



## VII COLOQUIO INTERNACIONAL SOBRE GESTION UNIVERSTARIA EN AMERICA DEL SUR

“Movilidad, Gobernabilidad e Integración Regional”

Mar del Plata, Argentina

29 de Noviembre al 1º de Diciembre de 2007



### PERFIL DEL EGRESADO A PARTIR DE SU RENDIMIENTO ACADÉMICO

Albarracin,S; Coscarelli,N; Medina,M; Irigoyen,S; Mosconi,E; Rueda,L; Papel,G.; Seara,S.; Tomas,L.; Lezcano,D.  
Facultad de Odontología – Universidad Nacional de La Plata- [pesac@folp.unlp.edu.ar](mailto:pesac@folp.unlp.edu.ar)

## **INDICE**

<b>RESUMEN</b>	<b>Pág. 3</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>Pág. 4</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>Pág. 6</b>
<b>MATERIALES Y MÉTODO</b>	<b>Pág. 6</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>Pág. 9</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>Pág.14</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>Pág.14</b>

## RESUMEN

La formación de recursos humanos en Odontología debe tener un carácter integrador en función de un producto final dentro del concepto salud, enfermedad, relacionando los aspectos preventivos y al individuo como parte de la comunidad

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el rendimiento académico de alumnos en los que se fortaleció la investigación participativa como método de trabajo básico para su formación, poniéndola al servicio de las necesidades de salud oral comunitarias. Una educación en salud ofrecida a lo largo de toda la vida y a través de todas sus modalidades de formación y aprendizaje, afecta directamente a la vida y al bienestar en todo momento.

A su vez aumenta la posibilidad para la inclusión de los alumnos de Odontología que se sensibilicen con los problemas que aquejan a la comunidad y pueda existir una mayor participación de la universidad en la vida local. Educar, esa es la clave.

Se realizaron convenios con Organizaciones no gubernamentales, barriales y del sector público. Se estudió una población de 2.850 educandos que cursaron Odontología Preventiva y Social en el año 2000. Se constituyeron 95 grupos con 30 alumnos (de 1° a 5° año) que trabajaron en forma conjunta, según niveles de complejidad, dirigidos por docentes fijos previamente calibrados en cuanto a criterios para asignar calificaciones. Se insertaron en la comunidad, contactaron con la población y sus líderes, definieron su perfil y organización social; promovieron su participación; realizaron el diagnóstico, identificación y evaluación del estado de salud bucodental, aplicaron indicadores adecuados, participaron en programas de atención primaria; programaron y desarrollaron clases de educación para la salud bucal; ejecutaron programas preventivos individuales y comunitarios. Se realizó evaluación permanente de conocimientos, habilidades y actitudes y se registró el promedio de calificaciones, obteniéndose los siguientes resultados: 1.201 (42,14% ) fueron promovidos al ciclo superior con más de 7 puntos de promedio, 1.200 (42.11%) entre 4 y 6 puntos y 449 (15.75%) debieron repetir el curso por no alcanzar los objetivos mínimos esperados.

De lo expuesto se concluye que aplicando la estrategia de investigación participativa, se puede formar un recurso humano en Odontología con conciencia social, humanística y sanitaria que le permite actuar en la prevención de los problemas bucales y ejecutar una acción educadora de acuerdo a las necesidades del país y de la sociedad.

**Palabras claves:** Salud-Educación-Evaluación

## MARCO TEÓRICO

La formación de recursos humanos en Odontología debe tener un carácter integrador en función de un producto final dentro del concepto salud, enfermedad, relacionando los aspectos preventivos y al individuo como parte de la comunidad

Una educación en salud ofrecida a lo largo de toda la vida y a través de todas sus modalidades de formación y aprendizaje, afecta directamente a la vida y al bienestar en todo momento.

A su vez aumenta la posibilidad para la inclusión de los alumnos de Odontología que se sensibilicen con los problemas que aquejan a la comunidad y pueda existir una mayor participación de la universidad en la vida local.

El modelo tradicional de Odontología, no ha sido una alternativa eficaz a la problemática de la salud oral, existiendo elevadísimos índices epidemiológicos de enfermedades prevalentes. La Articulación – Docencia – Extensión – Investigación es una propuesta innovadora con la que se pretende formar recursos humanos en Odontología utilizando la Investigación – Acción como estrategia participativa, que favorece el desarrollo de acciones comunitarias transformadoras.

La Educación Odontológica tiende a formar profesionales Odontólogos preocupados por el problema de la salud bucal de la población, centrando el planteo de su formación en la problemática de la salud comunitaria, fortaleciendo la investigación integrada a la experiencia como método básico para el aprendizaje y orientación al futuro Odontólogo para el trabajo en equipo, el servicio a la comunidad y la educación permanente desde enfoques realistas

Así mismo, se tiene poco conocimiento sobre el rol que desempeñan los valores y las creencias de los actores comunitarios, que los acercan o los alejan de las prácticas curativas. Se hace hincapié en acciones destinadas a los efectos y no sobre las causas de la enfermedad bucal.

Frente a esta situación la atención primaria permite avanzar hacia las causas que inciden sobre la salud bucal y encontrar criterios alternativos de abordaje y tratamiento que prioriza un determinado tipo de práctica odontológica, para lo cual fue necesario impulsar un cambio de las actitudes y creencias poniendo énfasis en las tareas de prevención y de educación sistemática y permanente de la población. Se enfatiza, en la necesidad de que se diluyan los límites de los centros asistenciales con programas extramurales, para construir proyectos capaces de incorporar otras disciplinas, que faciliten el relevamiento integral, de los problemas socio – odontológicos de comunidades urbanas y rurales. En la Facultad de Odontología de la UNLP se trata de formar recursos humanos, con una base muy sólida de conocimientos, pero a su vez flexible y capaz de ofrecer respuestas innovadoras a las necesidades y demandas de la comunidad, sin dejar de lado, la alta calidad científica – técnica y humanística.

Para concretar este propósito, el alumno pasa por las siguientes instancias:

A) Un primer nivel de capacitación y formación para la integración y entrecruzamiento de saberes y disciplinas tendiente a una comprensión integral del proceso de salud - enfermedad que logra vincularlo al conjunto de las actividades sociales. Se programan actividades intra y extramuros, tendientes a mantener o lograr el estado de salud bucal, con el compromiso de todos los estamentos de la facultad. A partir de la Articulación Docencia – Extensión – Investigación (ADEI) se programan, desarrollan y evalúan, actividades tendientes a lograr la formación de un odontólogo, con amplia experiencia académica al servicio de la comunidad, fortaleciendo la investigación como un método de trabajo para el aprendizaje y resolución de problemas concretos. Se toma conciencia, de los procedimientos y técnicas de diagnóstico, que pueden utilizarse en distintas comunidades, en diferentes etapas del proceso.

El alumno ya desde su primer año va perfilando, una nueva visión mucho más amplia y más crítica de su carrera, a fin de que a su egreso, esté en condiciones de poder ejercer su profesión en cualquier comunidad, no solamente desde el punto de vista teórico, sino práctico

Se generan instancias autoevaluativas, y se promueven nuevas propuestas de trabajo participativas, lo que genera expectativas de investigación por parte de los alumnos.

B) Se forman grupos interdisciplinarios. La formación de recursos humanos en una concepción interdisciplinaria no puede desligarse de la investigación científica. Se impulsan modos de pensamiento más abarcativos y críticos que los tradicionales con el propósito de lograr una comprensión más adecuada de los fenómenos a estudiar. Se procura lograr respuestas más eficaces a los interrogantes y problemas planteados por la realidad.

La construcción de un común denominador teórico entre varias disciplinas, permite un abordaje más abarcativo y profundo de los diferentes sectores y grupos sociales de una comunidad. Por lo que se obtiene un diagnóstico más riguroso y respuestas más eficaces para el desarrollo de la práctica odontológica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y La Organización Panamericana de la Salud (OPS) establecieron que la integración docencia - extensión - investigación es impostergable y constituye el eje fundamental para mejorar la atención médica y odontológica que se brinda a la población aumentando la calidad de vida de las personas.

A partir de estos conceptos es necesario romper progresivamente las barreras que separan, el mundo del trabajo, de la educación y de la investigación.

A través de esta integración, se unen los esfuerzos de las instituciones, docentes, estudiantes y de la propia comunidad, con el objetivo de promover la salud, prevenir las enfermedades y elaborar la rehabilitación comunitaria.

Esto mejora la calidad de vida de los individuos que integran la comunidad participante. El impacto social se evalúa a través de los cambios o variaciones deseadas en los destinatarios del proyecto, en el medio institucional en el cual se gestan y en el contexto en el cual se inscriben las acciones y los actores sociales que las respaldan. Se utilizan dos indicadores: la reconversión de patologías prevalentes y la generación de agentes multiplicadores de salud.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- Evaluar el rendimiento académico de alumnos en los que se fortaleció la investigación participativa como método de trabajo básico para su formación, poniéndola al servicio de las necesidades de salud oral comunitarias.
- Promover la formación de odontólogos capacitados para el desempeño eficaz en la promoción de salud y prevención de enfermedades bucales en el contexto del desarrollo global.

### **Objetivos Específicos**

- Lograr la capacitación de docentes y alumnos en aspectos de la metodología científica, educación para la salud y acciones preventivas.
- Desarrollar actividades de docencia, servicio e investigación que permitan una práctica integrada de la profesión en los campos educativos preventivos y asistencial.
- Iniciar la participación del estudiante de odontología en este tipo de Programas comunitarios, con un marco filosófico que permita su formación dentro de la realidad del medio en el cual se va a desenvolver como futuro profesional de la salud.
- Favorecer los mecanismos coordinados entre instituciones educativas, de servicios y de la comunidad para fortalecer la producción, aplicación, evaluación y divulgación de conocimientos sobre promoción y prevención en salud bucal de las poblaciones como un componente más de la calidad de vida.-

## **MATERIALES Y MÉTODO**

Se estudió una población de 2.850 educandos que cursaron Odontología Preventiva y Social en el año 2004. Se constituyeron 95 grupos con 30 alumnos (de 1° a 5° año) que trabajaron en forma conjunta, según niveles de complejidad, dirigidos por docentes fijos previamente calibrados en cuanto a criterios para asignar calificaciones.

Realizaron las siguientes actividades:

- 1) *Definición de las áreas de trabajo:* Se trabajó los municipios de La Plata, Berisso y Ensenada abarcando toda la localidad y zona de influencia
- 2) *Contacto con organizaciones representativas de la comunidad:* a fin de informar a las mismas sobre el programa a desarrollar y obtener su apoyo y colaboración. Fueron entrevistados jefes de servicio de los centros de salud, directoras de escuelas, autoridades de clubes sociales, etc.
- 3) *Inserción de docentes y alumnos en la comunidad:* en esta etapa se procedió a identificar líderes comunitarios, a través del diálogo con diferentes personas de la comunidad, tratando de crear un clima favorable y que sirvan de intermediarios entre la comunidad y el grupo de universitarios. Se pautaron reuniones comunitarias en diferentes lugares, clubes de fomentos, escuelas donde se les explicó la importancia de su participación en todos los niveles de la ejecución del programa. Se enfatizó en la prevención de las enfermedades bucales, se comunicó la modalidad de trabajo de los alumnos, estimulando la participación de la población que se capacita y adiestra para poder actuar luego como agente multiplicador de salud.
- 4) *Elaboración de instrumentos:* Se elaboraron distintos instrumentos para recolección de la información y registro de los datos obtenidos
- 5) *Entrevistas estructuradas con líderes comunitarios:* Se concertó con ellos entrevistas, utilizando en las mismas un vocabulario claro, preciso, creando una atmósfera de cordialidad.
- 6) *Recolección de datos del universo a estudiar:* se realizó el reconocimiento geográfico de toda la zona, se construyeron mapas barriales, señalando las principales instituciones.
- 7) *Selección y capacitación de grupos estratégicos:* Una vez seleccionados se los capacitó en forma continua comenzando por tareas de menor complejidad; quedando preparados para realizar tareas de promoción y educación para la salud.
- 8) *Recopilación de datos y devolución de la información a los grupos comunitarios:* Se utilizaron técnicas grupales para informar a la comunidad los datos obtenidos de la misma.
- 9) *Autodiagnóstico:* A partir de las experiencias participativas las poblaciones van asumiendo sus problemáticas.
- 10) *Relación percepción – teorización:* La población comprendió creencias erróneas.
- 11) *Estimulación participativa:* se estimuló a la comunidad para participar del programa en todos los momentos de su ejecución, desde la planificación, hasta la evaluación. Los beneficios observados, sumado a la importancia de ser consultados y tenidos en cuenta en el momento de adoptar decisiones, sirvió como incentivo para las personas que participaron del plan.

12) *Determinación de prioridades*: Identificados los problemas de salud bucal de la población, se constituyeron círculos de estudio con animadores sociales para representar, cuestionar y replantear las dificultades, luego se estableció un orden de prioridades.

13) *Planificación y ejecución de proyectos de acción*: Se planificó y ejecutó un programa de salud bucal dirigido a la familia, con capacidad resolutoria hasta el 2° nivel.

13.1 *Identificación del problema*: Alta prevalencia de caries e inflamación gingival. Se detectaron también otros factores de riesgo como por ejemplo: los referentes a cobertura específica, problemas económico- laborales, problemas educativos, problemas de vivienda e infraestructura en salud, conflictos familiares en el estilo de vida, etc.

13.2 *Diagnóstico inicial*: Se estableció la prevalencia de caries y enfermedad periodontal y su relación con los factores de riesgo homogéneo y específico.

13.3 *Resultados esperados*: Controlar la enfermedad periodontal en por lo menos el 50% - Reducir la ingesta de hidratos de carbono a 3 veces diarias – Reducir el índice de caries al 60%

13.4 *Contenidos*: placa dental, caries dental, papel de los hidratos de carbonos, medidas de control de placa, descripción de los recursos materiales a utilizar: hilo, cepillo, otros, racionalización de la ingesta de hidratos de carbono, frecuencia recomendada, sustitutos, fluoruro, enfermedad periodontal, medidas de prevención.

13.5 *Estrategias desarrolladas*: Talleres - Audiovisuales – Entrenamiento en higiene bucal – Aplicación de flúor – Inactivación de caries – Eliminación de cálculo – etc.

13.6 *Recursos*

13.6.1. *Recursos humanos*: docentes y alumnos de la FOLP, líderes comunitarios

13.6.2. *Recursos materiales*: cepillos dentales – espejo de mano – macro modelos – juegos clínicos – instrumental mínimo – agujas – sillas - pizarrón

14) *Determinación de índices epidemiológicos, promoción y educación para la salud*: CPO – ceo – O'Leary – Löe Silness - etc

15) *Identificación, selección y análisis de los factores de riesgo homogéneos y específicos*: Se identificaron los factores de riesgo homogéneo en la zona

16) *Abordaje integral*: Se realizó un abordaje integral para reconvertir patologías prevalentes.

17) *Evaluación permanente y seguimiento*: Se evaluó en forma permanente, a las distintas actividades del programa en cada una de sus etapas.

18) *Recolección de datos*: A través de índice epidemiológicos

19) *Análisis de los resultados*: Los resultados fueron procesados con el sistema estadístico SPSS 10.0 y analizados en el marco del proyecto permitieron arribar a conclusiones válidas que permitieron mejorar la calidad de vida de la población y la formación de los estudiantes.



## RESULTADOS

Se realizó evaluación permanente de conocimientos a través de su aplicación, de habilidades con la ejecución de acciones odontológicas y de actitudes con la observación durante el programa. Se registró el promedio de calificaciones, obteniéndose los siguientes resultados: 1.201 (42,14% ) fueron promovidos al ciclo superior con más de 7 puntos de promedio, 1.200 (42.11%) entre 4 y 6 puntos y 449 (15.75%) debieron repetir el curso por no alcanzar los objetivos mínimos esperados. Participaron de la experiencia 2850 alumnos de los cuales 714 (25%) eran de 1er año ; 741 (26%) de 2do año ; 513 (18%) de 3er año ; 525 (18.5%) de 4to año y 357 (12.5%) de 5to año. Los procesos evaluativos con sus respectivas acreditaciones permitieron determinar que de los 2850 estudiantes , el 42.14% (1201) promovieron al ciclo superior con 7 o más puntos de promedio ; el 42,11% (1200) lo hizo con 6 a 4 puntos y el 15.75% (449) debió repetir el curso por no alcanzar los objetivos mínimos esperados.

De los 1201 alumnos que aprobaron con 7 o más puntos el 17.32% (208) eran de 1er año ; el 20.31% (244) de 2do año ; el 17.74% (213) de 3er año ; el 24.73% (279) de 4to año y 19.9% (239) de 5to año.

De los 1200 alumnos que aprobaron con 4 a 6 puntos , el 27.7% (331) eran de 1er año ; el 29.5% (354) de 2do año ; el 20.91% (251) de 3er año; el 15.33% (184) de 4to año y el 6.66% (80) de 5to año.

De los 449 alumnos que no aprobaron el curso ; el 38.98% (175) eran de 1er año ; el 31.85% (143) de 2do año ; el 10.91% (49) de 3er año ; el 9,8 % (44) de 4to año y el 8.46% (38) eran de 5to año.

Cruzando la información se verifica que en :

**1er año:** el 29.13% (208) aprobó con 7 o más puntos ; el 46.36% (331) lo hizo con 4 a 6 puntos y el 24.51% (175) no aprobó .

**2do año:** el 32.92% (244) aprobó con 7 o más puntos ; el 47.78% (354) lo hizo con 4 a 6 puntos y el 19.3% (143) no aprobó .

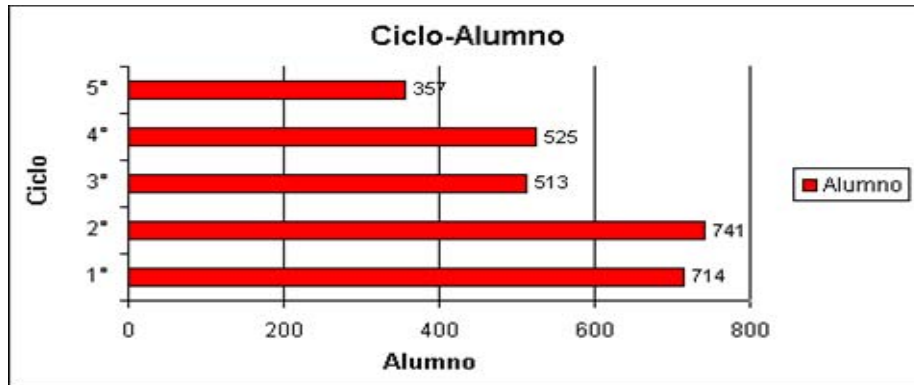
**3er año:** el 41.52% (213) aprobó con 7 o más puntos ; el 48.93% (251) lo hizo con 4 a 6 puntos y el 9.55% (49) no aprobó .

**4to año:** el 56.57% (297) aprobó con 7 o más puntos ; el 35.05% (184) lo hizo con 4 a 6 puntos y el 8.38% (44) no aprobó .

**5to año:** el 66.95% (239) aprobó con 7 o más puntos ; el 22.41% (80) lo hizo con 4 a 6 puntos y el 10.64% (38) no aprobó

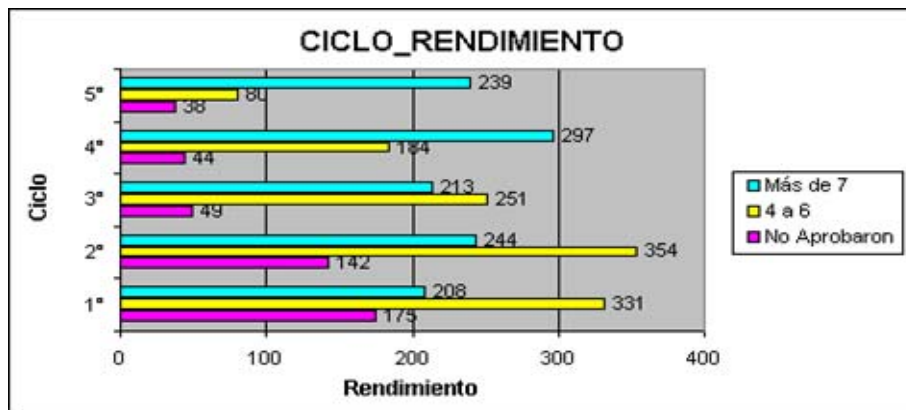
Se puede observar que el mejor rendimiento académico se da en los niveles superiores de la carrera .

**GRÁFICO 1: CICLO-ALUMNO**



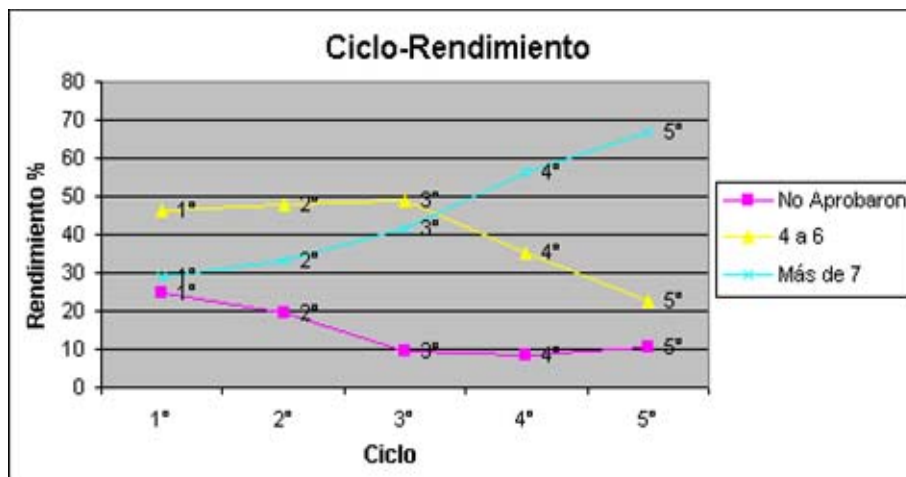
“Fuente: elaboración propia”

**GRÁFICO 2: CICLO- RENDIMIENTO**



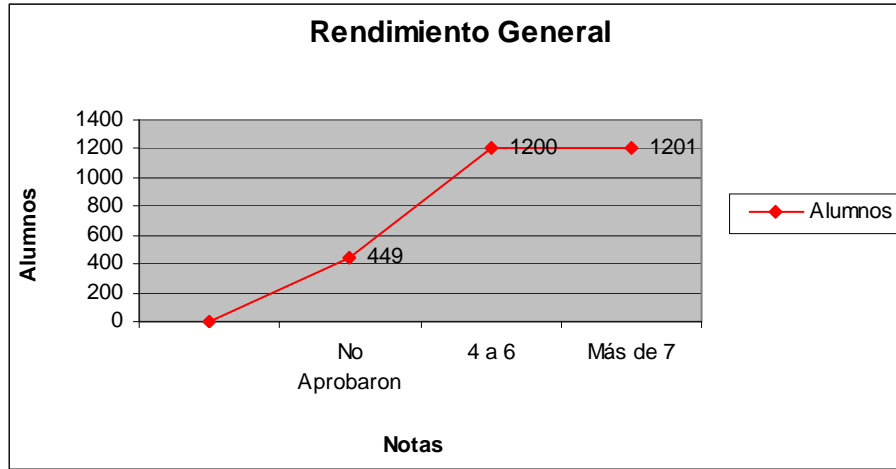
“Fuente: elaboración propia”

**GRÁFICO 3: CICLO- RENDIMIENTO**



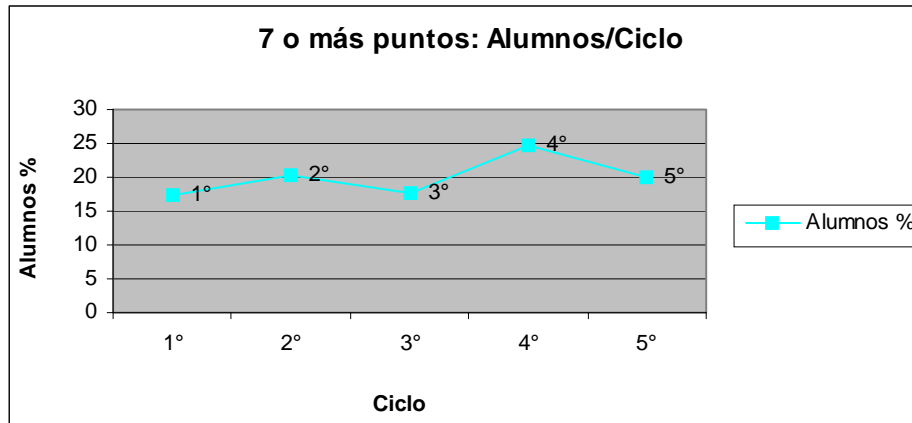
“Fuente: elaboración propia”

**GRÁFICO 4: RENDIMIENTO GENERAL**



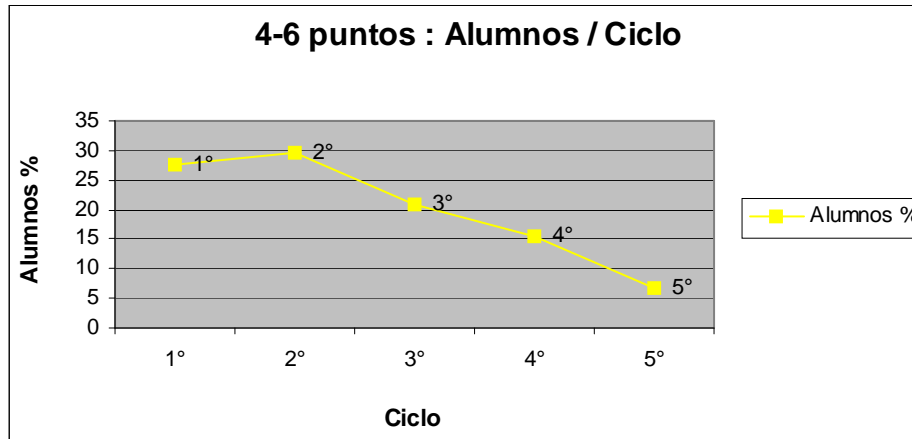
“Fuente: elaboración propia”

**GRÁFICO 5: ALUMNO-CICLO 7 Ó MÁS PUNTOS**



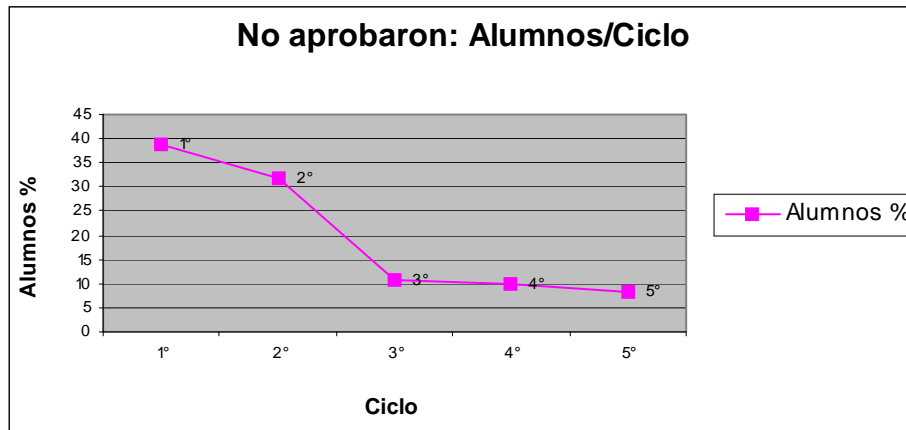
“Fuente: elaboración propia”

**GRÁFICO 6: ALUMNO-CICLO 4-6 PUNTOS**



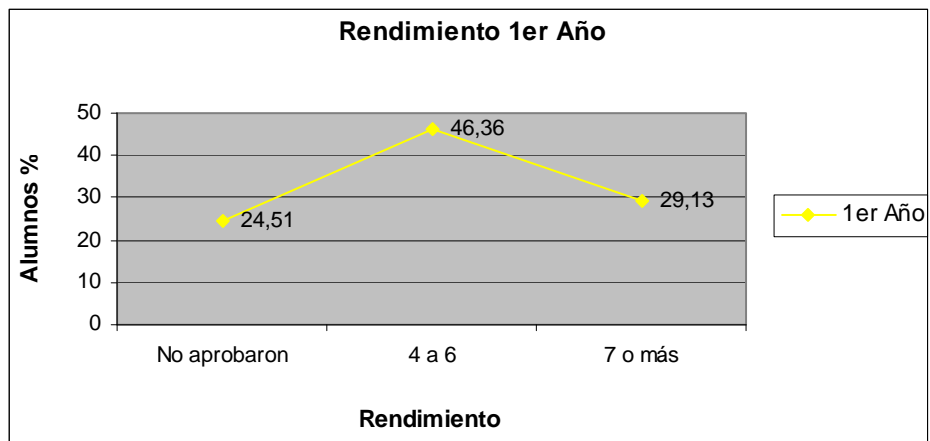
“Fuente: elaboración propia”

**GRÁFICO 7: ALUMNO-CICLO NO APROBARON**



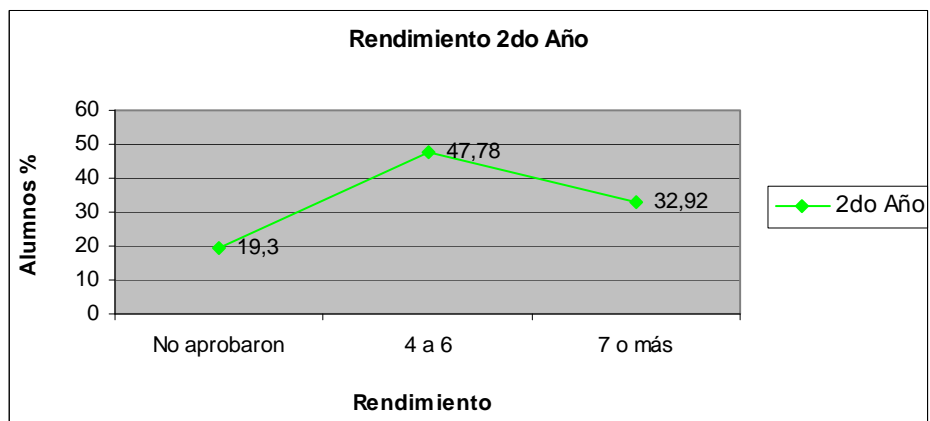
“Fuente: elaboración propia”

**GRÁFICO 8: RENDIMIENTO 1º AÑO**



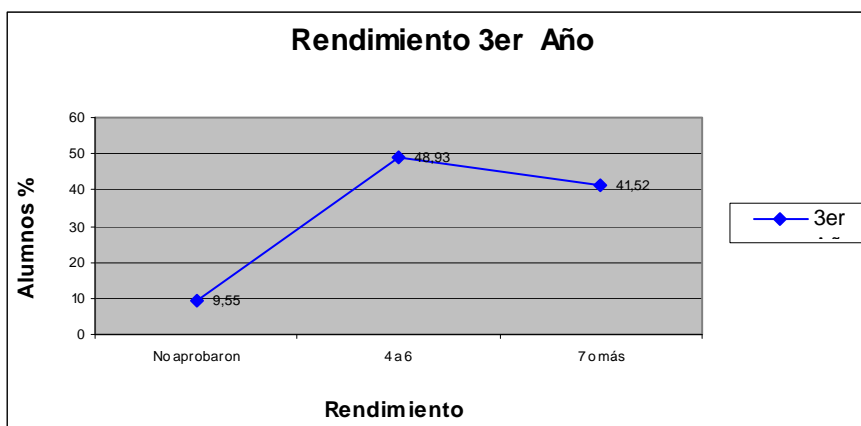
“Fuente: elaboración propia”

**GRÁFICO 9: RENDIMIENTO 2º AÑO**



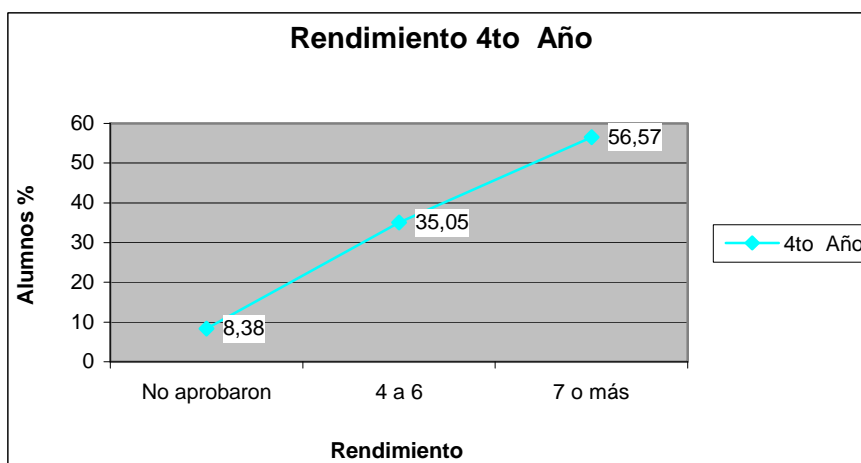
“Fuente: elaboración propia”

**GRÁFICO 9: RENDIMIENTO 3º AÑO**



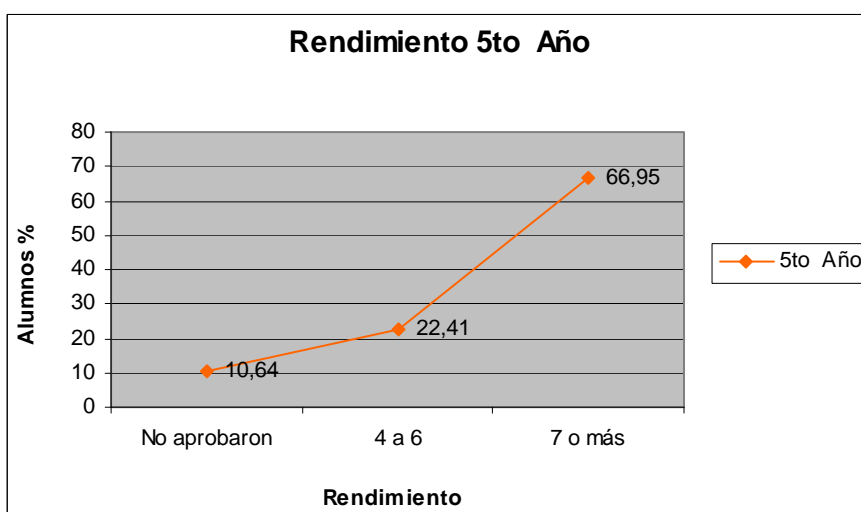
“Fuente: elaboración propia”

**GRÁFICO 10: RENDIMIENTO 4º AÑO**



“Fuente: elaboración propia”

**GRÁFICO 11: RENDIMIENTO 5º AÑO**



“Fuente: elaboración propia”

## CONCLUSIONES

De lo expuesto se concluye que aplicando la estrategia de investigación participativa, se puede formar un recurso humano en Odontología con conciencia social, humanística y sanitaria que le permite actuar en la prevención de los problemas bucales y ejecutar una acción educadora de acuerdo a las necesidades del país y de la sociedad.

## BIBLIOGRAFÍA:

- *Diaz, Mario De Miguel.* (1998) Innovación educativa y desarrollo profesional docente. Didáctica y Optimización del proceso de enseñanza – aprendizaje / Fatima Addines Fernández. La Habana (Soporte Electrónico). En CDIP del ISP “Pepito Tey”, Las Tunas
- *Medina Rivilla, Antonio.* (1996) La función profesional del docente para diseñar, aplicar e indagar el proyecto educativo y su incoordinación en el proyecto curricular. Asturia.
- *Fonseca Perez, Juan José.* 2001 Un modelo para la concepción, organización y evaluación del diseño curricular en la transformación de la secundaria básica.DRG. Santiago de Cuba.
- *Lopez, Camara, Victor.* (1999) La profesión, las escuelas y los estudiantes de Odontología en México. Rev.ADM, 56(3): 118 -123
- *Albornoz, O.* (1996) La educación superior en América Latina y el Caribe. Ideas, problemas y propuestas. Conferencia regional sobre políticas y estrategias para la transformación de la educación superior en América Latina y el Caribe. La Habana.
- *Colectivo de Autores.* (1995). La universidad latinoamericana ante nuevos escenarios de la región. Universidad Iberoamericana. UDUAL. México
- *Garcia, C.* (1996). Situación y principales dinámicas de transformación de la Educación Superior en América Latina. Cátedra UNESCO. Universidad de los Andes. Santa Fe de Bogotá. Colombia. Colección Respuesta N° 2.