ausencia de sesgos en el proceso, su objetividad y contribuye a completar el análisis de las fortalezas o debilidades en el cumplimiento de los objetivos. Los pares evaluadores externos, también elaboran un informe que servirá, en conjunto con la información de la propia institución, para la determinación final respecto de la calidad y el nivel de acreditación de la institución, unidad, carrera o programa por parte de la agencia responsable de todo el proceso.

La evaluación de pares externos, puede adquirir el carácter de una auditoría externa organizada por algún organismo estatal o por alguna agencia acreditadora como uno de los mecanismos de regulación externa de aseguramiento de la calidad.

El Comité de Pares luego de la visita elabora un informe por escrito que es entregado a la agencia u organismo acreditador y a la propia institución. Ésta tiene un tiempo para complementar o discutir el informe. La comisión central de la agencia u organismo acreditador toma una decisión, generalmente apelable, teniendo en cuenta todos los informes, documentación y entrevistas. La acción final de la agencia incluye recomendaciones de mejora para la institución. Si la acreditación es la inicial, al cabo de unos pocos años se vuelve a realizar el proceso de acreditación. Posteriormente se re-acredita transcurridos el número de años establecido o cuando se producen cambios importantes en la institución o en el programa.

En muchos países la acreditación permite la transferencia de créditos, de programas, y la ayuda económica a estudiantes y a los programas. En algunas profesiones la acreditación es un requisito para poder colegiarse o para ejercer la profesión. En algunos países la acreditación voluntaria, realizada por agencias privadas sin ánimo de lucro, debe ir certificada posteriormente por un organismo similar del sector público para poder acceder a ayudas económicas. Esta certificación pública puede ser prácticamente automática cuando las agencias u organismos acreditadores fueron reconocidos previamente. En el caso de educación a distancia, o en educación transnacional, la tendencia es a realizar una acreditación doble: en el país que presta el servicio educativo y en el que están matriculados los estudiantes. Este proceso está todavía poco reglamentado.

La acreditación puede ser de Instituciones o de programas de grado o de posgrado. La acreditación de instituciones es una evaluación externa con un resultado determinado de una universidad o institución de educación superior y garantiza, en alguna medida un nivel global, aunque con grados diferentes de profundidad en la acreditación.

La acreditación especializada o de programas, se realiza en centros, escuelas, departamentos, programas de estudios de grado o de postgrado. Se pueden acreditar incluso programas que no forman parte de una institución más extensa⁶. En este sentido la acreditación de programas o especializada es también en parte institucional. Existen acreditaciones en instituciones no necesariamente educativas. Estos dos tipos de acreditación no garantizan la transferencia o aceptación automática de crédito, ni la aceptación automática por empleadores. También hay acreditación de la investigación, de grupos de investigación o de individuos.

La acreditación asegura que una institución o programa mantiene unos niveles determinados de calidad, permitiendo que los aspirantes a ingresar en las instituciones de educación superior tengan una información adecuada sobre la calidad de los programas. Permite identificar instituciones y programas que son mejores para invertir ayudas económicas privadas y públicas. Identifica las debilidades y problemas de una institución o programa que son susceptibles de ser mejorados, es un instrumento importante de mejora de las instituciones y sus programas, y además y en razón que los integrantes de la institución participan en la evaluación y mejora de los programas, permite una consolidación de la misma.

Por otra parte, establece un contacto eficaz entre los programas de estudio y los requisitos de una profesión, tratando de lograr de esta manera una mejor relación entre la universidad y el mercado laboral, de una profesión, mejorando así las relaciones entre los ámbitos de formación y el ámbito laboral.

Los beneficios fundamentales son dos: asegurar un nivel de calidad que está por encima de un mínimo establecido de forma colectiva, y la mejora institucional y de programas. Los beneficios genéricos de la acreditación son múltiples.

Para la sociedad, el valor de la acreditación supone:

- Asegurar una evaluación externa en conformidad con las expectativas de la sociedad.
- Emprender acciones voluntarias para mejorar la calidad.
- Una puesta al día de los programas que se adaptan a los cambios que se producen.
- Una menor necesidad de control público.

Para los estudiantes:

- Asegurar que los programas son satisfactorios y cubren las necesidades de los estudiantes.
- Lograr que se puedan transferir créditos, y ser aceptado en programas más avanzados.
- Es un prerrequisito normal para entrar en una profesión y colegiarse, que no depende de exámenes de incorporación de cada graduado, sino de procesos que son carta de presentación de la carrera o programa.

Para las instituciones de educación superior el proceso de acreditación supone también ventajas:

- Estimular la realización de una autoevaluación para mejorar el sistema.
- La mejora de la institución siguiendo las recomendaciones de las agencias u organismos acreditadores.
- Poder aplicar criterios de mejora que son externos.
- Una reputación mejor.
- Acceso a ayudas económicas para sus estudiantes.
- Las profesiones también obtienen beneficios de un proceso de acreditación:
- Definen los requisitos de preparación para entrar en una profesión.
- Integran a la profesión, consiguiendo que colaboren profesionales, profesores, y estudiantes.

V. Conclusión

Se propone un instrumento de evaluación y acreditación para garantizar la calidad en las facultades y escuelas de Odontología, El mismo queda jerarquizado en 4 niveles:

- **DIMENSIONES** son grupos de características referentes a los aspectos de los cursos sobre los cuales se emite un juicio de valor que en conjunto expresan una totalidad.
- **COMPONENTES** son un conjunto de características comunes usadas para agrupar con coherencia lógica evidencias de las dinámicas académico-administrativas de los cursos.
- **CRITÉRIOS** son aspectos cuantitativos y cualitativos que posibilitan obtener evidencias concretas de realidades de múltiples elementos institucionales.
- **INDICADORES** son los patrones que sirven de base para comparar, juzgar, o apreciar un criterio.

En este momento (Capítulo siguiente) estamos presentando las dimensiones, los componentes y los criterios de evaluación. Posteriormente, se definirá en consenso si estamos de acuerdo con lo anterior, definiremos los indicadores mínimos (que deben ser atendidos), los indicadores promedios y los indicadores de excelencia para la evaluación jerarquizada en Latinoamérica.



CAPITULO 9

**una propuesta para un instrumento de evaluación:
dimensiones, componentes y criterios**





CAPITULO 9

UNA PROPUESTA PARA UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: DIMENSIONES, COMPONENTES Y CRITERIOS

SE PRESENTA LA SIGUIENTE propuesta (Construida a partir de 4 documentos-clave, relacionados en la referencia de capítulo 8)^{1,2,3,4} para la discusión de un instrumento de evaluación detallando las dimensiones y sus componentes y criterios.

DIMENSIÓN I - Contexto Institucional

1.1 Componentes:

- Características de la carrera y su inserción institucional.
- Organización, Gobierno, Gestión y administración de la Carrera.
- Políticas y programas de bienestar institucional.

DIMENSIÓN II - Proyecto Académico

2.1 Componentes:

- Plan de estudios y Modelo formativo.
 - Proceso de Enseñanza-aprendizaje.
 - Investigación y Desarrollo tecnológico.
 - Extensión, vinculación y cooperación.
-

DIMENSIÓN III - Comunidad Universitaria

3.1 Componentes:

- Cuerpo docente
- Equipo técnico-administrativo
- Estudiantes
- Graduados

DIMENSIÓN IV - Infraestructura y Equipamiento

4.1 Componentes

- Infraestructura física y logística.
- Clínica de atención odontológica.
- Laboratorios.
- Instalaciones especiales.
- Bioseguridad.
- Biblioteca.
- Acceso a personas con necesidades especiales.
- Comité de Ética en Investigación.

I. Dimensión I - Contexto Institucional

1. Características del curso y su inserción institucional

El curso de Odontología debe ser desarrollado en una Universidad o Institución de Enseñanza Superior que cumpla lo establecido por la Ley de Educación Superior vigente en el país y las normativas, estatutos y reglamentos existentes en la institución. Debe también estar en correspondencia con las determinaciones emanadas de los órganos de salud pública.

El curso debe ser desarrollado en un ambiente académico donde se desarrollen actividades de enseñanza, investigación y extensión, en un ambiente institucional de libertad intelectual y compromiso social.

Debe haber una implementación de políticas institucionales constantes en el plano del desarrollo institucional y en el plano pedagógico institucional, en el

ámbito del curso. Ellos serán traducidos en prácticas consolidadas e institucionalizadas. Las políticas institucionales deben estar implantadas en el ámbito del curso.

La misión, los objetivos y los planes de desarrollo de la institución y de la carrera deben ser explícitos, indicando metas a corto, mediano y largo plazo, siendo coherente entre sí y aprobados en todas las instancias institucionales. Existe una coherencia entre el proyecto pedagógico de la carrera en un plano pedagógico institucional en cuanto a referencial teórico-metodológico, principios, directrices, abordaje, estrategia y acciones.

Los mecanismos de participación de la comunidad universitaria en el desarrollo y acompañamiento del plano institucional o de las orientaciones estratégicas deben ser explicitados y conocidos por toda la comunidad académica.

Una institución debe tener definidos y fundamentadas las políticas y los objetivos de la formación cuya meta sea una formación de recursos humanos para la salud bucal, como los siguientes tópicos:

- a) Investigación científica y desarrollo tecnológico;
- b) Académico-pedagógico y docencia, actualización pedagógica y de contenidos, y
- c) Extensión, cooperación institucional, difusión del conocimiento e inserción en su medio.

2. Organización, gobierno, gestión y administración

Los sistemas de información de la institución deben ser conocidos o accesibles para la comunidad universitaria externa. Deben también existir mecanismos eficaces de comunicación y difusión de la información.

Debe haber articulación de la gestión de la carrera con la gestión institucional como consecuencia de las políticas de gestión. Esa articulación está explicitada en documentos institucionales y reflejados en prácticas consolidadas. Las políticas para una gestión de la carrera, definidas en el proyecto pedagógico de la carrera, en el plano pedagógico institucional y en el plan de desarrollo institucional deben estar implementadas.

La institución debe contar con organización y conducción académicas-administrativas responsables por el delineamiento, seguimiento, gestión y revisión curricular

del proyecto pedagógico de la carrera, que permitan alcanzar los objetivos y el perfil profesional establecido. Las áreas y las funciones deben estar claramente identificadas y distribuidas así como la definición de la misión, funciones y responsabilidades, reflejando claramente la dependencia y la articulación entre las diferentes autoridades de su organización estructural.

Los procedimientos para la elección, selección, designación y evaluación de las autoridades, de los directores y cuerpos docentes y técnico-administrativos de la institución y de la carrera deben ser conocidos y explicitados en normativas. Los recursos humanos que desempeñan sus funciones académicas, técnico-administrativos, y de gestión deben tener formación compatible con la naturaleza y la función del cargo.

El perfil académico del coordinador de la carrera debe ser coherente con el proyecto pedagógico y su actuación en atención a las exigencias de la carrera y de los objetivos y compromisos de la institución deben estar explicitados en documentos y reflejados en la práctica consolidada. La experiencia profesional y académica del coordinador lo habilita para un pleno desarrollo del proyecto pedagógico y su designación a cargo debe expresar esos aspectos. La dedicación del coordinador del curso en relación a la administración y la conducción permite que ejerza todas las atribuciones inherentes a la función.

Los procesos de selección y admisión al curso deben ser explícitos y conocidos por la comunidad interna y externa. La institución debe contar con sistemas de registro, procesamiento y seguimiento de la información pertinente y confiable en niveles académicos, técnico y administrativo para su adecuado funcionamiento y toma de decisiones.

Las previsiones presupuestarias y las formas institucionales para su distribución deben ser explícitas. La institución debe contar con recursos patrimoniales y financieros que permitan cumplir sus metas y objetivos, garantizando la formación de los alumnos en el tiempo previsto. Debe haber una unidad de gestión específica que tenga la función de planificación administrativa y financiera con programas de distribución de recursos para el desarrollo de las actividades académicas, del personal técnico y administrativo y para el desarrollo de los planes de mantención y expansión de la infraestructura, laboratorios y bibliotecas.

Deben estar implementados mecanismos de evaluación continuos de gestión con participación de todos los segmentos de la comunidad académica. La autoevaluación,

la mejora continua y la planificación deben ser parte integrante del plan de desarrollo institucional. Deben ser también enfocados procesos de evaluación con vistas al perfeccionamiento de la calidad de la educación odontológica.

3. Políticas y programas de bienestar institucional

La institución y la carrera deben implementar programas de financiamiento y becas y constituir organismos y comisiones de supervisión curricular y apoyo pedagógico a estudiantes tanto como instancias de atención a los alumnos.

Se deben implementar acciones que ayuden al estudiante a ingresar en la vida universitaria con conocimientos sobre sus derechos y deberes, tanto como sobre la propia institución y sus servicios y las características generales de la carrera.

Deben ser desarrollados en la institución programas y sistemas de promoción de la cultura y sus variadas expresiones, de valores democráticos, de solidaridades y de responsabilidad social.

En la institución deben existir programas para un bienestar de la comunidad universitaria que incluyan programas de salud, locales de alimentación y servicios, áreas para deporte, recreación y cultura, entre otras.

II. Dimensión II - Proyecto Pedagógico

1. Plan de estudios y modelo formativo

Los objetivos de la carrera son totalmente coherentes con el perfil de egreso y con las políticas constantes de los documentos oficiales de la institución (plan de desarrollo institucional, plan pedagógico institucional y proyecto pedagógico de la carrera). Esa coherencia resulta y o expresa una directriz de acción accesible al conocimiento de la comunidad interna; la coherencia es verificada en todas las competencias y habilidades establecidas en el perfil de egreso y con las políticas institucionales.

El perfil de egreso debe corresponder a lo que es proyectado en el referencial teórico metodológico expresado en las políticas institucionales, siendo coherente con las directrices establecidas para el país y con las necesidades profesionales y sociales.

El egreso de la carrera de Odontología debe tener una formación general con sólida preparación técnico científica, humanística y de gestión, capacitado para el ejercicio de las actividades referentes a salud del sistema estomatognático de la población. Debe actuar con base en los preceptos éticos y legales, comprometiéndose con el desarrollo de la sociedad. Por lo tanto, son esperadas las competencias dispuestas en el Capítulo 4.

2. Proceso de enseñanza aprendizaje

Propuesta curricular:

Debe existir correspondencia entre la formación deseada, la denominación del título académico que se otorga y los alcances que la Facultad o Escuela de Odontología definió para la carrera.

La coherencia del currículo con las competencias y habilidades trazadas en el perfil de egreso. Esa coherencia resulta y/o expresa una directriz de acción accesible al conocimiento de la comunidad interna.

La organización curricular debe estar programada en unidades que puedan ser diversificadas (períodos, módulos u otras formas) según los objetivos de aprendizaje y del proyecto pedagógico de la carrera.

El plan de estudios debe definir y fundamentar una organización curricular que sea integral racionalmente organizada, de complejidad creciente de contenidos y prever actividades curriculares que se articulen vertical y horizontalmente para el adecuado logro de las competencias.

La organización curricular debe garantizar una formación teórica y práctica, de forma integrada y que permita el adecuado logro de las competencias establecidas.

Debe también contemplar una integración entre los contenidos básicos y clínicos.

La organización curricular debe contemplar actividades de enseñanzas prácticas desarrolladas en múltiples escenarios de aprendizaje, entre otros: laboratorios, servicios

asistenciales y en ámbitos comunitarios. Debe prever también los mecanismos, la duración y la calidad de esas actividades, siendo equivalentes para todos los alumnos.

El currículo debe obligatoriamente, prever locales de práctica asistencial supervisada y controlada en servicios y en la comunidad.

El plan de estudios debe prever espacios curriculares para actividades optativas o de contenido flexible con el objetivo de permitir la profundización y la ampliación del conocimiento y/o adquisición de competencias relevantes para la formación que se pretende.

Las unidades de enseñanza deben estar interrelacionadas, debiendo definir explícitamente: su fundamentación, contenido, objetivo, propuesta metodológica, actividades teóricas y prácticas, carga horaria, bibliografía, forma de evaluación del proceso enseñanza-aprendizaje y requisitos de aprobación.

El curso debe contar con mecanismos que permitan analizar periódicamente el plan de estudios y los programas, proporcionando modificaciones y analizarlas con vista a su actualización. Esta evaluación debe contar con la participación de la comunidad envuelta (docentes y alumnos) como también con egresados y otros profesionales especializados.

Contenidos:

Los contenidos curriculares contemplarán los aspectos éticos, científicos, técnicos y sicosociales para la práctica profesional.

Una selección de los contenidos llevará en cuenta el enfoque epidemiológico en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad y en el tratamiento y la rehabilitación.

Debe considerar un adecuado equilibrio entre los aspectos individuales y colectivos tanto como entre los curativos y preventivos.

Los contenidos curriculares deben estar integrados en forma vertical y horizontal.

Los contenidos versarán sobre temas que respondan a las competencias mencionadas y detalladas en el Capítulo 4.

Metodología:

Deben ser empleados métodos de enseñanza-aprendizaje que aseguren la búsqueda y desarrollo de conocimientos, de habilidades y actitudes definidas por el perfil de egreso propuesto.

Deben seleccionar experiencias de aprendizaje basados en estudios pedagógicos, en recursos humanos y físicos y en materias adecuadas, teniendo en vista las necesidades del alumno y el tiempo necesario para el aprendizaje.

La metodología empleada debe garantizar un contacto precoz con los problemas clínicos y de salud de la comunidad. Necesario garantizar las oportunidades de participar de programas de investigación, de extensión y de formación ética a lo largo de la carrera.

La metodología utilizada debe promover una actitud activa y aportar instrumentos necesarios para el estímulo en la educación continua.

El aprendizaje de los contenidos básicos debe, preferencialmente, emplear el modelo clínico.

El aprendizaje clínico debe realizarse en tiempo real y ser sustentado e integrado con el conocimiento básico, privilegiando diferentes escenarios de práctica.

Sistema de evaluación:

Los criterios de evaluación del proceso de enseñanza, de promoción y de titulación de los estudiantes deben estar claramente explicitados y ser de conocimiento de los docentes y alumnos.

El proceso de evaluación de la enseñanza y del aprendizaje debe ser coherente con la concepción de la carrera.

Una evaluación del aprendizaje de cada unidad y del currículo debe estar adecuada a los objetivos y a la metodología de enseñanza previamente delineados, incluyendo los aspectos relevantes. Los procesos de evaluación continua y sumativa deben estar centrados en objetivos específicos.

La frecuencia, la distribución y la cantidad de exámenes no deben afectar el desarrollo curricular y la información generada debe ser de conocimiento público, estando disponible para los alumnos envueltos.

Mecanismos de actualización:

Los cursos deben asegurar mecanismos de seguimiento y evaluación periódicos del currículo en todos sus aspectos, incluyendo los distintos actores institucionales. Ese proceso evaluativo debe culminar en actualizaciones de las disciplinas vinculadas a sus contenidos, unidades, procesos de evaluación y de bibliografía.

3. Investigación y desarrollo tecnológico

Una institución debe tener definidas y explicitadas políticas de investigación y desarrollo que articulen y orienten las actividades de investigación, destacando los aspectos como: objetivos, líneas de investigación prioritarias, vinculación con problemas locales, nacionales e internacionales, y mecanismos de divulgación de esa producción científica.

La institución deberá contar con una unidad de gestión específica que tenga la función de coordinación, promoción, evaluación y cualquier otra tarea concerniente a las actividades de investigación y desarrollo en consonancia con las políticas establecidas. Debe también promover el intercambio científico y definir las estrategias de incorporación de investigadores.

Las actividades de investigación serán desarrolladas en locales adecuados con algún tipo de unidad organizacional que permita proyectarlas, realizarlas y evaluarlas (por ejemplo, institutos, centros, departamentos, laboratorios, grupos de investigación, entre otros) pudiendo ser propias de la institución, patrocinadas o asociadas.

La institución deberá contar con información sistematizada y pública sobre las actividades y la producción científica realizada incentivando la integración por medio de las asociaciones, publicaciones y o eventos científicos reconocidos en ámbitos regional, regional o institucional.

Las actividades de investigación deben integrar, complementar y enriquecer los contenidos y las prácticas educacionales.

La carrera debe contar con instancias que promuevan la incorporación de estudiantes en actividades de investigación. Esas actividades deben ser valorizadas dentro de una propuesta pedagógica flexible, generando unidades curriculares optativas para los estudiantes.

4. Extensión, vinculación y cooperación

La institución debe tener definidas y explicitadas políticas de extensión que articulen y orienten las actividades de ese tipo, destacando aspectos como: objetivos, impacto social, recursos, poblaciones seleccionadas, líneas de articulación con las comunidades prioritarias, con instituciones públicas o privadas, vinculando con la problemáticas locales y nacionales.

La institución deberá contar con una comunidad de gestión específica que tenga una función de coordinación, promoción, evaluación y cualquier otra tarea concerniente a las actividades de extensión, congruentes con las políticas establecidas. Debe también definir las estrategias de incorporación de los recursos humanos.

Las actividades de extensión deberán ser desarrolladas en locales adecuados con algún tipo de unidad organizacional que permita proyectarla, realizarlas y evaluarlas (por ejemplo, programas, proyecto, servicios, entre otras). Deben ser aprobadas y evaluadas periódicamente por órganos competentes pudiendo ser propias de la institución, patrocinadas u/o asociadas.

Deberá contar con información sistematizada y publica sobre las actividades realizadas y del impacto social y tecnológico de las mismas.

La existencia de políticas de actividades de extensión vinculados a los procesos de enseñanza-aprendizaje debe integrar, complementar y enriquecer los contenidos y las prácticas educacionales.

La propuesta educativa en extensión de la carrera de odontología debe ser coherente con la misión institucional, ser una respuesta a las necesidades del entorno y debe respetar las diferencias culturales.

El curso debe contar con instancias que promuevan la incorporación de estudiantes en actividades de extensión. Esas actividades deben ser valorizadas dentro de una propuesta pedagógica flexible, generando unidades curriculares optativas para los estudiantes.

III. Dimensión III - Comunidad Universitaria

1. Cuerpo docente

Calificación, cantidad y dedicación:

El cuerpo docente debe tener título universitario, carrera académica normalizada, régimen de trabajo adecuado para el desarrollo de actividades de enseñanza, investigación y extensión tanto como de gestión administrativa, estando en consonancia con los objetivos y la misión institucional.

El número, la composición, la dedicación, la experiencia y la titulación del cuerpo docente deben ser adecuados a la propuesta pedagógica y a los procesos de enseñanza aprendizaje, siendo suficiente para un desarrollo pleno de esas actividades.

Deben existir mecanismos de participación de docentes en las instituciones administrativas de gestión y de desarrollo de la carrera. Además, la experiencia y la titulación docente deben estar en consonancia con la función y la responsabilidad de cargos que, por ventura, ocupen.

La idoneidad del cuerpo docente se debe establecer tomando en consideración la formación recibida, su experiencia en el ámbito académico, profesional o por su producción en los campos científico, profesional y educativo.

Mecanismo de selección, promoción, perfeccionamiento profesional y pedagógico

La institución debe tener definido y reglamentado de manera clara y pública en sus directrices estatutarias los mecanismos y criterios de acceso, selección, permanencia, promoción y evaluación de desempeño docente basados en las competencias y la dedicación.

Debe existir un sistema de evaluación del desempeño docente en el proceso de enseñanza-aprendizaje, siendo que esos mecanismos deben considerar la opinión de los alumnos.

La Facultad o Escuela de Odontología debe incentivar a sus docentes para participar en actividades de investigación, de desarrollo tecnológico, de producción científica,

de extensión, de proyectos interinstitucionales u otras actividades emanadas de su proyecto institucional, debiendo ofrecer condiciones necesarias para su desarrollo.

Las publicaciones y/o producciones científicas, técnicas, pedagógicas (y otras conducentes con la propuesta institucional) de los docentes deben ser periódicamente evaluadas debiendo ser compatibles con la cantidad y calidad con el perfil del cuerpo docente y con el proyecto pedagógico de la carrera.

El curso debe motivar y generar mecanismos e instancias de actualización continuada del cuerpo docente en los aspectos disciplinar, técnico, científico, pedagógico y profesional. Las políticas de capacitación deben estar consolidadas e institucionalizadas, estando definidas y reglamentadas por dispositivos legales y contemplando: criterios para concesión de incentivos destinados a apoyar profesores para seguir postgrados, para participar en cursos de formación continua, para participar en estadías e intercambios. Debe promover también cursos o seminarios para formación pedagógica y mecanismos de apoyo al docente en el desempeño de sus actividades didáctica-pedagógicas, con asesoramiento a los coordinadores y profesores.

Políticas de movilidad

La institución debe tener definidas y explicitadas políticas de movilidad e intercambio docente.

La institución deberá contar con una unidad de gestión específica que tenga la función de coordinación, promoción, evaluación y cualquier otra tarea concerniente a las actividades de movilidad e intercambio docente en consonancia con las políticas establecidas.

Otros profesionales con actividades docentes

Los docentes que participan en el desarrollo de cursos pertenecientes a hospitales u otras unidades asistenciales oficiales deben ser formalmente reconocidos mediante algún mecanismo que reglamente esa participación desde el momento en que se inserta en el proyecto pedagógico de la carrera.

Esos docentes deben tener conocimientos de la misión, de los propósitos y de los objetivos de la carrera, tanto como de los programas de los cuales participan. Debe

haber comunicación directa entre los profesores y sus diversas funciones y los tutores, también como otro tipo de apoyo pedagógico.

2. Equipo técnico administrativo

Calificación, cantidad y dedicación

Un equipo técnico administrativo debe tener formación adecuada, carrera profesional normalizada, régimen de trabajo congruente con el desarrollo de las actividades de enseñanza, investigación y extensión, como también de gestión administrativa, estando en consonancia con los objetivos y la misión institucional.

La institución deberá contar con una unidad de gestión específica que tenga la función de coordinación, promoción, evaluación y cualquier otra tarea concerniente al equipo técnico administrativo como a las políticas establecidas. Debe también definir las estrategias de la incorporación de recursos humanos. El número, la composición, la dedicación, la experiencia y la formación del equipo técnico administrativo deben estar adecuados a la propuesta pedagógica y al proceso de enseñanza-aprendizaje, siendo suficiente para un desarrollo pleno de esas actividades. Además, una experiencia y la formación técnica deben estar en consonancia con la función y las responsabilidades administrativas que eventualmente ocupen.

Deben existir mecanismos de participación del equipo técnico administrativo en órganos colegiados institucionales.

Mecanismo de selección, promoción y capacitación profesional

La institución debe tener definido y reglamentado de manera clara y pública en sus directrices estatutarias en los mecanismos y criterios de acceso, selección, permanencia, promoción y evaluación de desempeño del equipo técnico-administrativo basado en competencias y dedicación.

Debe existir un sistema de evaluación de desempeño del equipo técnico-administrativo envueltos en las actividades que componen las unidades del proceso enseñanza aprendizaje, siendo que esos mecanismos deben considerar las opiniones de los alumnos.

La carrera debe motivar y generar mecanismos e instancias de actualización continua del equipo técnico administrativo, en los aspectos disciplinar, técnico y profesional. Las políticas de capacitación deben estar consolidadas e institucionalizadas estando definidas y reglamentadas por dispositivos legales y contemplando: criterios para la concesión de incentivos destinados a apoyar la capacitación, para participación en cursos de formación continua y formas de su operacionalización.

3. Estudiantes

Políticas de incorporación

La institución debe tener definidas y reglamentadas de manera clara y pública en sus directrices estatutarias los mecanismos y criterios de acceso, selección, transferencia, permanencia y evaluación del desempeño de los alumnos basado en la competencia y dedicación. Debe promover la equidad y asegurar la inexistencia de discriminación social, racial o religiosa.

Las políticas de ingreso permitirán la inserción institucional adecuada de los estudiantes a los estudios universitarios, la identificación y disminución de diferencias de formación previa al respeto de la referida carrera (nivelación) y la identificación de problemas profesionales concernientes no solamente con actitud vocacional sino también a los saberes, competencias y habilidades.

El número de estudiantes debe estar de acuerdo con su capacidad educativa y en relación con el plan de estudios del curso. Los estudiantes deben conocer los propósitos y objetivos de la carrera.

Políticas de apoyo y acompañamiento

La carrera deberá contar con políticas de acompañamiento y medidas efectivas de retención, a partir del registro y análisis de la información sobre el rendimiento y atraso. Debe registrar la documentación que permita evaluar la calidad de desempeño de sus estudiantes.

Debe haber variadas instancias de incorporación de los alumnos a las actividades de enseñanza, investigación y extensión, las actividades que propicien una formación

continua. Las normativas para el desarrollo de esas actividades deben ser explicitadas y de conocimiento público.

Una organización pedagógica del curso debe favorecer la participación de los alumnos en las distintas actividades de la institución.

El curso deberá contar con mecanismos o instancias de apoyo a los estudiantes tales como asesoramiento, tutorías, materiales, sistemas de becas propios y/o subsidiados por otras instituciones que faciliten la permanencia del estudiante en la carrera o para su formación complementaria.

Deben existir mecanismos de participación efectiva de los alumnos en instancias administrativas, de gestión y desarrollo de la carrera.

La carrera de Odontología debe ofrecer a los estudiantes oportunidades y estímulo adicional para el desarrollo intelectual y cultural. Debe por tanto promover el acceso y participación de los estudiantes en actividades deportivas y culturales.

Deben existir mecanismos efectivos de apoyo sistemático a la promoción de eventos internos para los alumnos tanto como para la participación en eventos científicos funcionando de forma adecuada y con prácticas institucionalizadas.

Políticas de movilidad

La institución debe tener definidas y explicitadas políticas de movilidad e intercambio de alumnos.

La institución deberá contar con una unidad de gestión específica que tenga la función de coordinación, promoción, evaluación y cualquier otra tarea concerniente a las actividades de movilidad e intercambio docente, en consonancia con las políticas establecidas.

4. Graduados

Debe haber una participación de los egresados en la instancia de planificación, desarrollo, revisión de planes y programas de estudio en las relaciones de vinculación.

La institución deberá contar con una unidad de gestión específica que tenga la función de coordinación, elaboración de estrategias, promoción y facilitación del acceso de los graduados a programas de educación continua y de postgrado.

La facultad o escuela de odontología debe desarrollar procesos de seguimiento de los egresados, permitiendo conocer su desempeño, el ajuste percibido entre su formación y los requisitos existentes en el ambiente profesional y sus necesidades de actualización.

IV. Dimensión IV - Infraestructura y Equipamiento

1. Infraestructura física y logística

Planta física

La Facultad o Escuela de Odontología debe disponer de una infraestructura física y humana (estructura física, equipamiento y recursos humanos) que asegure el correcto desarrollo de todas sus actividades académicas (enseñanza, investigación y extensión) y de gestión, asegurando el acceso a los estudiantes a la misma.

El acceso y uso de los espacios, medios e inmuebles, con disponibilidad horaria adecuada para el pleno desarrollo de la propuesta pedagógica, deben estar garantizados, ya sea por la propiedad institucional o por convenios formalmente establecidos.

La institución debe disponer de laboratorios, salas y otras instalaciones requeridas para la concreción del plan de estudios en cantidad adecuada, con disponibilidad horaria, con equipamiento en buenas condiciones de mantención, con vistas a satisfacer los objetivos y las necesidades determinadas para la carrera.

La planta física debe cumplir con todas las medidas de seguridad establecidas por las normas vigentes. Las condiciones de espacios físicos, en que dice respecto a instalaciones hidráulicas, eléctricas, electrónicas deben ser adecuadas.

Equipamiento

La Facultad o Escuela de Odontología debe disponer de equipamiento correcto

para el completo desarrollo de las actividades de cursos teóricos y prácticos asegurando el pleno acceso de los estudiantes al mismo.

La institución deberá permitir el acceso a equipamiento de informática en cantidad, calidad y actualización suficiente y la red de información para docentes y alumnos en consonancia con las necesidades y las características del curso aprovechándose los adelantos tecnológicos vigentes.

2. Clínicas de atención odontológica

La Facultad o Escuela de Odontología debe disponer de clínicas odontológicas adecuadas en cantidad, calidad, capacidad, disponibilidad horaria, garantizando el pleno acceso a los estudiantes, de tal forma que puedan ser realizadas en plenitud las actividades académicas previstas en el proyecto pedagógico de la carrera.

La planta física de las clínicas debe ser adecuada y funcional, respetando los conceptos de seguridad en el trabajo y garantizando los preceptos de confort físico (ventilación, luminosidad, acústica, limpieza).

Las clínicas deben contar con todos los equipamientos y materiales de consumo necesarios para realización de acciones preventivas y curativas en el ámbito individual del tratamiento, contando con equipos odontológicos, aparatos de rayos x, laboratorios de apoyo clínico, todos en número suficiente y en buen estado de conservación.

3. Laboratorios

La Facultad o Escuela de Odontología debe disponer de laboratorios de enseñanza con planta física adecuada y funcional, contando con equipamientos e insumos necesarios para el pleno desarrollo de las actividades académicas planificadas.

Disponibilidad de laboratorios de investigación en consonancia con las políticas de investigación científica institucionales, regulando el completo desarrollo de los proyectos de investigación.

Los laboratorios deben atender a las normas de bioseguridad y de seguridad en el laboratorio, asegurando el pleno acceso de los estudiantes al mismo. Deben atender a conceptos de confort físico (ventilación, luminosidad, acústica, limpieza).

4. Instalaciones especiales

Laboratorio de Radiología

La Facultad o Escuela de Odontología debe disponer de un área especializada para atender las necesidades de diagnóstico radiográfico, debiendo contar con una planta física adecuada, funcional y segura, con el equipamiento necesario para el correcto desarrollo de las actividades académicas en forma adecuada.

Debe haber un riguroso control de las radiaciones, no sólo con un protocolo de procedimientos, sino también con acompañamientos dosimétricos del equipo destinado a esas actividades. Las leyes laborales pertinentes deben ser acatadas por los profesionales que trabajan en ese sector.

Centro de atención al usuario

La institución deberá contar con una unidad de gestión específica que tenga la función de coordinación, organización, triage, evaluación y cualquier otra tarea concerniente a la atención de los usuarios de los servicios odontológicos.

El centro debe ser el local de entrada y recepción de pacientes, resguardando la atención integral y humanizada de los usuarios del servicio.

Los registros de los usuarios del servicio, así como sus fichas deben ser almacenados y mantenidos en forma sistematizada.

Se debe garantizar servicios de urgencia a los usuarios en horarios de atención durante todo el año.

5. Bioseguridad

La Facultad o Escuela de Odontología debe disponer de un espacio físico adecuado y rigurosamente planificado, garantizando las condiciones de control de infecciones y de bioseguridad, tales como central de materiales de esterilización, lavandería, lugar de eliminación de elementos potencialmente contaminados.

La central de material de esterilización debe poseer un área de expulsión

separada adecuadamente del área del material esterilizado, disponiendo de equipamientos de esterilización a vapor presurizado en condiciones adecuadas de uso y bajo control de equipo especializada.

Debe garantizarse el estricto control de calidad de los procedimientos de esterilización, así como el registro y disponibilidad a los estudiantes de instrumentales debidamente esterilizados.

La lavandería debe contar con un área sucia debidamente separada del área limpia, así como de un lugar de empaque.

El área de descarte del material potencialmente contaminado debe ser externa al edificio, permitiendo la recolección por un equipo especializado para tal servicio.

La Facultades o Escuelas de Odontología deben poseer una comisión permanente de control de infección compuesta por miembros debidamente acreditados y en consonancia con las normas vigentes. Le compete a la comisión normar los procedimientos de control de infecciones y de bioseguridad, de administración de residuos, de control de accidentes, debiendo acompañar y orientar las actividades desarrolladas en la institución.

6. Biblioteca

La institución debe tener acceso a bibliotecas y/o centros de información equipados y actualizados a cargo de personal profesional y técnico suficientemente calificado. Los servicios a los usuarios deben desarrollarse en horarios suficientemente amplios y contar con mecanismos de prestaciones y de sistemas de clasificación sistematizados.

El material bibliográfico (libros, periódicos y otras fuentes de información) deben ser pertinentes, actualizados, en buen estado de conservación y en número suficiente para atender la demanda académica, ya sea en los aspectos concernientes al contenido de la carrera abarcando todas las disciplinas y programas como también a aquellos relacionados con las necesidades numéricas de los estudiantes.

Los docentes deben participar de mecanismos de selección y actualización del material bibliográfico.

Debe existir un área de informática, de acceso libre y gratuito, integrado a redes de información mundial con equipamientos compatibles con la demanda.

7. Acceso de personas con necesidades especiales

La infraestructura física debe garantizar el libre acceso a los individuos de cualquier necesidad especial: locomotoras, auditivas, visuales, debiendo a todos garantizar una atención sin discriminación.

8. Comité de ética en investigación

La institución deberá contar con una unidad de gestión específica que tenga la función de coordinación, promoción, evaluación, aprobación y cualquier otra tarea concerniente a los aspectos éticos de la investigación en humanos y animales.

El comité de ética en investigación debe estar compuesto por miembros calificados y en consonancia con las directrices de los países, pero atendiendo a los preceptos universales de respeto a los aspectos éticos en el desarrollo de la institución.

Esta unidad gestora deberá mantener un registro sistematizado de las actividades de investigación que involucran a seres humanos y animales desarrollados en la institución.

CAPITULO 10

**instituto latinoamericano de acreditación
en odontología (ILAO)**





CAPITULO 10

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE ACREDITACIÓN EN ODONTOLOGÍA (ILAO)

I. Acta de constitución del Instituto Latino Americano de Acreditación en Odontología (ILEO), entidad sin fines de lucro, para conceder la certificación de calidad de instituciones y procedimientos en educación odontológica en el ámbito de América Latina

A LOS 27 DÍAS DEL MES DE enero del año dos mil nueve, durante la realización del 27° CIOSP y de la 3ª Reunión ENLEC/PLACEO promovidos por la Asociación Paulista de Cirujanos Dentistas APCD, se reunieron numerosos dentistas, profesores universitarios y dirigentes de sociedades en la sede de la entidad en la calle Voluntarios de la Patria 547, Santana, São Paulo, entre ellos la Comisión Ejecutiva de ENLEC/PLACEO bajo la presidencia del Profesor Dr. Francisco Omar

Campos (Chile) y los miembros Profesores Doctores João Humberto Antoniazzi (Brasil), Raphael Baldacci Filho (Brasil), Nicolás Triantafilo (Chile) y José Ranali (Brasil) y, la Secretaria Ejecutiva Sra. Lia Raquel Motilinsky (Brasil). En ella, el presidente expuso a los presentes que el objetivo de la reunión era constituir el Instituto Latino Americano de Acreditación en Odontología, ILAO, con sede y fuero en el municipio de São Paulo, Brasil, sociedad civil de derecho privado sin fines de lucro y con actuación en el ámbito de América latina y estructurada en consonancia a los principios establecidos por el inciso 2° del artículo 44 y artículo 46 de la ley 10.406 del 10 de enero del 2002 (código civil), con sede en esta capital, en la calle Voluntários de La Pátria 547, Santana, São Paulo, la cual tiene por objetivo, observando los principios de legalidad, impersonalidad, moralidad, publicidad, economicidad y de la eficiencia, desarrollar las siguientes actividades:

- a) crear estándares de calidad para la enseñanza de pre grado en odontología
- b) crear estándares de calidad para la enseñanza de post grado en odontología, maestría y doctorado;
- c) crear estándares de calidad para la enseñanza de especialización profesional;
- d) crear estándares de calidad para el personal auxiliar odontológico;
- e) crear estándares de calidad para la formación de tecnólogos en odontología;
- f) crear estándares de calidad para la formación de técnicos en las diferentes especialidades odontológicas;
- g) establecer criterios de acreditación otorgando una certificación de tiempo limitado y seguimiento continuo, respetando los patrones de calidad establecidos;
- h) estructurar estándares de calidad para el ejercicio profesional individual, colectivo, privado y público en consonancia con las legislaciones de América latina;
- i) crear estándares de calidad conceptuales y funcionales para el establecimiento de prestaciones de servicios odontológicos de cualquier naturaleza;
- j) firmar convenios o acuerdos, con entidades congéneras o afines, públicas, privadas, nacionales, extranjeras o internacionales, promoviendo intercambio de mutuo interés;
- k) prestar servicios de consultoría y asesorías en las áreas de competencia, en entidades públicas o privadas, nacionales, extranjeras o internacionales, con énfasis en América latina;
- l) desarrollar otras actividades necesarias en el logro de sus objetivos educacionales y sociales de convergencia.

A continuación el Profesor João Humberto Antoniazzi expuso detalladamente a los presentes los Estatutos del Instituto Latino Americano de Acreditación

en Odontología (ILAO). Por solicitud del Ilustre presidente, los Estatutos fueron aprobados y debidamente firmados, siendo parte integrante de esta acta. En estos términos quedo formalmente constituido el Instituto Latino Americano de Acreditación en Odontología (ILAO). Prosiguiendo en los términos del CAPITULO VII – DISPOSICIONES GENERALES Y TRANSITORIAS del artículo 35 – en la reunión de la fundación del Instituto Latino Americano de Acreditación en Odontología (ILAO) se constituirá una directiva provisional con una duración de un año. El presidente propuso un plenario para conformar una directiva provisional con los socios fundadores, director Presidente Prof. Dr. João Humberto Antoniazzi, Diretor Económico Prof. Dr. José Ranali y Directora Administrativa Profa. Dra. Isabela Almeida Pordeus y como Secretaria Ejecutiva Sra. Lia Raquel Motilinsky, siendo aprobada esta Directiva por unanimidad. A continuación, el Presidente del Instituto Latino-Americano de Acreditación en Odontología (ILAO) sugiere al plenario que los Profs. Drs. Francisco Omar Campos, Raphael Baldacci Filho e Mariano Sanz Alonso sean reconocidos como Socios Beneméritos del ILAO por los relevantes servicios prestados en la creación y desarrollo de ENLEC/PLACEO, siendo aprobado por la totalidad de los socios fundadores participantes del plenario. El Presidente de ILAO convoca a una nueva Asamblea General para enero de 2010 para constituir el Consejo Deliberativo y Directorio, así como refrendar el Régimen Interno. De esta forma, no teniendo mas temas que tratar, se cierra la sesión con la firma de los miembros de la Comisión Ejecutivo de ENLEC/PLACEO

São Paulo, 27 de enero de 2009.

Francisco Omar Campos (Chile)

João Humberto Antoniazzi (Brasil)

Raphael Baldacci Filho (Brasil)

Nicolás Triantafilo (Chile)

José Ranali (Brasil)

Lia Raquel Motilinsky (Brasil)

II - Estatuto Social del Instituto Latino-Americano de Acreditación en Odontología (ILAO)

CAPÍTULO I – DE LOS OBJETIVOS

Artículo 1°. El Instituto Latinoamericano de Acreditación en Odontología (ILAO), con foro y sede en la ciudad de São Paulo, situado en la Rua Voluntários da Pátria, 547, CEP 02011-000 – Santana, – en el municipio de São Paulo, SP, Brasil, es una asociación civil de derecho privado sin fines de lucro que actúa en el ámbito de América Latina y que está estructurada de acuerdo con los principios establecidos por el inciso I del Artículo 44 y del Artículo 46 de la Ley 10.406 del 10 de enero de 2002 (Código Civil), independiente del Estado, de los partidos políticos, de las asociaciones, de cualquier tipo de organismo público o privado nacional o extranjero y de las organizaciones religiosas, cuya finalidad es la realización de acciones destinadas a contribuir con la construcción de una sociedad libre, justa y solidaria, en la promoción de la dignidad de la persona humana, en promover los valores sociales del trabajo odontológico, para el desarrollo latinoamericano de la enseñanza y del ejercicio profesional de la odontología a la búsqueda de su convergencia de estándares de enseñanza de graduación y post-gradado, de instituciones educativas, de formación de personal técnico y auxiliar relacionado con la Odontología y de estándares de ejercicio profesional colectivo e individual por medio de la Certificación y otros instrumentos de reconocimiento académico, profesional e institucional válidas en América Latina.

Artículo 2°. – Para el cumplimiento de sus finalidades, el Instituto Latinoamericano de Acreditación en Odontología (ILAO) observará los principios de legalidad, impersonalidad, moralidad, publicidad, economicidad y de la eficiencia y podrá desarrollar las actividades siguientes:

- a) crear estándares de calidad de la enseñanza de graduación de Odontología;
- b) crear estándares de calidad de la enseñanza de post- grado stricto sensu , master y doctorado;
- c) crear estándares de calidad de la enseñanza de especialización en odontología;
- d) crear estándares de calidad de formación de técnicos en salud bucal;
- e) crear estándares de calidad de formación de técnicos en prótesis dental;
- f) crear estándares de calidad de formación de personal auxiliar en salud bucal y prótesis dental;

- g) establecer criterios de acreditación, confiriendo una certificación con duración limitada y acompañamiento continuo, respetando los estándares de calidad pre-establecidos;
- h) estructurar estándares de calidad del ejercicio profesional individual, colectivo, privado y público en consonancia con las legislaciones de cada país de América Latina;
- i) crear estándares de calidad conceptuales y funcionales de establecimientos de prestación de servicio odontológico de cualquier naturaleza que sea;
- j) firmar convenios o acuerdos con entidades congéneres y similares, públicas o privadas, nacionales, extranjeras o internacionales, promoviendo intercambios de interés mutuo;
- k) prestar servicios de consultoría y asesoría en las áreas de su actuación, a entidades públicas o privadas, nacionales, extranjeras o internacionales, con énfasis en América Latina; y,
- l) desarrollar otras actividades necesarias para el cumplimiento de sus objetivos educativos y sociales de convergencia.

CAPÍTULO II – DEL CUADRO SOCIAL

Artículo 3°. – Son asociados del Instituto Latinoamericano de Acreditación en Odontología (ILAO) las personas, empresas y entidades en él regularmente inscritas, estando los asociados fundadores/instituidores enumerados en el Anexo I.

Artículo 4°. – Integran el cuadro social las siguientes categorías de asociados:

- I - Asociados Fundadores: constituida por aquellos enumerados en el Anexo I, parte integrante de este Estatuto y por aquellos que vengan a ser admitidos en el período de 90 (noventa) días en los términos de lo dispuesto en este Estatuto y que paguen regularmente las contribuciones sociales determinadas por los órganos competentes del ILAO;
- II - Asociados Activos: constituida por aquellos que participan de las actividades de la entidad y que paguen con regularidad las contribuciones sociales en los términos previstos en este estatuto;
- III - Asociados Contribuyentes: constituida por personas físicas o jurídicas de carácter académico, asociativo o institucional que contribuyan sustancialmente para el mantenimiento de ILAO, de forma regular y diferenciada, en los términos del reglamento propio que será determinado por el Consejo Deliberativo;

- IV - Asociados Beneméritos: constituida por personas físicas o jurídicas que hayan, conforme juicio del Consejo Deliberativo, prestado alguna contribución relevante al instituto o que, de alguna manera, hayan contribuido de forma expresiva, con bienes o servicios, para la consecución de sus objetivos;
- V - Asociados Mantenedores: constituida por personas naturales o jurídicas que hayan contribuido por medio de contribuciones extraordinarias para los proyectos de ILAO.

Artículo 5°. – Todos los asociados de ILAO tienen el derecho de manifestarse en consultas internas formuladas por el Instituto y participar en todos los eventos por él promovidos.

Párrafo único. Los asociados de ILAO no responden legalmente ni subsidiariamente por obligaciones asumidas por la Entidad y no tienen entre sí derechos y obligaciones recíprocos.

Artículo 6°. – Todos los asociados fundadores, activos y contribuyentes tiene el derecho de votar y de ocupar cargos electivos en la estructura del Instituto, observado lo dispuesto en este estatuto.

Artículo 7°. – La admisión de nuevos asociados deberá ser aprobada por el Consejo Deliberativo.

Artículo 8°. – Las personas jurídicas asociadas a ILAO en cualquier categoría, deberán acreditar a un representante para participar en las actividades del Instituto.

Artículo 9°. – Todos los asociados, con excepción de los asociados beneméritos y mantenedores participarán, en la forma prevista por los órganos competentes, de las actividades de la entidad, debiendo comprometerse con los objetivos del Instituto, cabiéndoles también cooperar para la consecución de los fines sociales y pagar regularmente las contribuciones propuestas por el Directorio y aprobados del Consejo Deliberativo.

CAPÍTULO III – DE LA ORGANIZACIÓN

Artículo 10 – Son órganos del Instituto Latinoamericano de Acreditación en Odontología (ILAO):

- I - Asamblea General;
- II - Consejo Deliberativo;
- III - Directorio;
- IV - Consejo Fiscal;
- V - Comisiones de Trabajo.

DE LA ASAMBLEA GENERAL

Art. 11 – La Asamblea General Ordinaria es la reunión de los asociados fundadores, activos y contribuyentes y se realizará una vez a cada dos años con la finalidad de trazar las directivas generales de la entidad, evaluar su actuación y elegir los miembros del Consejo Deliberativo y del Consejo Fiscal en los términos de lo establecido en este Estatuto.

§ 1º. La Asamblea General podrá convocarse extraordinariamente con antecedencia mínima de treinta días por deliberación de la mayoría absoluta del Consejo Deliberativo o por el 5% (cinco por ciento) de los asociados votantes al día con las obligaciones sociales.

§ 2º. La Asamblea General, ordinaria o extraordinaria, se instalará con el quórum mínimo del diez por ciento de los asociados votantes que estén al día con las obligaciones sociales, exceptuándose la situación prevista en el artículo 36 de este Estatuto.

§ 3º. Los asociados, de cualquier categoría, podrán hacerse representar en la Asamblea General por otro asociado del Instituto, siempre y cuando éste último haya sido regularmente constituido como apoderado mediante documento específico.

DEL CONSEJO DELIBERATIVO

Art. 12 – El Consejo Deliberativo estará compuesto por un (1) asociado de cada país integrante del ILAO representando al conjunto de asociados del respectivo país y por diez (10) asociados entre los asociados fundadores representando exclusivamente esta categoría todos con mandato de dos años, permitiéndose la reconducción.

Párrafo único. En los casos de renuncia o impedimento de cualquiera de los miembros del Consejo Deliberativo, este colegiado designará, respetando su procedencia,

sustituto hasta la realización de la próxima Asamblea General que elegirá un nuevo consejero para completar el mandato.

Art. 13. Es competencia del Consejo Deliberativo:

- I - supervisar las actividades de la entidad;
- II - nombrar y destituir a los miembros del Directorio;
- III - aprobar el presupuesto para el ejercicio corriente, así como el valor de la contribución de los asociados propuesta por el Directorio;
- IV - juzgar las cuentas del Directorio;
- V - disponer sobre su funcionamiento;
- VI - examinar todos los actos del Directorio;
- VII - deliberar sobre el destino del patrimonio en los casos de transformación o extinción de la sociedad;
- VIII - decidir sobre la suspensión, exclusión y admisión de asociados, conforme se establece en reglamento;
- IX - organizar e instalar las cámaras temáticas, estableciendo, en reglamento propio, su organización y atribuciones.
- X - aprobar los fondos de remuneración del Directorio así como nombrar a los directores que desempeñarán sus actividades en carácter voluntario, sin derecho a ninguna remuneración;
- XI - establecer el reglamento de la Asamblea General;
- XII - adoptar y establecer, para todos los órganos de la entidad, prácticas de gestión administrativa que sean necesarias y suficientes para cohibir la obtención, de forma individual o colectiva, de beneficios o ventajas personales, debido a la participación en el respectivo proceso de decisión.

Art. 14 – En el primer día de su gestión, los miembros del Consejo Deliberativo elegirán al Presidente y al Vicepresidente del Consejo que tendrán un mandato de dos años, pudiendo ser reelegidos, así como también elegirán a los miembros del Directorio.

Parágrafo único. El Presidente del Consejo Deliberativo, sin perjuicio de las atribuciones que le fueran definidas en Reglamento Interno, deberá convocar bianualmente la Asamblea General.

Art. 15 – El Consejo Deliberativo se reunirá al menos una vez al año y siempre

será convocado por su Presidente o por el cinco por ciento de sus miembros, en la forma establecida en reglamento propio.

§ 1°. Los miembros del Consejo Deliberativo no serán remunerados.

§ 2°. El Consejo Deliberativo tomará las decisiones por mayoría simple siempre que estén presentes los consejeros en número mínimo correspondiente a la mayoría absoluta (el 51%) de sus miembros.

DEL DIRECTORIO

Art. 16 – El Directorio estará compuesto, como mínimo, por un Director Presidente, un Director Financiero y un Director Administrativo, pudiendo estar integrado también por otros dos Directores, todos ellos designados por el Consejo Deliberativo y están enumerados en el Anexo II.

Párrafo único. El Director Presidente será el Presidente del Instituto y podrá contratar a uno o más Secretarios Ejecutivos para que ayuden al Directorio en la administración del Instituto, determinando sus vencimientos en consonancia con los estándares remuneradores del mercado de trabajo del local de la prestación del servicio.

Art. 17 – Es competencia del Directorio:

- I - implantar las directivas definidas por el Consejo Deliberativo, actuando en conformidad con su orientación;
- II - elaborar, anualmente, el programa de trabajo y el presupuesto de la institución y presentarlos al Consejo Deliberativo;
- III - dirigir las actividades de la institución y practicar los actos de gestión.
- IV - proponer una estructura organizacional compatible con la misión y programas de la institución;
- V - establecer directivas sobre las actividades del personal de la institución, estableciendo las bases de su remuneración.

Párrafo único. El Instituto Latinoamericano de Acreditación en Odontología (ILAO) podrá deliberar la institución de remuneración para los dirigentes de la entidad que actúen efectivamente en la gestión ejecutiva y para aquellos que prestan servicios específicos al instituto, respetados, en ambos casos, los valores practicados por el mercado, en la región correspondiente a su área de actuación.

Art. 18. De la competencia de los Directores:

Es competencia del Director Presidente:

- I - representar al Instituto Latinoamericano de Acreditación en Odontología (ILAO) de forma activa y pasiva, judicial y extrajudicialmente;
- II - coordinar las actividades del Directorio;
- III - representar al instituto ante los órganos y entidades con que se relacione;
- IV - participar de las reuniones del Consejo Deliberativo, sin derecho a voto.

Es competencia del Director Financiero:

- I - implantar y ejecutar el sistema de gestión financiera del Instituto Latinoamericano de Acreditación en Odontología (ILAO);
- II - establecer convenios con entidades gubernamentales, asociativas y empresariales para la obtención de recursos para las actividades del ILAO.

Es competencia del Director Administrativo:

- I - mantener y dinamizar los aspectos administrativos y gerenciales del Instituto Latinoamericano de Acreditación en Odontología (ILAO);
- II - En la ausencia del Director Presidente, sustituirlo representando al ILAO.

Art. 19 – El Director Presidente, en caso de falta e impedimento, será sustituido por cualquiera de los Directores mediante su expresa y previa designación.

Art. 20 – Les cabrá a los integrantes del Directorio el ejercicio de las funciones que les fueran atribuidas por el respectivo reglamento, aprobado por el Consejo Deliberativo, así como la articulación del Instituto con la Sociedad y sus instituciones.

Art. 21 – La contratación de obligaciones por parte de la entidad dependerá siempre de acto firmado, conjuntamente, por el Director Presidente y por el Director Financiero.

Párrafo único. La emisión de cheques y el movimiento financiero de cuño bancario se efectuará con las firmas del Director Financiero o del Director Presidente.

DEL CONSEJO FISCAL

Art. 22 – El Consejo Fiscal estará compuesto por tres miembros elegidos por la Asamblea General para mandato de dos años, permitiéndose la reconducción.

Art. 23 – Es competencia del Consejo Fiscal:

- I - opinar sobre informes de desempeño financiero y contable y sobre operaciones patrimoniales realizadas, emitiendo los pareceres competentes;
- II - velar por el cumplimiento de los principios fundamentales de contabilidad y de las Normas Brasileñas de Contabilidad, en la rendición de cuentas y actos relacionados.

Art. 24 – Los miembros del Consejo Fiscal se reunirán al menos una vez al año y, en cualquier momento, siempre que sean convocados por el Consejo Deliberativo. Párrafo único. Los miembros del Consejo Fiscal no serán remunerados.

DE LAS COMISIONES DE TRABAJO

Art. 25 – Las Comisiones de Trabajo se destinan a concebir, promover y proponer, en su campo de actuación específico, las políticas, directrices y proyectos referentes a las actividades establecidas en el artículo 2º de este Estatuto, cabiéndole al Consejo Deliberativo fijar en reglamento las condiciones para su funcionamiento, supervisándolas siempre que sea el caso.

CAPÍTULO V – DE LA PUBLICIDAD DE LOS ACTOS DE LA ENTIDAD

Art. 26 - El Instituto Latinoamericano de Acreditación en Odontología (ILAO) dará publicidad, por cualquier medio eficaz, al cierre del ejercicio fiscal, al informe de actividades y de los estados financieros de la entidad, poniéndolos a disposición para examen de cualquier asociado y de las autoridades en los términos de la legislación en vigor.

Art. 27 – Para asegurar la transparencia en la aplicación de los recursos, el Instituto deberá:

- I - permitir la realización de auditoría, incluso por auditores externos independientes si fuera el caso, de la aplicación de los eventuales recursos objeto del término de alianza conforme previsto en reglamento;
- II - rendir cuentas de todos los recursos y bienes de origen público recibidos por el Instituto Latinoamericano de Acreditación en Odontología (ILAO), que se realizará de acuerdo con lo determinado en el párrafo único del artículo 70 de la Constitución Federal de Brasil.

CAPÍTULO VI – DEL PATRIMONIO

Art. 28 – El patrimonio del Instituto Latinoamericano de Acreditación en Odontología (ILAO) estará constituido por la dotación inicial de los asociados y por los bienes muebles e inmuebles que vengán a añadirse por medio de donaciones, adquisiciones, legados y por la inversión de ingresos.

Art. 29 – Constituyen ingresos ordinarios:

- I - la contribución periódica de los asociados fundadores, asociados activos, asociados contribuyentes y asociados mantenedores;
- II - la renta patrimonial;
- III - contribuciones voluntarias, donaciones, las subvenciones y dotaciones e ingresos provenientes de la prestación de servicios.

Artículo 30. El Instituto Latinoamericano de Acreditación en Odontología (ILAO) se ha constituido por plazo indeterminado, compitiéndole a la Asamblea General Extraordinaria decidir, en los términos de este Estatuto, sobre su eventual extinción.

§1°. En la hipótesis de la disolución de la entidad, el respectivo patrimonio neto se transferirá para persona jurídica calificada en los términos de la Ley n. 9790/99, preferentemente para aquella que tenga el mismo objeto social de la extinguida.

§2°. En la hipótesis de que la persona jurídica pierda la calificación instituida en la Ley n. 9790/99, el respectivo acervo patrimonial disponible, adquirido con recursos públicos durante el período en que perduró tal calificación, se transferirá para otra persona jurídica calificada en los términos de la referida Ley, preferentemente que tenga el mismo objeto social.

Art. 31 – Los asociados no responden, ni solidariamente, por las obligaciones sociales.

CAPÍTULO VII – DISPOSICIONES GENERALES Y TRANSITORIAS

Art. 32 – Los casos omisos o dudosos en el presente estatuto serán solucionados por el Directorio ad referendum del Consejo Deliberativo.

Art. 33 – Los documentos oficiales del Instituto Latinoamericano de Acreditación en Odontología (ILAO) se redactarán en español y portugués, cuando necesario, en la forma de la ley.

Art. 34 – El Instituto Latinoamericano de Acreditación en Odontología (ILAO) tendrá un Reglamento Interno elaborado por el Directorio y aprobado en la primera reunión del Consejo Deliberativo.

Art. 35 – En la reunión de fundación del Instituto Latinoamericano de Acreditación en Odontología (ILAO) se constituirá un Directorio Provisional con duración de 1 (un) año.

Art. 36 – Este estatuto podrá alterarse, en todo o en parte, por la Asamblea General convocada exclusivamente para este fin, siempre y cuando estén presentes, como mínimo, el quince por ciento de los asociados al día con sus obligaciones sociales, es decir el 50% (cincuenta por ciento).

§1°. Para las deliberaciones referentes a la destitución de administradores, alteración de este Estatuto, incorporación fusión y disolución del ILAO, deberán convocarse Asambleas Generales Extraordinarias con pauta única y presencia y votación especificadas en los párrafos siguientes.

§2°. La Asamblea General Extraordinaria con pauta específica y única será instalada siempre y cuando estén presentes, como mínimo, el 50% (cincuenta por ciento) de los asociados votantes en día con sus obligaciones sociales, siendo necesaria la aprobación por 2/3 (dos tercios) de los asociados presentes.

§3°. En caso de disolución del ILAO, la Asamblea General Extraordinaria especialmente convocada para esta finalidad, destinará su patrimonio restante a entidad similar de fines idénticos o similares, debidamente registrada en el Consejo Nacional de Seguridad Social o a entidad pública.

São Paulo, 27 de enero 2009.

Silvio Jorge Cecchetto

Presidente de APCD

Antonio Salazar Fonseca (Brasil)

Presidente del 27°. CIOSP

Director del DECOFE de APCD

Francisco Omar Campos (Chile)

Presidente de la Comisión Administrativa del ENLEC/PLACEO

Nicolás Triantafilo (Chile)

Secretario de la Comisión Administrativa del ENLEC/PLACEO

João Humberto Antoniazzi (Brasil)

Miembro de la Comisión Administrativa del ENLEC/PLACEO

Raphael Baldacci Filho (Brasil),

Miembro de la Comisión Administrativa del ENLEC/PLACEO

José Ranali (Brasil)

Miembro de la Comisión Administrativa del ENLEC/PLACEO

Lia Raquel Motilinsky (Brasil).

Secretaria Ejecutiva de la Comisión Administrativa del ENLEC/PLACEO

Marcelo Borghi. Moreira da Silva

Abogado (OAB/SP – 99.609)

referencias / referências





INTRODUCCIÓN / INTRODUÇÃO

1. Cook C. M. La evaluación de Universidades. Experiencias y consecuencias. Conferencia sobre La experiencia Norteamericana en Acreditación Institucional de la Educación Superior” Buenos Aires, Argentina, Marzo de 2002.
2. Stubrin A. Los mecanismos nacionales de garantía pública de calidad en el marco de la internacionalización de la educación superior. Avaliação RAIES, Campinas, 2005;10(4):9-23.
3. UNESCO. La Educación Superior en el Siglo XXI. Visión y acción. Paris; 1980.
4. Higher education; the lessons of experience. Development in Practice series. Washington, D.C.: A World Bank Publication; 1994.
5. Hobson R, Rolland S, Rotgans J, Schoonheim-Klein M, Best H, Chomyszyn-Gajewska M, et al. Quality assurance, benchmarking, assessment and mutual international recognition of qualifications. Eur J Dent Educ. 2008 Feb; 12 Suppl 1:92-100.
6. Dias Sobrinho J. Calidad, pertinencia y responsabilidad social de la universidad latinoamericana y caribeña. In: Gazzola AL, Didriksson A, organizadores. Tendencias de la Educación Superior en América Latina y el Caribe. 1 ed. Caracas: IESALC-UNESCO; 2008. v. 1, cap. 3, p. 87-112.
7. Harvey L. La educación del Siglo XXI” Entrevista. Rev. Calidad en la Educación. CSE, Diciembre 1998.
8. Brunner JJ. Calidad y evaluación en la educación superior. En: Martínez E, Letelier M, editores. Evaluación y acreditación universitaria. UNESCO: Editorial Nueva Sociedad; 1997. p. 9-44.
9. Lemaitre MJ. Aseguramiento de la calidad de la educación superior en Iberoamérica. Seminario Internacional CINDA: “La educación superior: antecedentes y perspectivas”; 12-13 jul 2007.
10. Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI: visión y acción. Conferencia Mundial sobre la Educación Superior. 9 Oct 1998; Paris, Francia.

LA SALUD BUCAL EN AMÉRICA LATINA Y LA PROPUESTA DEL PERFIL PROFESIONAL DEL ODONTÓLOGO PARA EL SIGLO XXI / A SAÚDE BUCAL NA AMÉRICA LATINA E A PROPOSTA DO PERFIL PROFISSIONAL DO CIRURGIÃO DENTISTA PARA O SÉCULO XXI

1. World Urbanization Prospects the 2007 Revision. Executive summary. United Nations: Economic & Social Affairs; 2008. Disponible em: http://www.un.org/esa/population/publications/wup2007/2007WUP_ExecSum_web.pdf.
2. Naciones Unidas. Crecimiento, estructura y distribución de la población: Informe conciso. Nueva York: Naciones Unidas; 2000.
3. Chackiel J. El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable? Santiago de Chile: CEPAL/ CELADE; 2000. (Serie población y desarrollo; n°4).
4. CEPAL/CELADE. Urbanización y Evolución de la Población Urbana de América Latina 1950 - 2000. Boletín Demográfico. Edición Especial. Santiago de Chile: CEPAL/ CELADE; 2001.
5. United Nations Secretariat. The World at Six Billion. Población División. Nueva York: United Nations Secretariat; 1999.
6. Agar Corbinos L. Transición demográfica y envejecimiento en América Latina y el Caribe: hechos y reflexiones sociobiológicas. Acta Bioth. 2001; 7(1): 27-41.
7. CEPAL. Panorama Social de América latina 1999-2000. Santiago de Chile: CEPAL; 2001.
8. CEPAL/CELADE. Urbanización y Evolución de la Población Urbana de América Latina 1950- 2000. Boletín Demográfico. Edición Especial. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE; 2001.
9. Abadía Barrero CE. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. Acta Bioth. 2006; 12(1):9-22.
10. UNDP Human Development Report 2007/2008. Table 3: Human poverty index: developing countries. Consultado el 2008-03-20. p. 238-40.
11. Organización Panamericana de la Salud. Documento CE120/12 Salud Oral en América Latina; 2000.
12. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2003 Dec; 31 Suppl 1:3-23.
13. Petersen PE, Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach. J Periodontol. 2005 Dec; 76(12):2187-93. Review.
14. Petersen PE. Oral cancer prevention and control--the approach of the World Health Organization. Oral Oncol. 2009 Apr-May; 45(4-5):454-60. Epub 2008 Sep.
15. Petersen PE. Policy for prevention of oral manifestations in HIV/AIDS: the approach of the WHO Global Oral Health Program. Adv Dent Res. 2006 Apr 1; 19(1):17-20.
16. Petersen PE. Strengthening the prevention of HIV/AIDS-related oral disease: a global approach. Community Dent Oral Epidemiol. 2004 Dec; 32(6):399-401.
17. Petersen PE. Priorities for research for oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Health. 2005 Jun; 22(2):71-4.
18. Petersen PE, Estupinan-Day S, Ndiaye C. WHO's action for continuous improvement in oral health. Bull World Health Organ. 2005 Sep;83(9):642. Epub 2005 Sep 30.
19. Helm S, Petersen PE. Mandibular dysfunction in adulthood in relation to morphologic malocclusion at adolescence. Acta Odontol Scand. 1989 Oct; 47(5):307-14.
20. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine then and now: lessons from Latin America. Am J Public Health. 2001 Oct; 91(10):1592-601.
21. La Declaración de Toronto sobre la Equidad en Salud. Rev Pan Salud Pública. 2002;12:465-7.

22. Yale Center for Environmental Law and Policy. Center for International Earth Science Information Network of Columbia University. 2008 Environmental Performance Index. [Columbia]: Socioeconomic Data and Applications Center; 2008.
23. Encuentro Latinoamericano de Equivalencia Curricular. Proyecto ENLEC. 26°. CIOSP; 25-29 jan. 2008; São Paulo, Brasil. Disponível em: www.ciosp.com.br/enlec.
24. Proyecto Latinoamericano de Convergencia en Educación Odontológica (PLACEO). Santiago de Chile Agosto de 2008. Disponível em: www.ciosp.com.br.
25. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J*. 2003 Oct;53(5):285-8.
26. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist*. 2008 Nov-Dec; 28(6):224-36.
27. WHO Oral Health Country/Area Profile. Geneva: World Health Organization; ano. Available from: URL: <http://www.whocollab.od.mah.se/index.html>.
28. Petersen PE, Bourgeois D, Bratthall D, Ogawa H. Oral health information systems--towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bull World Health Organ*. 2005 Sep;83(9):686-93.
29. Moynihan P, Petersen PE. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutr*. 2004 Feb; 7(1A):201-26.
30. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ*. 2005 Sep; 83(9):661-9.
31. Bratthall D. Estimation of global DMFT for 12-year-olds in 2004. *Int Dent J*. 2005 Dec;55(6):370-2.
32. World Health Organization. Global Oral Health Data Bank. Geneva: World Health Organization; 2002.
33. Global Oral Health Data Bank. Geneva: World Health Organization; 2004.
34. Mendoza C, Arteaga O, Gamonal J. Investigación de las enfermedades periodontales en América Latina. *Rev Chil Period Oseoint*. 2006;3:7-13.
35. Parkin DM, Muir CS. Cancer Incidence in Five Continents. Comparability and quality of data. *IARC Sci Publ*. 1992;(120):45-173.
36. Reibel J. Tobacco and oral diseases. Update on the evidence, with recommendations. *Med Princ Pract*. 2003; 12 Suppl 122-32.
37. Andreasen JO, Andreasen FM. Dental trauma. In: Pine C, editor. *Community oral health*. London: Elsevier Science; 2002.
38. Global strategies to reduce the health care burden of craniofacial anomalies: report of WHO meetings on international collaborative research on craniofacial anomalies. *Cleft Palate Craniofac J*. 2004 May;41(3):238-43.
39. Chen M, Andersen RM, Barmes DE, Leclercq M-H, Lyttle SC: Comparing oral system. A Second International Collaborative Study. Geneva: World Health Organization; 1997.
40. Shaw W. Dent facial irregularities. In Pine C, editor. *Community oral health*. London: Elsevier Science; 2002. p.104-11.

LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL Y PROPUESTA DEL PERFIL PROFESIONAL DEL ODONTÓLOGO LATINOAMERICANO PARA EL SIGLO XXI / OS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL E A PROPOSTA DO PERFIL PROFISSIONAL DO CIRURGIÃO DENTISTA LATINO-AMERICANO PARA O SÉCULO XXI

1. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad em America Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saude Publica* 2002 jul-ago 18(4):905-25.
2. Morita MC, Kriger L. Mudanças nos Cursos de Odontologia e a interação com o SUS. *Rev ABENO* 2004;4(1):17-21.
3. Abadía CE. Pobreza y desigualdades sociales: Un debate obligatorio en salud oral. *Acta Bioeth* 2006; 12:9-22.
4. Morita MC, Kriger L. A relação ensino e serviços de Odontologia. In: Perri de Carvalho AC, Kriger L. Educação odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p. 129-39.
5. Rylko-Bauer B, Farmer P. Managed care or managed inequality? A call for critiques of market-based medicine. *Med Anthropol Q.* 2002 Dec; 16(4):476-502.
6. Moore D, Castillo E, Richardson C, Reid RJ. Determinants of health status and the influence of primary health care services in Latin America, 1990-98. *Int J Health Plann Manage.* 2003 Oct-Dec;18(4):279-92.
7. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine then and now: lessons from Latin America. *Am J Public Health.* 2001 Oct; 91(10):1592-601.
8. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS; 6-12 sept 1978; Ginebra. Ginebra: OMS; 1978. [Serie salud para todos; 1].
9. González Sanz A. Métodos en Odontología Comunitaria: APS. En: Rioboo R, compilador. *Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria.* Madrid: Ediciones Avances Médico-Dentales S.L.; 2002. tomo II.
10. Piedrola G. La Salud y sus determinantes. Concepto de Medicina Preventiva y Salud Pública. En: Piedrola G, compilador. *Preventiva y Salud Pública.* 10ª ed. Barcelona, España: Editorial Masson; 2001. cap. 1.
11. Gervas J. Atención primaria de la teoría a la practica. *Cad Saude Publica.* 2008; 24(Supl 1):24-6.
12. Uso de fluoruros en salud pública. Ginebra: Publicación conjunta de la FDI, Fundación W.R. Kellogg y OMS; 1996.
13. Estupiñán-Day S. Promoción de la salud buco dental: La fluoruración de la sal en la prevención de la caries dental. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2005. (Publicación científica y técnica; no. 615). Revisada por John J Warren. *J Public Health Dentistry*, 2006.
14. Organización Panamericana de la Salud. Documento CE120/12 Salud Oral en América Latina; 2000.
15. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003 Dec; 31 Suppl 1:3-23.
16. Petersen PE, Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach. *J Periodontol.* 2005 Dec; 76(12):2187-93.
17. Petersen PE. Oral cancer prevention and control--the approach of the World Health Organization. *Oral Oncol.* 2009 Apr-May;45(4-5):454-60.
18. Petersen PE. Policy for prevention of oral manifestations in HIV/AIDS: the approach of the WHO Global Oral Health Program. *Adv Dent Res.* 2006 Apr 1; 19(1):17-20.

19. Petersen PE. Strengthening the prevention of HIV/AIDS-related oral disease: a global approach. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004 Dec; 32(6):399-401.
20. Petersen PE, Priorities for research for oral health in the 21st century-the approach of the WHO Global Oral Health Programmed. *Community Dent Health* 2005 Jun; 22(2):71-4.
21. Monajem S. Integration of oral health into primary health care: the role of dental hygienists and the WHO stewardship. *Int J Dent Hyg.* 2006 Feb; 4(1):47-51.
22. American Dental Educators Association. Improving the Oral Health Status of all Americans: Roles and Responsibilities of Academic Dental Institutions: Washington D. C.: The Report of the DEA Presidents Commission; ADEA, 2003:103.
23. Johnson PM. International profiles of dental hygiene 1987 to 2001: a 19-nation comparative study. *Int Den J.* 2003 Oct; 53(5):299-313.
24. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull World Health Org* [periódico on line] 2005 Sep; 83(9). Available from: [http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2005/Vol83-No9/bulletin_2005_83\(9\)_711-718.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2005/Vol83-No9/bulletin_2005_83(9)_711-718.pdf).
25. Knevel RJ, Luciak-Donsberger C. Dental hygiene education in Nepal. *Int J Dent Hyg.* 2009 Feb;7(1):3-9.
26. Varela P, Martínez A, Varela A. La higienista dental en la sanidad pública. *Cad Aten Primaria.* 2007; 14:88-90.
27. Cobban SJ, Edgington EM, Myrick F, Keenan L. A discourse on the nature of dental hygiene knowledge and knowing. *Int J Dent Hyg.* 2009 Feb; 7(1):10-6.
28. Tseveenjav B, Virtanen JI, Wang NJ, Widström E. Working profiles of dental hygienists in public and private practice in Finland and Norway. *Int J Dent Hyg.* 2009 Feb; 7(1):17-22.
29. Frazão P, Castellanos RA. La participación del personal auxiliar de odontología en los sistemas locales de salud. *Rev Panam Salud Pública.* 1999 Feb; 5:106-15.
30. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Força de trabalho. Rio de Janeiro: CFO; 1993.
31. www.emagister.com.mx/cursos_tecnico_laboratorio_dental-tpspx-228881.htm.
32. http://www.un.org/esa/population/publications/wup2007/2007WUP_ExecSum_web.pdf.
33. Proyecto Encuentro Latinoamericano de Equivalencia Curricular en Odontología [ENLEEC] Sao Paulo Brasil. Enero de 2007. Disponible en: www.ciosp.com.br/enlec .
34. Proyecto Latinoamericano de Convergencia en Educación Odontológica [PLACEO] Santiago de Chile Agosto de 2008. Disponible en: www.ciosp.com.br .
35. Rylko-Bauer B, Farmer P. Managed care or managed inequality? A call for critiques of market-based medicine. *Med Anthropol Q.* 2002 Dec; 16(4):476-502.
36. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine then and now: lessons from Latin America. *Am J Public Health.* 2001 Oct; 91(10):1592-601.

COMPETENCIAS PARA EL DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO EN ODONTOLÓGIA EN ACUERDO CON EL PERFIL DEL ODONTÓLOGO EN AMÉRICA LATINA / COMPETÊNCIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO RECURSO HUMANO EM ODONTOLOGIA DE ACORDO COM O PERFIL DO CIRURGIÃO DENTISTA NA AMÉRICA LATINA

1. Watt R. Public health strategies for oral health improvement. *Euro Observer*. 2005; 7(3):6-7.
2. Fontana M, Zero D. Bridging the gap in caries management between research and practice through education: the Indiana University experience. *J Dent Educ*. 2007 May; 71(5):579-91.
3. Axelsson P. Diagnosis and risk prediction of dental caries. Quintessence Publishing; 2000. 2v.
4. World Oral Health Report. 2003
5. Batchelor PA, Sgan-Cohen HD, Sheiham A. Strategies for preventing dental caries. *Isr J Dent Sci*. 1991 Apr;2(4):254-70.
6. Caviedes J, Krigier L, Villavicencio J. Perfil Profesional Del Odontólogo En América Latina. Proyecto Latinoamericano de Convergencia en los Estudios Odontológicos. Bogotá; Agosto 2009. Mimeografiado.
7. DENTED III Perfil y competencias del dentista europeo; 2007. Disponible em: <http://dented.learnonline.ie>.
8. Zapata WAS. Formación por competencias en educación superior: una aproximación conceptual a propósito del caso colombiano. *Rev Iberoamericana Educación*. Disponible em: <http://www.rieoei.org/deloslectores/1036Salas.pdf>
9. Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final Fase I. Competencias Genéricas. Editado por Julia González J y Jorge Wagenaar. Bilbao, España: Universidad de Deusto; 2003. Disponible em: http://www.relint.deusto.es/TUNINGProject/spanish/doc_fase1/Tuning_Educational_1.pdf
10. Ibid.
11. <http://www.educarioja.org/educarioja/fp/glosario.html>. Glosario de términos de formación profesional del Gobierno de La Rioja.
12. Op cit. Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final Fase I. Competencias Genéricas. Editado por Julia González y Jorge Wagenaar. Bilbao, España: Universidad de Deusto; 2003. http://www.relint.deusto.es/TUNINGProject/spanish/doc_fase1/Tuning%20Educational.pdf
13. Villarreal C, Mercedes C. Proyecto Marco: "Aseguramiento de la Calidad en las Carreras Universitarias. Variables, Indicadores y estándares". Oficina de Planificación del Sector Universitario. Consejo Nacional de Universidades. Caracas, Venezuela; 2007.
14. Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final Fase I. Competencias Genéricas. Editado por Julia González J y Jorge Wagenaar. Bilbao, España: Universidad de Deusto; 2003. Disponible em: http://www.relint.deusto.es/TUNINGProject/spanish/doc_fase1/Tuning_Educational_1.pdf

MODELOS Y ESTRUCTURAS CURRICULARES EN ODONTOLOGÍA / MODELOS E ESTRUTURAS CURRICULARES EM ODONTOLOGIA

1. Coll Salvador C. Psicología y currículo. Cuadernos de Pedagogía. México: Edit. Paidós Mexicana; 1992.
2. De Alba A. Currículo: crisis, mitos y perspectivas. México: Edit. CESU-UNAM; 1991.
3. Díaz Barriga Frida, colaboradores. Metodología de diseño curricular para educación superior. México: Edit. Trillas; 1990. Reimpresión 2007.
4. Sacristán G. El currículo, una reflexión sobre la práctica. Madrid: Edit. Morata; 1993.
5. Stenhouse L. En: Sanz Cabrera T. Modelos curriculares. Centro de Estudios para el Perfeccionamiento de la Educación Superior. Universidad de la Habana. Rev Pedagogía Universitaria 2004;9(2).
6. Posner G. Análisis del currículo. 3ª ed. México: Edit. McGraw-Hill Interamericana; 2007.
7. European Commission. Education & Training The Bologna Process. Towards the European Higher Education Area. Disponible en: http://ec.europa.eu/education/higher-education/doc1290_en.htm.
8. Disponible en: <http://www.dented.org>.
9. Sanz M. Tuning dentistry into the Bologna Process. Eur J Dent Educ 2003; 7:1-4.
10. Oliver R, Sanz M. The Bologna Process and health science education: times are changing. Med Educ. 2007 Mar; 41(3):309-17.
11. Ranney RR, Wilson MB, Bennett RB. Evaluation of applicants to predoctoral dental education programs: review of the literature. J Dent Educ. 2005 Oct;69(10):1095-106.
12. Field M. Dental Education at the Crossroads. Challenges and Change Committee on the Future of Dental Education. Division of Health Care Services. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academy Press; 1995.
13. Hendricson W, Cohen P. Future directions in dental school curriculum, teaching, and learning. 75th Anniversary Summit Conference. American Association of Dental Schools. Disponible en: http://www.academicleaders.org/documents/leadership_for_the_future/hendricson.pdf.
14. Bertolami CN. Rationalizing the dental curriculum in light of current disease prevalence and patient demand for treatment: form vs. content. J Dent Educ. 2001 Aug;65(8):725-735; discussion 736-43.
15. Kassebaum DK, Hendricson WD, Taft T, Haden NK. The dental curriculum at North American dental institutions in 2002-03: a survey of current structure, recent innovations, and planned changes. J Dent Educ. 2004 Sep; 68(9):914-31.
16. De la Fuente Hernández J. Proceso de autoevaluación de la licenciatura de Cirujano Dentista 2006 Disponible en: <http://www.planeacion.unam.mx/Memoria/2006/pdf/27-fo.pdf>.
17. Plan de Estudios 2001. Carrera de Doctor en Odontología. Montevideo: Editorial Tradinco. Disponible en: www.odon.edu.uy.
18. Venturelli J. Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos. Washington, D. C.: OPS/OMS; 1997. p. 12-24.
19. Branda L. Aprendizaje Basado en problemas en Herramientas de Innovación en Educación Superior Disponible en: <http://www.unizar.es/ice/rec-info/cursos39/EI%20ABPEINES.pdf>.
20. Universidad Cooperativa de Colombia. Facultad de Odontología, Proyecto Educativo Institucional 2007.
21. UNESCO. Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI: Visión y acción. Disponible en: http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm.
22. Díaz Barriga Á. Didáctica y currículo. México: Ediciones Nuevomar S.A. de C.V.; 1984.

1. Goffman E. *Forms of talk*. Londres: Basil Blackwell; 1981.
2. Albanese MA, Mitchell S. Problem-based learning: a review of literature on its outcomes and implementation issues. *Acad Med*. 1993 Jan; 68(1):52-81. Erratum in: *Acad Med* 1993 Aug; 68(8):615.
3. Bloom's Taxonomy. Disponible en: www.coun.uvic.ca/learn/program/hndouts/bloom.html .
4. Branda L, Venturelli J. *Enseñanza Médica: aprendizaje basado en problemas*. Chile: Universidad de la Frontera; 1997. p. 57-9.
5. Miranda T, Mandiola E, Velasco C, Lillo R. *Curriculum: Tendencias y estrategias para su desarrollo*, Oficina de Educación Médica, Escuela de Postgrado Santiago de Chile: Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; 2000.
6. Gutiérrez OA. *Enfoques y modelos educativos centrados en el aprendizaje. Estado del arte y propuestas para su operativización en las instituciones de educación superior nacionales. Documento 3*. México: UPN; 2003. Disponible en: <http://www.lie.upn.mx/docs/docinteres/EnfoquesyModelosEducativos3.pdf> .
7. ITESM el Aprendizaje Basado en Problemas como técnica didáctica. Disponible en: <http://www.sistema.itesm.mx/va/dide/documentos/inf-doc/abp.pdf> .
8. Mercado Marín R, et al. Metodología didáctica, en Lifshitz, ed. *Educación Médica*, México: Editorial Auroch 1997; 76-77.
9. Asopa, B; Beye, G. Appendix 2: The case method. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/W7500E/w7500e0b.htm#TopOPage>.
10. Tuning A. Latina. Reflexiones y perspectivas de la educación superior. Informe final del Proyecto Tuning América Latina. Disponible en: <http://tuning.unideusto.org/tuningal> .
11. Gutiérrez OÁ. *Enfoques y modelos educativos centrados en el aprendizaje. Estado del arte y propuestas para su operativización en las instituciones de educación superior nacionales. Documento 3*. 2003. Disponible en: <http://www.lie.upn.mx/docs/docinteres/EnfoquesyModelosEducativos3.pdf>.
12. Chehaybar E. *Técnicas para el aprendizaje grupal*. México: UNAM/Plaza y Valdez; 2002. p. 14-8.
13. Díaz-Barriga F. *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo, una interpretación constructivista*. México: McGraw Hill 2002; p. 101, 117-8.
14. Kassebaum DK, Hendricson WD, Taft T, Haden NK. The dental curriculum at North American dental institutions in 2002-03: a survey of current structure, recent innovations, and planned changes. *J Dent Educ*. 2004 Sep;68(9):914-31.
15. De la Fuente Hernández J. *Proceso de autoevaluación de la licenciatura de Cirujano Dentista*. 2006. Disponible en: <http://www.planeacion.unam.mx/Memoria/2006/pdf/27-fo.pdf> .
16. Rodríguez Casas MA, et al. Metodología para el desarrollo curricular por competencias. *IPN Academia*. 1998;3(16).
17. Mockus A, col. Epilogo. *El debilitamiento de las fronteras de la escuela*. En *Las fronteras de la escuela*. Santa Fe de Bogota: Cooperativa Editorial Magisterio; 1997. p. 75-81.
18. Torp L, Sage S. *El aprendizaje basado en problemas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1998.
19. Fenstermacher G, Soltis J. *Enfoques de la enseñanza*. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1999.
20. Scriven M. *The methodology of evaluation. Perspectives of curriculum evaluation*. Chicago: Rand McNally; 1967.

21. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF, editors. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
22. Camilloni M. Calidad de los programas de evaluación y de los instrumentos que la integran. La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo. Buenos Aires: Paidós; 1998.
23. Litwin Z. La Evaluación desde la perspectiva didáctica. La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo. Buenos Aires: Paidós; 1998.
24. Villarini, A. 1er. Seminario taller sobre fundamentos y principios de evaluación auténtica. República Dominicana: Facultad Autónoma de Santo Domingo; 1996.
25. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. 1990 Sep;65(9 Suppl):S63-7.
26. Durante E. Algunos métodos de evaluación de las competencias: escalando la pirámide de Miller Re. Hosp Ital B. Aires 2006 ago; 26(2);55-61. Disponible en: URL: <http://revista.hospitalitaliano.org.ar> .
27. Brailovsky CA. Evaluación de las competencias. Educación Médica; 2002. Disponible en: <http://www.fmv.uba.org.ar/proaps/9.pdf>.
28. Alves de Lima AE. Claves para la evaluación efectiva del residente. Rev Hosp. Ital. 2005 dic;25(3/4):107-11. Disponible en: URL: <http://revista.hospitalitaliano.org.ar> .
29. Schön Donald A. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Buenos Aires: Ediciones Paidós; 1992.

Capítulo 7 / Capítulo 7

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA EN LAS UNIVERSIDADES DE AMÉRICA LATINA / AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA EDUCAÇÃO ODONTOLÓGICA NAS UNIVERSIDADES DA AMÉRICA LATINA

1. Albino JE, Young SK, Neumann LM, Kramer GA, Andrieu SC, Henson L, Horn B, Hendricson WD. Assessing dental students' competence: best practice recommendations in the performance assessment literature and investigation of current practices in predoctoral dental education. *J Dent Educ.* 2008 Dec; 72(12):1405-35.
2. Behar-Horenstein LS, Schneider-Mitchell G, Graff R. Promoting the teaching of critical thinking skills through faculty development. *J Dent Educ.* 2009 Jun; 73(6):665-75.
3. Chapper A, Campani SA, Paiva V da S, de Assis C de A, Garcia E, Abreu e Silva FA. Comparison of student satisfaction in public versus private dental schools in Brazil. *J Dent Educ.* 2007 Oct;71(10):1363-9.
4. Curtis DA, Lind SL, Plesh O, Finzen FC. Correlation of admissions criteria with academic performance in dental students. *J Dent Educ.* 2007 Oct; 71(10):1314-21.
5. Eaton KA, Reynolds PA, Mason R, Cardell R. Assuring quality. *Br Dent J.* 2008 Aug 9;205(3):145-50.
6. Jones ML, Hobson RS, Plasschaert AJ, Gundersen S, Dummer P, Roger-Leroi V, Sidlauskas A, Hamlin J. Quality assurance and benchmarking: an approach for European dental schools. *Eur J Dent Educ.* 2007 Aug; 11(3):137-43.
7. Henzi D, Davis E, Jasinevicius R, Hendricson W. In the students' own words: what are the strengths and weaknesses of the dental school curriculum?. *J Dent Educ.* 2007 May; 71(5):632-45.
8. Licari FW. Faculty development to support curriculum change and ensure the future vitality of dental education. *J Dent Educ.* 2007 Dec; 71(12):1509-12.
9. Licari FW, Knight GW, Guenzel PJ. Designing evaluation forms to facilitate student learning. *J Dent Educ.* 2008 Jan; 72(1):48-58.
10. McHarg J, Kay EJ. The anatomy of a new dental curriculum. *Br Dent J.* 2008 Jun 14;204(11):635-8.
11. Panambi A. Estudio sobre indicadores y costos en la educación superior, documento de trabajo del rectorado No 11.Marzo 2001.
12. Solar María I, Sánchez J. Modelo de evaluación de desempeño docente en la perspectiva del aseguramiento de la calidad. Evaluación del desempeño docente y la calidad de la docencia universitaria. CINDA. Marzo 2008. p. 107-37.

Capítulo 8 / Capítulo 8

SISTEMAS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN PARA LA GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LAS FACULTADS DE ODONTOLOGÍA / SISTEMA DE AVALIAÇÃO E ACREDITAÇÃO PARA GARANTIA DE QUALIDADE NAS FACULDADES DE ODONTOLOGIA DA AMÉRICA LATINA

1. Kells H. Self-study Processes. 1995. cap. 3, p. 26.
2. Glosario Internacional RIACES de Evaluación de la Calidad y Acreditación. RIACES-Red Iberoamericana para la Acreditación de la Calidad en la Educación superior.
3. Dias Sobrinho J, Goergen P. Compromiso Social de la educación superior. En: La educación superior en el Mundo 2007. Acreditación para la garantía de la calidad: ¿Qué está en juego?.

- Tres J, Sanyal BC, editores. Global University Network for Innovation (GUNI/UNESCO). Madrid, Barcelona: Ediciones Mundi-Prensa.
4. Lemaitre MJ. "Autoevaluación y Acreditación en el marco del aseguramiento de la calidad en el contexto Latinoamericano", Conferencia dictada en el Seminario Taller organizado por SINAES, "Autoevaluación y Acreditación en el marco de la calidad" Costa Rica, febrero 2005.
 5. CNAP Manual para el desarrollo de procesos de autoevaluación. 2001. p. 27.
 6. Vroeijenstijn AI. Improvement and Accountability: Navigating between Scylla and Caribdis. London: Jessica Kingsley; 1995.
 7. Fernández Lamarra N. Hacia una nueva agenda para la educación superior: internacionalización, evaluación de la calidad y educación virtual, Virtual Educa 2004. Forum de Barcelona. p. 11.

Capítulo 9 / Capítulo 9

UNA PROPUESTA PARA UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: DIMENSIONES, COMPONENTES Y CRITERIOS / UMA PROPOSTA PARA UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO: DIMENSÕES, COMPONENTES E CRITÉRIOS

1. Consejo para la acreditación de la Educación Superior, A.C. Guía para evaluar la estructura, composición y funciones de las organizaciones que pretenden el reconocimiento de organismo acreditador de programas académicos de nivel superior, México, s.d., 22 p. Disponible en: <http://www.copaes.org.mx>.
2. Contenidos curriculares básicos, carga horaria mínima, perfil profesional y estándares para la acreditación de las carreras de odontología. Argentina, 2006. 34 p. (mimeo)
3. Mercosur Educativo. Dimensiones, componentes, criterios e indicadores para la acreditación Mercosur: Odontología, junio 2008. 26 p. Mimeografiado.
4. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Avaliação de Cursos de Graduação: Instrumento. Brasília, maio 2006. 91 p. Disponível em: <http://www.inep.gov.br>.



anexos

ver páginas 197 a 208 del Portugués







