



REPORTE DE INVESTIGACIÓN TESIS II

PERFILES DE LOS EGRESADOS DE ODONTOLOGÍA Y SU  
RESPUESTA A LAS NECESIDADES BUCODENTARIAS DE LA  
POBLACIÓN

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA  
Octubre de 2012

Profesor Guía:  
Dr. Alfredo Cueto Urbina  
Profesor Colaborador:  
Sra. Edith Cueto Urbina  
Profesor Informante:  
Dr. Rodrigo Bahamondes Madrid

Estudiantes:  
Carolina Flores González  
Jesús Silva Melo

*Dedicado A:*

*Mis Padres por ser el pilar y guía fundamental en mi vida*

*Mi Hermana, por ser mi compañera en los buenos y malos momentos*

*Mi Sobrina Sofía, por ser la luz de mi camino, y quien me motiva a querer cambiar la  
sociedad*

*Mi compañero y amigo Jesús, por acompañarme en este camino, por querer realizar un  
proyecto diferente.*

*Con Amor  
Carolina*

*Dedicado A:*

*Mis Padres: Jaime y Susana, por todo su esfuerzo y apoyo incondicional durante todos mis años de formación académica y personal, y esperando poder retribuirlo prontamente.*

*Mis Abuelos, en especial a mi abuela Elba, de quien tengo el privilegio de su compañía y apoyo diario.*

*Mi compañera Carolina, luego de compartir juntos los últimos seis años y culminando con éste proyecto.*

*Atentamente:*

*Jesús.*

**ÍNDICE:**

<b>Tema</b>	<b>página.</b>
<b>Introducción:</b>	5
<b>Capítulo I: Situación de Salud Oral en Chile:</b>	
I.- Tendencias Históricas y Epidemiología actual:	8
II.- Respuestas del Estado en Salud Buco-Dental:	12
<b>Capítulo II: Rol de la Odontología como Profesión Universitaria:</b>	
I.- El Rol Del Cirujano Dentista:	17
II.- Oferta Profesional de la carrera de Odontología en Chile:	19
III.- Características del proceso de Enseñanza Aprendizaje en la Formación Odontológica:	21
IV.- Modelo por Competencias y perfil Odontológico:	26
V.- Formación del Odontólogo en la Universidad de Valparaíso:	36
<b>Materiales y Método:</b>	38
<b>Análisis de los Datos:</b>	
I.- Mallas curriculares de la carrera de Odontología de la Universidad de Valparaíso dividida según años de estudio:	43
II.- Análisis Opinión del Odontólogo:	55
III.- Análisis Opinión del Paciente:	66
<b>Discusión</b>	74
<b>Conclusiones</b>	86
<b>Agradecimientos</b>	87
<b>Referencias Bibliográficas:</b>	88
<b>Anexos</b>	91

## **INTRODUCCIÓN:**

Según lo expresado por el Colegio de Cirujanos Dentistas, “Chile tiene hoy una inmensa deuda con la cobertura odontológica de sectores importantes de la población, la cual debe ser resuelta a través de políticas públicas robustas que avancen rápidamente hacia el acceso universal. Llegó el momento de tomar decisiones más ambiciosas que beneficien a la población. Es absurda –y éticamente inaceptable- la inminente saturación del campo laboral, habiendo al mismo tiempo millones de chilenos que claman por su derecho a sonreír”.

Esta última frase hace referencia al aumento exponencial de Instituciones que imparten la carrera de Odontología, hasta el año 2011 existen 39 programas, de éstos 9 corresponden a Universidades Tradicionales.

Existiendo un gran número de programas Odontológicos para impartir la carrera, es que llama la atención la indefinición existente sobre el Perfil del Odontólogo. El Profesional Odontólogo debiese ser capaz de prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente las necesidades de la población, teniendo un rol relevante en la formulación de políticas de salud pública, y en la ejecución de éstas.

La cantidad de Odontólogos que egresan y salen al mundo laboral, hoy es mucho mayor que hace 30 años, las políticas públicas destinadas a los problemas de salud oral, también revelan esfuerzos Estatales por superar estos problemas, en este contexto de mayor número de profesionales, de políticas específicas destinadas a superar problemas de salud oral, con mayor acceso y cobertura, es que reflexionamos, sobre el rol del Odontólogo en la población y sobre su perfil educacional.

Las enfermedades buco-dentales son un problema de salud pública, en ese sentido, y entendiendo que en la resolución de estos problemas hay muchos factores que juegan un rol relevante, es que nos hacemos las siguientes preguntas: ¿Cómo entiende la Universidad la formación odontológica?, ¿Cómo entienden los usuarios de salud, el quehacer odontológico en la mantención de su salud buco-dental?, ¿El Odontólogo reconoce sus debilidades y fortalezas en su formación profesional?.

De hecho los estudios de prevalencia de caries y enfermedad periodontal en Chile, revelan una alarmante situación, entre los 35 y 44 años de edad, sólo existe un porcentaje de personas libres de caries de un 0 a un 2%, y esta cifra se reduce a 0% en la población más adulta (65-74 años) (Gamonal, 1996).

El presente estudio, pretende responder lo siguiente: ¿El perfil del egresado de Odontología de la Universidad de Valparaíso, responde a las necesidades en Salud buco-dental?.

Para responder esta interrogante, es que realizamos este estudio, en base a metodología cualitativa, en donde se verán contrastados la formación académica del profesional, el rol del paciente como usuario de salud y las políticas de salud pública.

La importancia de nuestro estudio, radica en la poca literatura existente sobre el Perfil del profesional Odontólogo y su relación con el paciente. Existen una gran cantidad de estudios que hablan de calidad de tratamiento, sin embargo no existen estudios similares que vean la relación del curriculum Odontológico y el cumplimiento de las necesidades individuales y colectivas de la población.

# **Capítulo I: Situación de Salud Oral en Chile**

## **I.- TENDENCIAS HISTÓRICAS Y EPIDEMIOLOGÍA ACTUAL:**

En Chile, como en el resto del mundo, las enfermedades más prevalentes que afectan la salud oral de las personas son la caries y las periodonciopatías.

Tanto el estudio como la interpretación del pasado histórico epidemiológico de la caries y la enfermedad periodontal nos ayuda a entender el presente y a guiarnos tentativamente en el futuro. En el cuadro de a continuación se presentan estudios de prevalencia de caries en diferentes edades desde hace más de 40 años.

<b>Año de Estudio</b>	<b>Escolar (6-12 años)%</b>	<b>Escolar Educación Media%</b>
1966 San Fdo.	86-90	—
1981 Stgo.	77.5 (prescolares y escolares)	—
1987 Stgo.	—	79.2 (escolares 6-18 años)
1996-1999	84.77	84.44
2007	70.36 (6 años) 62.5 (12 años)	—

*Tabla n°1: Prevalencia de Caries en diferentes edades a lo largo de la historia en Chile.*

Este cuadro revela, que si bien ha existido un descenso en la prevalencia de caries, este descenso no es lineal, ni directamente proporcional con los años, teniendo un nivel de salud oral lejos al de un país desarrollado, con el consecuente problema de salud pública que esto implica.

La detección de la gingivitis no está reportada como la prevalencia de caries, en especial en edades tempranas, según lo reportado en el Diagnóstico de Salud Bucal del Ministerio de Salud en el año 2007 se presenta, como a medida del paso de los años la enfermedad va en aumento, hasta llegar a niveles en donde la salud periodontal prácticamente es inexistente provocando la consecuente pérdida dentaria.

La siguiente tabla muestra la prevalencia de gingivitis en diferentes edades:

<b>Edad en años</b>	<b>Prevalencia %</b>
2	2.6
4	6.2
6	55.09
12	66.9
35-44	98-100

*Tabla n°2: Prevalencia de Enfermedad Periodontal, Diagnóstico de Salud Bucal Minsal 2007.*



Tanto la caries como la enfermedad periodontal son de etiología multi-causal, en este sentido es que los factores sociales juegan un rol importante en el desarrollo de estas patologías. Dentro de estos factores, el nivel socio-económico juega un rol importante.

El Diagnostico de Salud Bucal realizado por el Ministerio de Salud el año 2007, reporta un estudio acerca de como se distribuyen los niños libres de caries según la condición socio-económica en Chile en los años 1996-1999.

Edad	Nivel socioeconómico alto%	Nivel socioeconómico Medio%	Nivel socioeconómico Bajo%
6-8 años	28.9	15.7	13.1
12 años	15.2	13.5	17.1

*Tabla n°3: Distribución de niños libres de caries según nivel socioeconómico (Diagnostico de Salud Bucal, Minsal, 2007).*

En conclusión, la población adulta, la de mayor cantidad en nuestro país, presenta una prevalencia de caries y periodonciopatías de un 98%, y en la población preescolar y escolar esta prevalencia para ambas enfermedades va aumentando considerablemente. Al ser enfermedades de origen multi-causal uno de los factores más condicionantes es el factor socio-económico.

### **Calidad de vida y salud bucal:**

Las personas le atribuyen a los dientes, más que sólo la funcionalidad que ellos les prestan, para poder comer y hablar, sino también le otorgan atributos, de estética, de auto-apreciación, y de relación con los otros seres humanos. La percepción personal de las necesidades en salud oral, no está bien descrita en la literatura, ni en los estudios epidemiológicos, ya que en la mayoría de los casos se observa la prevalencia de las enfermedades, y no se identifica el sentir de las personas respecto a la Salud Oral. Un indicio al respecto nos entrego la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 se preguntó por la percepción de la necesidad de prótesis dental, mostrando diferencias muy significativas por edad, aumentando de 0,6% en el grupo de 15 a 24 años, a 20,7% en el grupo de 25 a 44 años, a 44,3% en el grupo de 45 a 64 años y a un 55,3% en el grupo de 65 y más años. En cuanto a la conformidad con los tratamientos dentales recibidos, esta misma encuesta muestra que de los portadores de prótesis un 21.1% se manifiesta poco o nada conforme con el tratamiento (Encuesta Nacional de Salud, Minsal, 2009-2010).

Está escasamente reportado sobre la percepción de salud oral y sobre las expectativas del paciente, siendo que es el paciente el principal motivo de la

existencia de nuestra profesión, y quienes son los receptores de la atención odontológica.

En este ámbito es que Smith y Dundes (2008) realizaron un estudio en base a encuestas respecto a las expectativas e ideas preconcebidas de los pacientes respecto al género del profesional. Tal estudio reveló que si bien no había ningún rasgo que más del 50 por ciento de los encuestados considera más propio de uno u otro sexo, las mujeres dentistas eran vistas con una probabilidad significativamente mayor que los pacientes se sientan relajados y se tomen el tiempo para discutir con ellos las enfermedades. A su vez son catalogadas como “menos apuradas” al momento de la atención.

Los Dentistas varones se percibían como significativamente más propensos a esperar que un paciente soporte el dolor sin quejarse, más dedicado a la carrera que la familia, y más probable que puedan estar a cargo de situaciones y de ser atraídos por el poder de su profesión.

Dentro de las funciones del cirujano dentista destacan las de “Promover, Diagnosticar y tratar” los dientes, boca, maxilares y tejidos anexos a ellos (Declaración de Bolonia, 1999), sin embargo, Dávila (2001), en un trabajo realizado en Argentina, plantea que el “quehacer” del odontólogo en su trabajo ha sido primero curar las repercusiones de la enfermedad y luego adoptar medidas preventivas una vez que el paciente se encuentra “saneado”, preguntándose si existen dos tipos de odontologías: restaurativa y preventiva.

En efecto, en atención pública y odontológica en general, el enfoque está dirigido al tratamiento de la enfermedad, pero no a la mantención de la salud. En su trabajo, establece que no existe un alta odontológica, pues se define que “la enfermedad dental” es un proceso que se da bajo ciertas condiciones favorables, por lo que cada paciente es un “portador sano” que luego de reunir los requisitos necesarios, puede presentar la enfermedad. La cantidad de pacientes portadores sanos que concurren a requerir servicios es muy baja (17%), mientras que la tasa de pacientes enfermos es alta (82%). De la población total en estudio (195), determinaron seguir dos fases para restaurar la “puesta en salud” del paciente. La primera fase correspondía a una serie de maniobras preventivas y educativas: enseñanza de técnica de higiene, sellantes, fluoraciones, medidas de difusión escrita y oral, entre otras. Y una segunda fase restauradora o rehabilitadora que consideraba operatoria, exodoncias, endodoncias, tratamiento periodontal, entre otros. La fase 1 de prevención era indispensable de haber sido lograda para pasar a la fase restauradora.

Luego de la aplicación del programa de salud, el estudio evidencia la eficacia de realizar las acciones clínicas en base a la causa y no sus consecuencias (salud v/s enfermedad). Hace notar también, que el origen de la enfermedad no es solo bacteriano, sino multifactorial, sumando factores sociales, económicos, educacionales, políticos, psicológicos y culturales.

Bajo condiciones en salud pública muy similares a las de Chile, se determinan las siguientes conclusiones:

- Se atribuye la responsabilidad directa a la odontología del aumento de enfermedades y también su disminución.
- Hay una disminución en el trauma psicológico en pacientes niños al implementar medidas preventivas que eviten tratamientos invasivos, perpetuando la preocupación a futuro en un “adulto sano” y evitando fobias.
- Que existe una descontextualización de la odontología y un alejamiento de las ciencias humanísticas (Filosofía, Psicología, Sociología, C. Políticas etc.), a pesar de ser una profesión estrechamente relacionada con el ámbito social.
- La responsabilidad directa de la profesión, tanto individual como colectiva de entregar un enfoque de la odontología como una labor de “restauración”, reforzando la “cultura de la enfermedad” y no de la promoción de la salud.

La caries y la enfermedad periodontal así como otras patologías orales no sólo son un problema individual, que afectan a cada persona por sí sola, son un problema de salud pública, en la que juegan roles importantes, el Estado, como generador de políticas públicas, la formación profesional del Odontólogo como el encargado de mantener y re-establecer la salud oral, y el Paciente, quién será el que recibirá la acción directa.

## **II.- RESPUESTAS DEL ESTADO EN SALUD BUCO-DENTAL:**

Las enfermedades orales, como problemas de Salud Pública, requieren de Políticas especiales para su resolución.

El intento por el mejoramiento de los niveles de salud oral en Chile viene desde hace décadas, como por ejemplo con la implementación de la fluoración del agua desde el año 1975, en el país se ha implementado la fluoración del agua progresivamente, en 14 de las 15 regiones, alcanzando actualmente una cobertura cercana al 72% de la población.

Los Enjuagatorios Fluorados Semanales realizados en población escolar básica, desde 1992, se fueron suprimiendo según el avance de cobertura del agua potable fluorada. Durante el año 2008 tuvieron que suspenderse totalmente, debido a la dificultad de compra y distribución del producto, y al poco compromiso con el programa en algunas localidades, posteriormente, se continuó con la implementación del programa de Alimentación escolar con leche fluorada (PAE/F) (*Evaluación de objetivos sanitarios 2000-2010. Minsal, 2009*)

En 1994, el Instituto de Nutrición y Tecnología de Comida de la Universidad de Chile, comenzó un programa preventivo de caries basado en la distribución de leche en polvo fluorada a comunidades rurales; donde el agua potable no estaba fluorada. Esto se justifica ya que en Chile, bajo el Programa Nacional de Alimento Complementario (PNAC) cada niño recibe sin cargo, 2 kg de leche en polvo mensual, desde el nacimiento hasta los dos años de edad. Después de esa edad cada niño recibe 1 kg mensual hasta los 6 años de edad. El PNAC abarca al 92 % de dicha población (Mariño et al, 2001). La fluoración de la leche permitiría acceder a los lugares donde no existe fluoración del agua.

A partir del año 2000, en forma piloto en la IX Región y, luego de 3 años de implementación, demostró ser un programa seguro y efectivo. A partir del año 2005 el programa comenzó a expandirse, paulatinamente, de la IV región al sur. Actualmente, el PAE fluorado se desarrolla en las escuelas rurales de la V región al sur, abarcando 10 de las 15 regiones del país.

En Chile, desde 1990, se tenía conciencia de que ya vivíamos un cambio demográfico y epidemiológico evidente y que se hacía necesario mejorar la calidad de la información para generar políticas y estrategias que se hicieran cargo de esa nueva realidad.

Un primer estudio sistemático fue el de “El Desafío de las Políticas de salud del Adulto”, realizado por expertos nacionales con apoyo de las misiones técnicas y

financiamiento del Banco Mundial, en su proyecto de apoyo a la reforma de salud en Chile publicado en 1994.

Con posterioridad se efectuaron estudios de carga de enfermedad al interior del Ministerio de Salud, con el apoyo de la Escuela de Salud Pública de Harvard y otras estimaciones de los expertos del departamento de Epidemiología en base a la información de las estadísticas habituales, más las encuestas de CASEN, Calidad de Vida y otras posteriores.

Chile vive un período de reforma en su sistema de salud que se intensifica a partir del año 2000 en este contexto es que encontramos las Garantías Explícitas en Salud (GES), y el planteamiento de los Objetivos Sanitarios por decenios en el país.

### **Objetivos Sanitarios:**

- Objetivos Sanitarios específicos en Salud Oral 2000-2010:

- Desarrollo Integral del Niño:
  - Meta 2010: Disminuir índice COPD a los 12 años 44% de 3,42 a 1,9 en 2010.
- Población menor a 20 años:
  - Meta 2010:
    - 1.- Disminuir caries en población menor de 20 años: Se medirá este impacto en la población de 12 años, logrando un índice COPD de 1,9 en esa edad.
    - 2.- Alcanzar una cobertura del 50% en los menores de 20 años.

- Objetivos Sanitarios 2011-2020 (Minsal, 2011):

- I. Mejorar la Salud de la población
- II. Disminuir las inequidades
- III. Aumentar la satisfacción de la población
- IV. Asegurar la calidad de las prestaciones de salud.

- Metas en Salud Bucal:

Aumentar al 35% los niños libres de caries al final del decenio 2011-2020.

### **Garantías Explícitas en Salud:**

El GES constituye un conjunto de beneficios garantizados por Ley para las personas afiliadas al Fonasa y a las Isapres.

Las Garantías exigibles son:

- Acceso: Derecho por Ley de la prestación de Salud.
- Oportunidad: Tiempos máximos de espera para el otorgamiento de las prestaciones.
- Protección financiera: La persona beneficiaria cancelará un porcentaje del valor de la prestación.
- Calidad: Otorgamiento de las prestaciones por un prestador acreditado o certificado.

El GES considera la atención dental para:

1. Salud oral integral de la embarazada: consiste en una atención odontológica realizada por cirujano dentista, según necesidades, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal de la mujer gestante.
2. Salud oral integral para niños de 6 años: dirigida a educar, prevenir y tratar precozmente al niño de 6 años, para mantener una buena salud bucal. A los 6 años el niño inicia la dentición mixta, siendo necesario un diagnóstico oportuno que permita planificar la conservación de los dientes temporales hasta su exfoliación natural y la aplicación de medidas de prevención específicas e dientes definitivos recién erupcionados o la pesquisa precoz de patologías para su recuperación y la entrega de información apropiada para el cuidado de su salud bucal.
3. Urgencia odontológica ambulatoria: Son un conjunto de patologías buco máxilo-faciales, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan una demanda espontánea de atención.
4. Salud oral integral a los 60 años: consiste en una atención odontológica realizada por cirujano dentista, según necesidades, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal del adulto de 60 años.
5. Fisura Labio palatina: consiste en una atención odontológica realizada por cirujano dentista, según necesidades, dirigida a, recuperar y rehabilitar la salud-bucal.

Históricamente el Estado a través de la implementación de Políticas de Salud Pública se ha preocupado del problema epidemiológico que significa la caries dental, desde que ocurre la Reforma Sanitaria, es que además se consideran grupos específicos de atención según rango etario, incluyendo además en algunos casos los problemas periodontales como es en el caso de la embarazada, sin embargo aún no existen programas específicos, ni promoción específica para el tratamiento de la enfermedad periodontal. A pesar de los esfuerzos, existe un grupo etario (20-59 años) que no recibe atención en salud bucal más que a nivel de urgencia. La cobertura odontológica pública no suele ser suficiente para las necesidades de la población, considerando también que cierto porcentaje no posee acceso al servicio privado o su acceso es limitado, la deuda de Chile referente a cobertura en salud oral es grande, lo cual puede contribuir al deterioro de la salud anteriormente mencionada.

La revisión histórica de la epidemiología de la prevalencia de caries y de la enfermedad periodontal, muestran un panorama que no ha cambiado mucho en los últimos 40 años, a pesar de los esfuerzos antes mencionados, si bien se tiene claro que estas patologías son un problema de Salud Pública y que deben tenerse consideradas en los Objetivos Sanitarios del país, pocos reportes existen sobre la percepción personal de las necesidades en Salud Oral, sobre las expectativas del paciente y como el Cirujano Dentista influye en la atención dental, como parte del éxito de los tratamientos y finalmente como estos factores contribuyen a mejorar los niveles de salud colectivos.

## **Capítulo II: Rol de la Odontología como Profesión Universitaria**



## **I- EL ROL DEL CIRUJANO-DENTISTA :**

En nuestro país, la Odontología juega un rol importante en el mantenimiento de la salud oral de la población a nivel público en sus tres niveles de complejidad, con mayor preponderancia en atención primaria, sin embargo, el acceso a la atención odontológica pública es limitado, se calcula que solo el 40% de la población tiene acceso a atención odontológica (Narváez y Vicentela, 2011) siendo mayormente privilegiados los grupos de riesgo (niños, embarazadas, adultos de 60 años). En relación al número de dentistas, actualmente éste es cercano a un dentista cada 7744 habitantes (Colegio de Dentistas, 2011), situación que cambiará drásticamente en los años venideros debido al explosivo crecimiento de matrículas en la carrera que suponen una tasa de egreso de 2.200 profesionales al año, los cuales tendrán pocas posibilidades de ingreso a plazas en el sistema público.

Entendiendo que en la atención dental influyen múltiples factores, el grado en que los Cirujanos Dentistas influyen no se encuentra bien estudiado, a diferencia del estudio de las nuevas tecnologías (materiales- infraestructura) o el tipo de paciente (cooperador- pacientes especiales) en donde se encuentra bastante literatura acerca de su influencia en el éxito de los tratamientos.

Una revisión de la literatura sobre las estructuras de la personalidad, el valor de los dentistas y los estudiantes de odontología revela tendencias generales relacionadas con las preferencias de las situaciones, en general, los profesionales prefieren situaciones concretas, utilitarias, sin ambigüedades, y que convencionalmente están clasificadas y evaluadas, además de tener el control de la situación evitando que el éxito de las intervenciones dependa de los pacientes (Chambers, 2001).

Estos resultados se resumen en la hipótesis de que los dentistas buscan situaciones en las que pueden ejercer controlar y establecer relaciones paternalistas con los demás, las cuales suelen darse más en los servicios públicos que en privados, pues el paciente no tiene la oportunidad de “elegir” procedimientos, siendo solo un receptor de éstos.

Lo anterior hace mucho sentido tanto con la formación personal como con la formación académica y de como finalmente la combinación de ambas forman el Perfil del profesional.

Chambers (2001), en el mismo estudio antes mencionado hace referencia al grado de satisfacción del profesional respecto a su carrera, si bien los resultados suelen ser de amplio rango, cerca de un 20 a 50% de los dentistas indican que no volverían a entrar nuevamente a la carrera si se les diera (hipotéticamente) una nueva oportunidad.

Considerar el grado de satisfacción del profesional resulta fundamental. En gran parte, de su satisfacción se desprenderá su forma de proceder, su trato con los pacientes, su disposición a resolver problemas y realizar correctos diagnósticos, entre otras actividades propias de su desempeño.

Respecto a lo anterior, el ambiente en que el dentista se desenvuelve se encuentra directamente relacionado a su desempeño. Si el profesional cuenta con las herramientas necesarias para llevar a cabo su actividad, como así también un ambiente grato de trabajo repercutirán en la calidad de la atención y la percepción del paciente atendido, situación que se refleja principalmente en los servicios públicos, ya que los recursos asignados son variables y generalmente insuficientes.

## **II- OFERTA PROFESIONAL DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA EN CHILE:**

Según datos del Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile, actualmente existen 39 Escuelas de Odontología, en diferentes instituciones universitarias, tanto públicas como privadas.

Un número considerable de ellas son de reciente apertura o aún no poseen generaciones de egreso.

A su vez, ésta misma institución, respaldadas por datos del ministerio de educación a través de la encuesta “Futuro Laboral” afirma lo siguiente respecto a la realidad actual de la carrera (Colegio de Cirujanos Dentistas, 2011):

1. Odontología sigue siendo una de las 10 carreras con mayor empleabilidad del país (94%) al primer año. Esto se debe a la evidente necesidad que el país tiene de acceso a la salud bucal, pero también a que el mercado laboral aún no recibe los efectos del aumento exponencial de la oferta en la carrera de odontología, ocurrido durante los últimos 5 años.
2. En la misma línea, Odontología es una de las 5 carreras con mayor nivel de retención al cabo del primer año de estudios (86%).
3. Sin embargo, la rentabilidad de la carrera (inversión versus ingresos) es negativa. A pesar de que 2 de los 5 programas de estudios más caros del país son de Odontología y de que la totalidad de los programas tienen aranceles superiores a \$3 millones, la carrera está recién en el lugar 16 de ingresos al cabo de los primeros cuatro años de ejercicio profesional (\$1.294.953 bruto en promedio).
4. Llama poderosamente la atención la significativa brecha de ingresos entre nuestros jóvenes colegas. Mientras al cuarto año de ejercicio profesional el decil superior recibe ingresos promedios mensuales por \$1.951.581, el decil inferior apenas alcanza a \$610.015.
5. El alto nivel de empleabilidad que hoy tiene la carrera podría cambiar en los próximos años, puesto que el número de titulados actual (615 en 2009) tendrá un crecimiento significativo en los próximos años, como consecuencia del aumento de la oferta universitaria.
6. Chile tiene hoy una inmensa deuda con la cobertura odontológica de sectores importantes de la población, la cual debe ser resuelta a través de políticas públicas robustas que avancen rápidamente hacia el acceso universal. Llegó el momento de tomar decisiones más ambiciosas que beneficien a la población. Es absurda –y éticamente inaceptable- la inminente saturación del

campo laboral, habiendo al mismo tiempo millones de chilenos que claman por su derecho a sonreír.

7. La encuesta demuestra fehacientemente que muchos planteles de educación superior no están actuando responsablemente al abrir más programas de Odontología, cuando la evidencia indica que sus futuros profesionales no tendrán trabajo o recibirán ingresos muy por debajo de sus expectativas y del monto invertido en sus carreras.

Se puede inferir que, el país ha favorecido y está favoreciendo poco control de la formación del Odontólogo, lo que significa un gran número de profesionales y en ese escenario, el panorama no parece ser brillante para los futuros Cirujanos-Dentistas de Chile al considerar tales proyecciones. Ante ello, el egresado se verá enfrentado a responder de mejor manera ante un mercado laboral cada vez más competitivo y saturado, sumado a la política tiempo/eficiencia, donde la cantidad de tiempo invertida en cada paciente determine la cantidad de ingresos, más no así una preocupación por el correcto desempeño de la profesión en un tiempo adecuado (calidad).

### **III- CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE EN LA FORMACIÓN ODONTOLÓGICA:**

Hoy en día, la salud oral es considerada como un pilar importante para la salud de las personas, no solo resuelve problemas agudos o cuadros dolorosos, sino también necesidades estéticas. Producto de ello, es que en naciones desarrolladas o en vías de desarrollo, el perfil profesional debe reconocer la salud oral como parte de la salud del paciente (Sanz et al, 2007).

En el futuro la Odontología deberá obtener mayor nivel de integración, sumando a otros profesionales de salud, ya que en nuestro país existen una gran cantidad de casos en la que los pacientes además de las patologías orales presentan otras patologías concomitantes como enfermedades sistémicas (Sanz et al, 2007).

En el proceso de formación profesional, el estudiante es guiado, idealmente a través de métodos de enseñanza-aprendizaje para lograr una serie de competencias que le permitirán desarrollarse bajo los principios de la “lex artis” el trabajo de un cirujano-dentista. En otras palabras, será en la casa de estudios donde el futuro profesional aprenderá aspectos tanto teóricos, clínicos como valóricos, para su futuro ejercicio profesional.

Todas las escuelas de odontología, deberían aspirar a alcanzar los más altos estándares posibles en los resultados educativos y competencias clínicas adecuadas. Un perfil acordado para el dentista actual es un pre-requisito lógico para el establecimiento de un plan de estudios con resultados educativos claramente definidos y competencias clínicas (Sanz et al, 2007).

A su vez, los estudiante de odontología deben estar conscientes de las responsabilidades que su vida profesional conllevan que incluyen el trabajo de equipo, el liderazgo, la motivación, la delegación de tareas y responsabilidades a los demás, la protección de los que trabajan en la institución de salud teniendo en cuenta los requisitos de seguridad y legislación laboral.

Por ende, la importancia del enfoque en los ámbitos ya mencionados por la casa de estudios resulta fundamental a la hora de determinar “qué” tipo de profesional liberará al “mercado laboral”.

Para Bertolami (2007), la ecuanimidad y el atractivo de la práctica odontológica son aumentados por una nueva serie de supuestos: primeramente que la profesión dental siempre tendrá la responsabilidad final de la salud oral de la nación, en segundo lugar que el público va a seguir permitiendo que la profesión se auto-regule, y finalmente que el sector empresarial pueda ser invocado para educar a

dentistas en mejoras incrementales en la técnica y la instrumentación a través del tiempo.

Ninguno de estos supuestos pueden ser considerados como correctos, y en la medida en que no lo son, la educación dental se enfrentará a un dilema: ¿entrenar dentistas o educar a proveedores de servicios de salud oral? la diferencia es sutil, pero importante, ya que el primer enfoque requiere un modelo cada vez más insostenible educativo y económicamente, mientras que el segundo implica un gran aumento en la diversidad y la cualificación de los profesionales de la salud oral que el sistema educativo actual no se adapta bien a proveer.

Beltrán-Neira y Cols (2004) determinaron que la mejor manera de determinar un perfil profesional es a través de una "taxonomía". La taxonomía de la competencia se basa en el nivel de complejidad que la casa de estudios pretender inculcar en sus graduados. Una revisión de las competencias declaradas para el profesional que está por graduarse, tal y como aparecen en las listas previstas por las asociaciones dentales y escuelas de todo el mundo, sugiere que una nomenclatura y clasificación de las competencias dentales es necesaria para facilitar su manejo en el desarrollo de planes de estudio y para facilitar el intercambio entre las instituciones y países.

El Instituto Nacional de Empleo (citado por Sánchez, 2005) define el término competencia como: "el conjunto de conocimientos, "saber hacer", habilidades y aptitudes que permiten a los profesionales desempeñar y desarrollar roles de trabajo en los niveles requeridos para el empleo".

David Parkes (citado por Sánchez, 2005) realiza una recopilación de definiciones acerca del término competencia:

- "La competencia profesional es la capacidad de realizar las actividades correspondientes a una profesión conforme a los niveles esperados en el empleo. El concepto incluye también la capacidad de transferir las destrezas y conocimientos a nuevas situaciones dentro del área profesional y, más allá de ésta, a profesiones afines. Esta flexibilidad suele implicar un nivel de destrezas y conocimientos mayor de lo habitual incluso entre grupos de trabajadores con experiencia". Transferir destrezas y conocimientos es hoy el horizonte de cualquier formación, que pretenda cumplir los estándares en términos de requerimientos en "la sociedad del conocimiento."
- "La capacidad de actuar en papeles profesionales o en trabajos conforme al nivel requerido en el empleo".

Generalmente hablando, una competencia puede ser definida como la capacidad de identificar un problema y actuar con habilidad en su solución. En las profesiones de la salud, esta definición incluye una amplia variedad de habilidades, que van de los

de mayor complejidad (por ejemplo, hacer un diagnóstico clínico) al menos complejo y más específicos (por ejemplo, la posición del cuerpo y movimientos para hacer una inspección visual apropiada).

En la ausencia de una taxonomía, lo que implica un programa educativo fragmentado, no integrado, repetitivo, e ineficiente, puede dar lugar a la graduación de personas que carecen de las habilidades apropiadas para su futuro despliegue profesional.

Se define taxonomía como: Un conjunto de clasificaciones que están ordenados y dispuestos en la base de un solo principio o sobre la base de un conjunto coherente de principios.

Para lograr este objetivo, se utiliza un parámetro de clasificación para racionalizar la relación entre los problemas de salud y las competencias propuestas para hacerles frente. En el centro del sistema de clasificación reside el perfil profesional que la institución de aprendizaje pretende que el graduado tenga. El perfil profesional puede ser visto como un proyecto explícito o implícito que representa a las actividades profesionales que la institución educativa considere importante en sus egresados. En este perfil se incluyen un conjunto de atributos personales como la creatividad, la ética, la estética, y el sentido crítico. La educación en estos atributos personales debería ser una parte integral de la experiencia de aprendizaje profesional.

Según Beltrán-Neira (2004), se determinan 4 dominios que el profesional debiese manejar en el desempeño de sus labores: Cognitivo, psicomotriz, afectivo y volitivo.

Los cuatro dominios asociados con las funciones y competencias se traducen en prácticas que se necesitan para mejorar con la repetición y el tiempo. Sin embargo, el aprendizaje en profundidad no puede ocurrir si no hay una evaluación crítica del proceso involucrado. Por ejemplo, no importa cuántas amalgamas de clase II un estudiante lleva a cabo si no hay una evaluación, por parte del alumno y los profesores, de las similitudes, diferencias, y alternativas que hacen que cada restauración dental única.

Es evidente que el desarrollo de competencias en el estudiante es mucho más que plantearle interrogantes y repetir un determinado número de actividades clínicas ya que no existe un número fijo de repeticiones válidas para todos los estudiantes para dominar una técnica. Algunos estudiantes pueden requerir más experiencias de aprendizaje que otros, de acuerdo a sus capacidades naturales.

Según Depaola y Slavkin (2004), la llamada educación preclínica, así como clínica simplemente no ha seguido el ritmo o no han sido lo suficientemente sensibles para

los cambios demográficos de los pacientes y los deseos y expectativas de los paciente/población, las expectativas cambiantes de los sistemas de salud, la evolución en experiencia interdisciplinaria, los requisitos de la práctica, los nuevos descubrimientos científicos y la información científica, se centran en mejorar la calidad, y / o integración de las tecnologías emergentes. Por otra parte, "la educación dental" basada en universidades es la educación más costosa. El título profesional dentro de la cartera universitaria, y la deuda acumulada del estudiante de odontología es cada vez mayor cada año (Depaola y Slavkin, 2004).

Bertolami (2001) indica: que la forma y el contenido de la educación odontológica no se refuerzan mutuamente. El resultado es un aprendizaje sub-óptimo, estudiantes insatisfechos; dificultades para generar entusiasmo entre los alumnos más brillantes a considerar carreras en odontología, la "erosión" de los dentistas en su auto-identidad como hombres y mujeres de ciencia, y las dudas sobre si las escuelas de odontología pueden continuar como los principales proveedores de educación en salud oral.

Otro resultado es un desajuste entre la forma y el contenido de la percepción de que una porción demasiado pequeña del plan de estudios tiene alguna relevancia práctica en mundo real (Bertolami, 2001), lo que puede ser relacionado con la devoción al "tradicionalismo" de la escuela dental referente a su enseñanza.

En consecuencia, la educación dental no es realista y las exigencias irrazonables de tiempo y talento de los estudiantes puede llevar a los estudiantes a burlar el sistema, provocando a aprender más acerca de cómo ir a la escuela de Odontología que acerca de cómo ejercer la odontología, en el proceso de aprendizaje, finalmente, la sensación e interrogante del alumno será: "cómo odio la educación odontológica" (un problema con la forma de enseñanza). El precio de esta estrategia educativa actual es alto, debido a que deriva en no preparar a los estudiantes para tener éxito en un mundo emergente de complejidad cada vez mayor, la intensificación de la competitividad, y el cambio continuo.

Por tanto, el aprendizaje en base a la "mecanización" o repetición automatizada de las actividades odontológicas conlleva a la formación de profesionales poco críticos, mermando la capacidad de tomar decisiones fuera de una regla o protocolo, a su vez, causando un desmedro en la interacción con el paciente y la consideración de su opinión en una opción terapéutica. El paciente, de esa forma, se convierte en un tratamiento a realizar y no en una persona que requiere de una terapia para mejorar su calidad de vida.



Según el “General Dental Council” del Reino Unido, durante una reunión el año 2003, determinaron que la formación profesional del odontólogo debe tener los siguientes aspectos (Título de grado en Odontología, 2004):

- La estimulación del reconocimiento y la aceptación de realizar las labores odontológicas siempre en el mejor interés del paciente según los códigos deontológicos vigentes.
- La independencia del trabajo una vez titulado, pero siendo consciente de sus propias limitaciones y derivar al paciente a un profesional idóneo en caso de ser necesario.
- Asegurar la adquisición de habilidades y actitudes profesionales y de comportamiento que favorezcan las relaciones interpersonales.
- Estimular el constante perfeccionamiento del profesional tanto en conocimiento, habilidades y actitudes a lo largo de la vida.

#### **IV.- MODELO POR COMPETENCIAS Y PERFIL ODONTOLÓGICO:**

##### **Contexto Histórico:**

Para comprender la evolución histórica del currículum Odontológico, es que hay que entender, que estos cambios están sometidos a un contexto histórico, en donde no sólo evolucionó la malla curricular de nuestra profesión sino existió una evolución de la Educación Superior en Chile en su conjunto.

Desde la creación en 1842 de la Universidad de Chile (Bernasconi y Rojas, 2003) la educación superior fue dominada por el Estado, esto perduró incluso después de la aparición de las Universidades Privadas a fines del siglo XIX y primera mitad del siglo XX. Existía el concepto de Estado Docente, en donde la Educación era una responsabilidad del Estado y en donde las entidades privadas involucradas en ésta eran colaboradoras en la misión y función educacional del Estado. Todas las universidades, incluyendo el sector privado, actuaban con una perspectiva de carácter público.

La reforma universitaria fue un proceso de discusión intensa sobre la naturaleza de la universidad y su papel en la sociedad chilena, de experimentación de nuevas formas de organización y gobierno, como fue el espíritu de renovación del “Mayo Parisino de 1968”, este proceso lo iniciaron en 1967 los estudiantes de la Universidad de Chile y la Universidad Católica de Valparaíso. En este período el gobierno institucional fue re-organizado, y bajo el estandarte de la democratización, los rectores, decanos y directores de unidades académicas, comenzaron a ser elegidos por los profesores, con participación de funcionarios no académicos y estudiantes incluso, en algunos casos, y se introdujo la representación de éstos últimos en los órganos colegiados del gobierno. En cuanto al financiamiento, entre 1969 y 1974 éste se duplicó, para acomodar el aumento de la matrícula y para incorporar mayor número de académicos de jornada completa que estarían dedicados a la investigación, dejando atrás el paradigma de la universidad “profesionalizante”.

Tres semanas después del 11 de septiembre de 1973, se intervinieron las universidades existentes. Las reformas estructurales y de gobierno de fines de los sesenta fueron abolidas. El gasto público en educación cayó entre un 15 y un 35% entre 1974 y 1980, forzando el abandono de la gratuidad, con el comienzo del cobro arancelario y la búsqueda de nuevas formas de financiamiento.

Se introdujeron reformas al orden constitucional, laboral, de seguridad social, de salud pública, de mercados de capitales y la educación pública. En este último plano y con el objetivo de expandir la matrícula, diversificar el sistema de educación superior, y de estimular la competencia entre las instituciones, se autorizó en 1981 la

creación de las universidades privadas y de nuevas instituciones no universitarias de educación Superior: los institutos profesionales y centros de formación técnica.

Se introdujo una nueva forma de financiamiento con la creación del aporte fiscal directo (AFD) y el aporte fiscal indirecto (AFI), éste último obtenido gracias al mérito en la prueba de aptitud académica (PAA). Además de la existencia del cobro arancelario, se creó un programa de préstamos estudiantiles subsidiados para quienes no pudiesen costear el arancel. En 1982 se creó un Fondo Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (FONDECYT) sobre una base competitiva y de arbitraje por expertos externos de los proyectos presentados por los investigadores.

Las reformas que dieron origen al nuevo régimen de educación superior en Chile se orientaron según los siguientes objetivos:

1. Libertad de enseñanza, sin más limitaciones que las impuestas por la moral, las buenas costumbres, el orden público y la seguridad nacional.
2. Determinación legal de los títulos propiamente universitarios. Inicialmente, la legislación dio este carácter a doce profesiones, a saber, abogado, arquitecto, bioquímico, cirujano dentista, ingeniero agrónomo, ingeniero civil, ingeniero comercial, ingeniero forestal, médico cirujano, médico veterinario, psicólogo y químico farmacéutico, listado que posteriormente la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza de 1990 amplió a otras cinco profesiones.
3. Incentivo a la calidad académica, a través del mecanismo de premiar a las universidades en las que ingresen mejores puntajes frente a la prueba de selección estandarizada.
4. Subsidiaridad del Estado, garantizado por el principio de autonomía de las Instituciones.
5. Participación privada, mayores posibilidades para que la iniciativa privada se desarrolle en el campo de la enseñanza superior.
6. Coordinación del sistema de educación superior a través de la competencia entre las instituciones dentro del marco establecido por la regulación estatal.

En síntesis el sistema antiguo de las universidades, se transformó en un sistema abierto y diversificado, con dos universidades públicas redimensionadas en tamaño, numerosas universidades creadas por iniciativa privada, nuevas instituciones derivadas de las antiguas universidades, y dos tipos de instituciones nuevas: los institutos profesionales y los centros de formación técnica. A partir de 1988 cuando cesó el veto político del Ministerio del Interior a los proyectos de creación de

universidades se aceleró el proceso de creación de instituciones privadas, luego devuelta la democracia el proceso se aceleró aún más de 1990 en adelante y las instituciones privadas ahora superan en creces a las instituciones públicas.

El Estado Docente es un modelo de responsabilidad total con la Educación por parte del estado, donde la centralidad económica e intelectual estaba centrada en las instituciones educativas de carácter Público. Tenía preponderancia por sobre la Educación Privada la Educación Estatal. El estado Docente buscaba formar ciudadanos capaces de guiar al país en su desarrollo intelectual, a través de las Universidades y en su desarrollo técnico e industrial a través de la educación secundaria. El Estado Docente tenía como principal objetivo "educar al pueblo", a diferencia del Estado Neoliberal que tiene como objetivo formar profesionales capaces de desenvolverse dentro del Mercado.

### **Modelo por Competencias:**

En este contexto de Economía de Mercado es que nace el Modelo por Competencias. Uno de los ejemplos más poderosos para influir en el funcionamiento y orientación de los sistema educativos se encuentra en el así denominado movimiento por competencias.

DeSeCo es un acrónimo que quiere decir Definition and Selection of competencies: theoretican and conceptual Foundations, es decir, Definición y Selección de Competencias: Bases teóricas y conceptuales. "El objetivo de DeSeCo ha sido la construcción de un amplio y comprensivo marco conceptual de referencia relevante para el desarrollo de competencias basadas en el individuo para una perspectiva de aprendizaje a lo largo de la vida, evaluar dichas competencias y desarrollar e interpretar los indicadores internacionalmente comparables" y añade: "el proyecto se centra en competencias que contribuyan a una vida de éxito o exitosa (successful life) y al buen funcionamiento social".

En esta propuesta se hace mención explícita al mundo laboral y económico, a la calidad del trabajador y del trabajo, así como a sus habilidades.

En Latinoamérica la implementación del Modelo por Competencias viene de un proyecto denominado Alfa- Tuning Latinoamérica para los años 2004-2061, experiencia que ya se había implementado en Europa. Uno de sus objetivos claves (Gonzalez et al, 2004) es el de contribuir al desarrollo de titulaciones fácilmente comparables y comprensibles, desde los objetivos que la titulación se enmarque, y desde los perfiles buscados para los egresados en forma articulada y en toda América Latina. En la búsqueda de perspectivas que puedan facilitar la movilidad de los poseedores de títulos universitarios y profesionales en América Latina, y quizás también en Europa.

De esta forma, el punto de partida del proyecto estaría en la búsqueda de puntos de referencia comunes, centrándose en las competencias y en las destrezas (basadas siempre en el conocimiento). Tuning-América Latina tiene cuatro grandes líneas: competencias (genéricas y específicas de las áreas temáticas); enfoques de enseñanza, aprendizaje y evaluación; créditos académicos; y calidad de los programas.

El interés en el desarrollo de competencias en los programas educativos concuerda con un enfoque de la educación centrado ante todo en el estudiante y en su capacidad de aprender, exigiendo más protagonismo y cuotas más altas de compromiso, ya que es el estudiante el que debe desarrollar las capacidades, las habilidades y las destrezas.

En Síntesis, la Educación Superior en Chile, entonces, ha experimentado grandes cambios, el Estado pasó de ser Garante, a jugar un rol secundario, es decir a tener un rol Subsidiario, y con ello, en una economía de Mercado es que nace el Movimiento por Competencias, y la implementación de éste en todo el mundo incluyendo a nuestro país.

## Competencias:

En educación el término competencia no proviene de un único paradigma, sino que ha sido conformado por distintos ámbitos teóricos (filosofía, psicología, lingüística, sociología, economía y formación laboral). En este sentido aquí radica tanto la debilidad como la fortaleza del concepto y posibilidades de aplicación exacta del mismo.

Los componentes de una competencia (Sanchez, 2005) nos ayudan a desglosar y comprender la formulación de las competencias, entendiendo que dentro de la misma, se responde a una dimensión de desarrollo humano en donde se aglutinan: elementos, saberes esenciales, evidencias requeridas, criterios de desempeño, rango de aplicación y una cierta prospectiva no ordenada.

Dimensión del desarrollo humano: Se indican los ámbitos generales de la formación humana en los cuales se inscriben las competencias.	
<i>Identificación de la competencia:</i> Nombre y descripción de la competencia mediante un verbo en infinitivo, un objeto sobre el cual recae la acción y una condición de calidad.	<i>Elementos de competencia:</i> Desempeños específicos que componen la competencia identificada.
<i>Criterios de desempeño:</i> Son los resultados que una persona debe demostrar en situaciones reales del trabajo, del ejercicio profesional o de la vida social, teniendo como base unos determinados requisitos de calidad con el fin de que el desempeño sea idóneo.	<i>Saberes esenciales:</i> Son los saberes requeridos para que la persona pueda lograr los resultados descritos en cada uno de los criterios de desempeño, los cuales se clasifican en saber ser, saber conocer y saber hacer.
<i>Rango de aplicación:</i> Son las diferentes clases, tipos y naturalezas en las cuales se aplican los elementos de competencia y los criterios de desempeño, lo cual tiene como condición que tales clases impliquen variantes en la competencia.	<i>Evidencias requeridas:</i> Son las pruebas necesarias para juzgar y evaluar la competencia de una persona, acorde con los criterios de desempeño, los saberes esenciales y el rango de aplicación de la competencia.
<i>Problemas:</i> Son los problemas que la persona debe resolver de forma adecuada mediante la competencia.	<i>Caos e incertidumbres:</i> Es la descripción de las situaciones de incertidumbre asociadas generalmente al desempeño de la competencia, las cuales deben ser afrontadas mediante estrategias.

Tabla n°4: Componentes de una Competencia (Tóbon, Tóbon S, 2005 citado por Sánchez, 2005).

La revisión de la literatura muestra un sin número de definiciones para el término “competencias”, esto deja entrever que existe una indefinición, lo que puede ser perjudicial a la hora de transformarse en un eje curricular que se quiere y se está implementando.

Es así como algunos señalan que *“Una competencia, supone aceptar a su vez una forma mecánica, tecnicista y a-cultural de entender el curriculum. Mientras nos ocupamos y ocupamos a los docentes en la formulación de las competencias dejamos de plantearnos la trascendental pregunta sobre qué cultura queremos enseñar a las nuevas generaciones (Stenhouse 1967; citado por Angulo, 2009). Las competencias nos apartan de esta reflexión, porque es una reflexión ideológica y controvertida, aunque esencial para cada sociedad en el momento histórico en el que vivimos (McNeil, 2000; citado por Angulo, 2009). Dos, las competencias facilitan el trabajo de ‘elaboración’ de pruebas de rendimiento estandarizadas, al convertir la enseñanza y el aprendizaje en la preparación para las mismas. En un contexto de presión evaluadora, como está comenzando a ser el nuestro, nadie, ni gobierno ni escuela, se permitirán el lujo de dejar a su libre albedrío al profesional o las escuelas; por el contrario, de una u otra manera intentarán obligarlas a que se enseñe y se aprenda para alcanzar un buen resultado en dichas pruebas. Es más, no importa lo que digan y afirmen los currícula nacionales; lo que cuenta es lo que las pruebas preguntan, determinan, seleccionan..., y nada más”* (Angulo, 2009).

#### **Antecedentes Europeos: Declaración de Bolonia y el Perfil del Odontólogo:**

El año 1999, los ministros de Educación Europeos concretaron la elaboración de un documento en donde se reconoce la necesidad de estandarizar los programas de educación, siendo ésta uno de los pilares fundamentales para el fortalecimiento de la sociedad. Ante ello, se destaca a la “Europa del conocimiento” como un requisito irremplazable capaz de otorgar a sus ciudadanos “las competencias necesarias para afrontar los retos del nuevo milenio, junto con una conciencia de compartición de valores y pertenencia a un espacio social y cultural común” (Declaración de Bolonia, 1999).

En tal reunión, se destaca la importancia de crear sistemas de educación “compatibles y comparables” que permitan obtener un avance tangible, homogéneo, pero a la vez, cambiante según las necesidades, demandas de la sociedad y avances científicos. Este modelo ha sido implementado de forma parcial tanto en Europa como en América Latina.

No es excepción el caso de la carrera de Odontología, cuyo perfil curricular europeo apunta a la obtención de “competencias” para el desempeño de la profesión. El documento: “Titulo de grado en Odontología”, de la Agencia Nacional de Evaluación de la calidad y acreditación española especifica el avance en materia de estandarización de la carrera, como así también las competencias generales y específicas que debiese tener el profesional una vez titulado. La necesidad surge de determinar que los programas de formación en odontología que hay no logran la integración entre asignaturas básicas, médicas y netamente odontológicas, lo que

derivaba en un aprendizaje irrelevante para el alumno, a su vez, se estimaba que la forma de enseñanza, con preponderancia al área clínica, no se ajustaba a las necesidades reales (Título de grado en Odontología, 2004).

Es así, que se determina que el programa curricular de odontología debe ser centrado en el alumno para así poder desarrollar su máximo potencial de adquisición de conocimientos y el desarrollo de competencias y no solo en la memorización de clases magistrales en periodos de enseñanza segmentados temporalmente.

Entre los curriculum odontológicos que destaca el documento se entrega un valor preponderante a la “enseñanza en vez del aprendizaje”, a la integración de conocimientos, el aprendizaje basado en la resolución de problemas y el acercamiento, tanto vertical como horizontal del desarrollo de los estudios, al ámbito laboral odontológico, agregando además, asignaturas optativas de disciplinas humanísticas o desarrollo personal.

Las competencias profesionales para el desempeño de la Odontología han sido plasmadas en una serie de documentos, los cuales varían según región del mundo o país. Sin embargo, la gran mayoría concuerda en aspectos básicos referente al actuar del dentista recién graduado.

Durante el año 2004, la Asociación Para la Educación Dental de Europa presentó un documento, proyectado a revisión en los siguientes 4 años, los cuales determinaba el perfil y competencias del cirujano-dentista. La finalidad de tal consenso era la armonización de los planes de estudios Odontológicos en Europa, promover la discusión institucional e internacional en las escuelas y servir como guía base para el correcto desempeño de la profesión. (Título de grado en Odontología, 2004; Plasschaert et al, 2005)

Tal documento determina que el dentista recién graduado debe:

- Haber tenido una amplia formación académica y dental y ser capaz de funcionar en todas las áreas de la odontología clínica.
- Estar lo suficientemente entrenado en la ciencia dental.
- Ser capaces de trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud general y dental dentro de los sistemas de salud; debe tener buenas habilidades comunicativas.
- Esté preparado para la formación permanente y continua en el desarrollo profesional  
Ser capaz de practicar la odontología basada en la evidencia con un enfoque de resolución de problemas, utilizando habilidades básicas teóricas y prácticas.



A su vez, se determina que este nivel de desempeño requiere algún grado de velocidad y precisión consistente con el bienestar del paciente. También se requiere una toma de conciencia de lo que constituye un rendimiento aceptable en el marco del cambio de las circunstancias y al deseo de superación, apoyando la integración y fusión de todas las disciplinas, que deberían beneficiar a los estudiantes y también los pacientes que están recibiendo tratamiento.

Para tales efectos, se determinan dos tipos de competencias que deben ser manejadas por el odontólogo:

### **Competencias Principales:**

Dentro de cada dominio, una o más de las competencias más importantes se identifican como relativa a la actividad de ese dominio o preocupación. Una competencia principal es la capacidad de realizar o proporcionar un particular, pero complejo, servicio o tarea. Su complejidad sugiere que múltiples y más específicas habilidades son necesarias para apoyar el desempeño de cualquier competencia importante.

### **Competencias de apoyo:**

Las habilidades más específicas se podrían considerar subdivisiones de una "competencia principal" y se denominan "competencias de apoyo". El logro de una de las competencias principales requiere de la adquisición y demostración de todas las competencias de apoyo relacionados con ese servicio o tarea en particular, todo con el fin de satisfacer demandas concretas de las necesidades nacionales o regionales.

Se determinan así, 7 dominios interdisciplinarios y de orientación los cuales poseen competencias "principales" y "de apoyo":

- 1) Profesionalismo: Luego de su graduación, un dentista debe tener conocimiento actual y comprensión de los asuntos más amplios de la práctica odontológica, ser competente en una amplia gama de habilidades, incluyendo la investigación, análisis, resolución de problemas, planificación, comunicación, presentación y aptitudes para trabajar en equipo y comprender su relevancia en la práctica odontológica. Debe tener conocimiento y comprensión de las responsabilidades morales y éticas involucradas en la prestación de la atención a los pacientes individuales y la población, y tener conocimiento de las leyes actuales aplicables a la práctica de la odontología.
- 2) Comunicación y habilidades interpersonales: El dentista graduado debe ser competente para comunicarse efectivamente con los pacientes, sus familias y asociados, y con otros profesionales de la salud implicados en su cuidado.

- 3) Base de conocimiento, manejo de la información y pensamiento crítico: Debe tener conocimientos y comprensión suficiente en las ciencias técnicas, biomédicas y clínicas para entender las condiciones normales y patológicas relevantes a la odontología y ser competentes para aplicar esta información ante situaciones clínicas. Además, debe ser competente para recopilar y utilizar información de manera crítica, científica y efectiva.
- 4) Reunión de información clínica: un odontólogo debe ser competente para obtener y registrar un historial médico completo y un historial de estado oral y dental del paciente, incluyendo información biológica, médica, psicológica y social con el fin de evaluar la condición oral en pacientes de todas las edades. El dentista, además, debe ser competente para llevar a cabo un examen físico adecuado; la interpretación de los resultados y la organización de nuevas investigaciones.
- 5) Diagnóstico y planificación del tratamiento: Un odontólogo debe ser competente en la toma de decisiones, razonamiento y juicio clínico con el fin de desarrollar un diagnóstico diferencial, provisional o definitivo mediante la interpretación y correlación de los hallazgos del historial, examen clínico y radiográfico y otras pruebas de diagnóstico, teniendo en cuenta los antecedentes sociales y culturales del individuo. Un odontólogo debe ser competente para formar un diagnóstico y plan de tratamiento para pacientes de todas las edades (necesidades y demandas), pero deben reconocer aquellos tratamientos que están más allá de sus habilidades y la necesidad de ser referido a un especialista.
- 6) Restablecimiento y mantenimiento de la salud bucal: El odontólogo debe ser competente para educar a los pacientes y gestionar la atención de pacientes de todas las edades enfatizando los conceptos actuales de la prevención y el tratamiento de las enfermedades bucodentales, apoyando el mantenimiento de la salud sistémica y oral.
- 7) Promoción de la salud: El nuevo dentista debe ser competente en la mejora de la salud bucal de los individuos, familias y grupos en la comunidad.

Queda claro que el rol del Cirujano-dentista, como profesional inmerso en la sociedad y dentro de un equipo de salud debe realizar un rol interdisciplinario, que no solamente se circunscribe a la solución de patologías orales (o en ocasiones, solo de los dientes). El Odontólogo debe ser capaz, a su vez, de entablar correctos lazos comunicacionales con sus pacientes y la población, ello derivará en una mejor comprensión del paciente respecto a futuros cuidados en salud oral, por tanto, la inclusión de la prevención en el ámbito odontológico. Una evidente falla en la

comunicación con el paciente puede contribuir al fracaso de los 7 dominios anteriores, independiente de la calidad de las restauraciones o servicios prestados.

Por lo tanto el profesional Odontólogo, debiese comprender el contexto psico-socio-cultural y económico de la población beneficiaria, y además articular una comunicación efectiva, para impactar en la salud buco-dental de la población.

## **V.- Formación del Odontólogo en la Universidad de Valparaíso:**

La enseñanza universitaria de la Odontología se inició a fines de 1888, en la Escuela de Dentística, anexa al Hospital San Vicente de Paul y dependiente de la Facultad de Medicina y Farmacia, con cursos que duraban dos años.

En 1909, y tras la resolución del denominado "Crimen de Becker", las pericias odontológicas efectuadas a un cadáver calcinado en el incendio de la Legación Alemana en Chile, ejecutadas por el entonces director de la Escuela de Dentística, Dr. Germán Valenzuela Basterrica, permitieron resolver el misterioso caso policial.

En este escenario, el Presidente de la República, Don Pedro Montt, citó al Dr. Valenzuela convencido que había efectuado un gran servicio al país y, luego de felicitarlo, le ofreció una recompensa por parte del gobierno chileno. Ante esta oportuna retribución, el Dr. Valenzuela, que había adquirido sus conocimientos en París, respondió que deseaba "la construcción de una Escuela Dental moderna, que tanta falta hace al país".

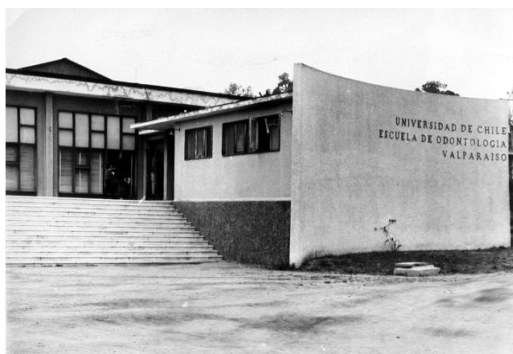
La nueva Escuela Dental, se inauguró el 10 de septiembre de 1911 con la presencia del Presidente de la República de Chile, Don Ramón Barros Luco.

En 1916 se establece oficialmente el reconocimiento de la Escuela de Dental como dependiente de la Facultad de Medicina. Un año más tarde, se concede existencia legal a la profesión por la Ley Nº 3.301.

En 1945 se instala la Facultad de Odontología, cuyo primer Decano fue el Dr. Alfonso Leng Haygus.

La Escuela de Odontología en Valparaíso, fue creada el año 1952 como dependiente de la Universidad de Chile y su primer curso fue iniciado el año 1955.

Posteriormente, con la creación de la Universidad de Valparaíso en 1981, la Escuela pasa a depender de la Facultad de Medicina de esta casa de estudios para, en 1987, lograr autonomía a través de la creación de la Facultad de Odontología, con decreto nº293, con fecha 29 de Octubre de 1986.





Entre los objetivos declarados de la carrera se encuentran: programar, realizar, y evaluar actividades de formación para que el egresado se destaque como perteneciente a esta Escuela. Además pretende contar con docentes capacitados y gestionar adecuadamente los recursos Universitarios o propios para el beneficio de inversiones que vayan a mejorar los recursos para la docencia.

La Universidad de Valparaíso (2008), indica que la carrera de Odontología posee una base científica, humanista, y tecnológica que permite demostrar eficiencia y eficacia en el cultivo de la profesión. Esta enfocada en dominar las competencias requeridas para la búsqueda y recuperación de información, para incorporarse a la base del conocimiento y de los cambios sociales a través de una educación continua. Está orientada a detectar y resolver integralmente los problemas de Salud Oral del individuo y de la comunidad.

El Cirujano Dentista de la Universidad de Valparaíso, podrá ejercer en los Servicios de Salud regionales, o municipales, servicios privados, o en consulta privada, a su vez teniendo la oportunidad de dedicarse a las áreas académicas en docencia o investigación.

En base a lo anterior, se han realizado una serie de cambios curriculares, que se ven enmarcados, tanto en la evolución de la carrera en particular como a los cambios que ha experimentado la Educación en su conjunto en Chile.

**Materiales y Método:****PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿El perfil del egresado de Odontología de la Universidad de Valparaíso responde a las necesidades buco-dentales de la población?

**OBJETIVOS:****General:**

- Determinar según la percepción del cirujano dentista, respecto a su formación profesional, cubre las necesidades declaradas por los pacientes.

**Objetivos específicos:**

- Reconocer diferencias en el proceso de formación del Cirujano Dentista a través de los modelos Históricos de formación profesional.
- Interpretar el Perfil Profesional necesario, declarado por los pacientes según su experiencia en la atención Odontológica.
- Identificar las Fortalezas y Debilidades de los modelos de planes de estudios de la UV según la percepción del Cirujano Dentista.

**ESTRATEGIA METODOLÓGICA:**

El enfoque cualitativo, es referido como una investigación naturalista, fenomenológica (o etnográfica), es una especie de paraguas en el cual se incluye una variedad de concepciones visiones, técnicas y estudios no cuantitativos.

Las principales características de este enfoque, es que bajo la búsqueda cualitativa en lugar de iniciar con una teoría que se intenta demostrar a través del empirismo, los investigadores comienzan examinando el mundo social y en este proceso se desarrolla una teoría que es coherente con lo que observa que ocurre, estas investigaciones se fundamentan más en un proceso inductivo.

Se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados. Esta recolección nos permite obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes.

La investigación cualitativa se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos, principalmente los humanos y sus instituciones.

Para llevar a cabo estos estudios, el investigador pregunta cuestiones generales y abiertas a los participantes, recabando los datos expresados a través del lenguaje verbal y no verbal, así como visual, estos datos son descritos y analizados.

Realizar una investigación Cualitativa, por ejemplo, en el ámbito de la Salud Oral, nos ayudará a comprender como factores económicos, sociales, culturales y políticos influyen en procesos de salud-enfermedad. Además buscar explicaciones para determinados comportamientos como adhesión a los tratamientos, grado de compromiso de los pacientes, satisfacción o insatisfacción respecto a la atención en salud etc...

La multifactorialidad de los problemas de salud oral, no solo pueden ser tratados desde la mirada cuantitativa, sin duda los niveles de prevalencia tanto de caries como de enfermedad periodontal son un indicador relevante, pero entender el por qué a pesar de los esfuerzos, o como están funcionando éstos, es igualmente relevante, la investigación cualitativa viene a ser un complemento de la cuantitativa, para enfrentar los problemas de salud pública.

**TIPO DE ESTUDIO:** Cualitativo, interpretativo.

**DEFINICIÓN DE LA MUESTRA:** Intencionada, Teórica.

- Intencionada, las unidades de muestreo no se eligen con criterios de representatividad estadística sino con criterios de representatividad del discurso, es secuencial hasta llegar a tener la información suficiente (alcanzar la saturación de la información) para responder a las preguntas que los objetivos del estudio pretenden alcanzar y finalmente hay que entender que las decisiones muestrales iniciales pueden llevar a descubrir nuevos aspectos que deben ser estudiados o a comprobar que otros informantes son más adecuados, etc. (Vázquez et al., 2006)

- Muestreo teórico es un esquema conceptual sobre el cual se construyen perfiles en los que se esperan discursos diferentes dentro de la población o contexto de estudio.

**UNIDAD DE ANÁLISIS:**

- a) Documentos: mallas curriculares de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile sede Valparaíso, y la actual Universidad de Valparaíso.
- b) Profesional Odontólogo: se incluye, profesional Odontólogo egresado de la Universidad de Valparaíso, en ejercicio hace más de un año, y cuya atención sea otorgada en Servicio Público y que cuenten con un mínimo de 22 horas de trabajo semanal en este servicio. Se excluyen Profesionales Odontólogos con formación mixta, es decir cuyo proceso de formación no haya sido completo en la Universidad de Valparaíso y aquellos Profesionales que trabajen solo en Servicio Privado.

Perfil del Cirujano Dentista: Profesional del área de salud, que dedique parte de su trabajo al Servicio Público, entendiendo este como un servicio a la comunidad.

- c) Pacientes de Servicio Odontológico: se incluyen pacientes de distintos rangos etareos, sin distinción de género, ni etnia, que quieran tener una participación activa, y que sean atendidos en el Servicio Público, se excluyen aquellos pacientes que no hayan sido atendidos en el Servicio Público en el último año y con dificultades del habla.

Perfil del paciente: Usuarios de servicio odontológico público, que pertenezcan a diferentes organizaciones comunales (juntas de vecinos, organizaciones sindicales) de la región de Valparaíso, y que tengan un rol significativo y participativo en estas organizaciones, y por este rol es que quieran participar siendo un aporte no solo para la investigación sino para la formulación de mejores políticas de salud pública.

No se acudieron a consultorios para evitar el sesgo en las respuestas, así los pacientes pueden sentirse cómodos, y libres de responder, hacer críticas, comentarios etc.



### **TIPOS DE TÉCNICAS UTILIZADAS:**

- Análisis de Documentos: se analizarán las mallas curriculares de la ex Universidad de Chile sede Valparaíso, y la actual Universidad de Valparaíso de los años 1969, 1983 y 2006 en base al contenido curricular, haciendo la comparación entre éstas.

- Entrevistas Semi-estructuradas: La entrevista es una técnica de investigación base para recuperar/producir la experiencia, percepción, discurso relato o narración personal del sujeto.

Puede buscar que el sujeto se ubique con respecto a enunciados predefinidos (entrevista estructurada cuantitativa) o provocar al sujeto para que produzca respuestas y se haga nuevas preguntas (entrevista semiestructurada abierta /en profundidad), esta última es la que realizamos con esta investigación. Para la realización de la entrevista estructurada abierta (semiestructurada) se utilizará un guión de preguntas.

- Triangulación de investigadores: se utiliza cuando se aplica la observación en la investigación, se emplea diversos observadores quienes registran lo mismo y luego se contrastan los resultados. En este caso ambos investigadores, realizamos entrevistas tanto para pacientes como para odontólogos, además del análisis individual y conjunto de mallas curriculares. Esto también se emplea para obtener la validez de una observación en una investigación.

### **CRITERIOS ÉTICOS:**

- Confidencialidad: La realización de las entrevistas será bajo términos exclusivos de confidencialidad, en donde sólo los investigadores y los profesores asesores tendrán acceso a las grabaciones de audio y transcripción de entrevistas, la realización y utilización de las entrevistas será de uso exclusivo para el proceso investigativo.
- Consentimiento Informado: Se utiliza un consentimiento informado tanto para pacientes como para profesionales, donde se explica la intencionalidad del estudio y se expresan los términos de confidencialidad.

## **PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS:**

Se realizará un Análisis Narrativo de Contenido, para las mallas curriculares: El análisis narrativo de contenido, se concentra en el contenido manifiesto, es decir consiste en analizar los contenidos expresados de forma directa e interpretar su significado.

Se realizará un Análisis del Discurso para las entrevistas: El análisis del discurso, que se centra en el contenido latente y trata de buscar el significado o motivación subyacente. Por ejemplo, en el análisis sociológico del discurso se intentan reconstruir las entidades sociales a partir del análisis de las interacciones, mientras que en el análisis sociolingüístico lo hace a través de la estructura del lenguaje.

## **VALIDEZ:**

Estrategias para asegurar rigor y validez en las investigaciones cualitativas:

- Comparar los resultados con otras fuentes, información, otras investigaciones
- Contrastar los resultados con los informantes.
- Reflexividad, reconocimiento de las preconcepciones, los sesgos, las limitaciones.
- Atención a los datos contradictorios y desviados o que parecen serlo.
- Explicar de forma exhaustiva el contexto en el que se ha realizado la investigación.
- Trabajar en equipo y revisando los resultados a lo largo del estudio.
- Recogida de datos intensa y prolongada.
- Triangulación
  - Diferentes fuentes de información e informantes
  - Diferentes técnicas
  - Investigadores, ambos realizamos el registro de entrevistas tanto de pacientes como odontólogos y se realiza el contraste de la información obtenida.

## **ANÁLISIS DE LOS DATOS:**

### **I.- Mallas curriculares de la carrera de Odontología de la Universidad de Valparaíso dividida según años de estudio:**

Desde la formación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, hemos encontrado registro de 10 mallas curriculares, luego de una revisión es que se escogieron 3 planes de estudios, por ser los más representativos de acuerdo a la época. Se procuro escoger un plan de estudios por etapa cronológica según la evolución de la Educación Superior en Chile, correspondientes a los cambios históricos de nuestro país.

Mallas curriculares:

- Año 1969: Se escogió por ser el plan de estudios más antiguo, del que encontramos registro, además de corresponderse con la etapa de la reforma universitaria con el espíritu de renovación del “Mayo Parisino de 1968” (Estado Docente).
- Año 1983: Curriculum académico, por ser el más representativo de los planes de estudio que sufrieron cambios en la década del 1980, rol subsidiario del Estado en la Educación.
- Año 2006: por ser el último cambio de malla curricular, próximo a sufrir importantes modificaciones.

En las siguientes tablas podemos observar la cantidad y nombres de asignaturas cursadas por año académico en tres mallas curriculares: 1969, 1983 y 2006 en implementación actual. Posteriormente, se definen las “competencias profesionales que incluyen en sus asignaturas y una comparación entre ellas.

**Primer año:**

1969	1983	2006
-Química General -Biología -Matemáticas y Estadística -Física General. -Anatomía I.	-Química -Biología Celular. -Matemáticas Generales. -Física. -Anatomía I. -Introducción a Salud Pública. -Bioestadística y demografía. -Genética.	-Química. (A) -Biología Celular. (A) -Física. (S) -Fisiología I. (S) -Anatomía. (A) -Genética. (S) -Introducción a la Odontología. (S) -Odontología Social. (A) -Odontología Preventiva. (S) -Metodología Científica. (S) -Asignatura electiva. (S)

**Segundo año:**

1969	1983	2006
-Anatomía II. -Histología. -Bioquímica. -Fisiología general. -Preclínico Integral I. -Técnica y materiales dentales.	-Bioquímica. -Patología general. -Fisiología. -Anatomía II. -Histología Embriológica I. -Histología Embriológica II. -Técnicas y materiales dentales.	-Microbiología. (A) -Materiales dentales (A) -Fisiología II. (A) -Histología. (S) -Fisiología oral. (S) -Bioquímica.(S) -Patología I. (S) -Farmacología I. (S) -Radiología I (S) -Enfermería. (S) -Asignatura electiva. (S)

**Tercer año:**

1969	1983	2006
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Microbiología e higiene oral.</li> <li>-Patología general.</li> <li>-Fisiopatología.</li> <li>-Preclínico Integral II.</li> <li>-Operatoria Dental.</li> <li>-Prótesis fija.</li> <li>-Prótesis Removible.</li> <li>-Cirugía oral y máxilo-facial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fisiopatología.</li> <li>-Farmacología.</li> <li>-Preclínico Integral.</li> <li>-Patología estomatológica.</li> <li>-Cirugía oral máxilo-facial I.</li> <li>-Epidemiología.</li> <li>-Patología estomatológica II.</li> <li>-Radiología.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Odontología preventiva II. (A)</li> <li>-Operatoria I. (A)</li> <li>-Patología II. (A)</li> <li>-Cirugía I. (A)</li> <li>-Periodoncia I (A)</li> <li>-Oclusión. (S)</li> <li>-Epidemiología. (S)</li> <li>-Farmacología II. (S)</li> <li>-Endodoncia I. (S)</li> <li>-Preclínico Integral. (S)</li> <li>-Radiología II. (S)</li> <li>-Ortodoncia. (S)</li> <li>-Odontopediatría. (S)</li> </ul>

**Cuarto Año:**

1969	1983	2006
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Patología Estomatológica</li> <li>-Odontología Infantil.</li> <li>-Ortodoncia.</li> <li>-Operatoria.</li> <li>-Prótesis fija.</li> <li>-Prótesis removible.</li> <li>-Cirugía oral y máxilofacial.</li> <li>-Periodoncia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cirugía oral y máxilofacial II.</li> <li>-Operatoria dental.</li> <li>-Prótesis removible.</li> <li>-Prótesis fija.</li> <li>-Endodoncia.</li> <li>-Odontología Infantil</li> <li>-Ortodoncial.</li> <li>-Periodoncia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prótesis removible I. (A)</li> <li>-Operatoria II. (A)</li> <li>-Patología III. (A)</li> <li>-Endodoncia II. (A)</li> <li>-Cirugía II. (A)</li> <li>-Prótesis fija I. (A)</li> <li>-Odontología Infantil Integral I. (A)</li> <li>-Periodoncia II. (A)</li> </ul>

**Quinto año:**

1969	1983	2006
-Odontología Infantil integral I. -Odontología Infantil Integral II. -Cirugía oral y máxilofacial. -Traumatología y prótesis máxilo-facial.	-Cirugía oral y máxilofacial III. -Odontología Infantil integral. -Administración y educación en salud. -Trauma y prótesis máxilo-facial. -Clínica integral. -Seminario de tesis. -Internado (solo 2do semestre)	-Prótesis removible II. (A) -Operatoria III. (A) -Prótesis fija II. (A) -Odontología Infantil Integral II. (A) -Ética y legislación. (S) -cirugía III. (S) -Metodología científica II.(S) -Seminario de tesis I. (S)

**Sexto año:**

1969	1983	2006
NO EXISTE AÑO ACADÉMICO.	-Internado (solo 1er semestre).	-Administración. (S) -Odontología preventiva III. (S) -Medicina oral. (S) -Clínica electiva. (S) Seminario de tesis II. (S) -Internado (solo 2do semestre)

**Total de asignaturas por año:**

1969	1983	2006
-Química General -Biología -Matemáticas y Estadística -Física General. -Anatomía I. -Anatomía II. -Histología. -Fisiología general. -Preclínico Integral I. -Técnica y materiales dentales. -Microbiología e higiene oral. -Patología general. -Fisiopatología. -Preclínico Integral II. -Operatoria Dental. -Prótesis fija. -Prótesis Removible. -Patología Estomatológica -Odontología Infantil. -Ortodoncia. -Bioquímica. -Odontología Infantil integral I. -Odontología Infantil Integral II. -Cirugía oral y máxilo-facial (III) -Cirugía oral y máxilo-facial (IV) -Cirugía oral y máxilo-facial (V) -Traumatología y prótesis máxilo-facial. -Periodoncia.	-Química -Biología Celular. -Matemáticas Generales. -Física. -Anatomía I. -Introducción a Salud Pública. -Bioestadística y demografía. -Genética. -Bioquímica. -Patología general. -Fisiología. -Anatomía II. -Histología Embriológica I. -Histología Embriológica II. -Técnicas y materiales dentales. -Fisiopatología. -Farmacología. -Preclínico Integral. -Patología estomatológica. -Cirugía oral máxilo-facial I. -Epidemiología. -Patología estomatológica II. -Radiología. -Cirugía oral y máxilofacial II. -Operatoria dental. -Prótesis removible. -Prótesis fija. -Endodoncia. -Odontología Infantil -Ortodoncia. -Periodoncia. -Cirugía oral y máxilofacial III. -Odontología Infantil	-Química. -Biología Celular. -Física. -Fisiología. -Anatomía. -Genética. -Introducción a la Odontología. -Odontología Social. -Odontología Preventiva. -Metodología Científica. -Asignatura electiva. -Microbiología. -Materiales dentales -Fisiología II. -Histología. -Fisiología oral. -Bioquímica. -Patología I. -Farmacología I. -Radiología I -Enfermería. -Asignatura electiva. -Odontología preventiva II. -Operatoria I. -Patología II. -Cirugía I. -Periodoncia I -Oclusión. -Epidemiología. -Farmacología II. -Endodoncia I. -Preclínico Integral. -Radiología II. -Ortodoncia. -Odontopediatría. -Prótesis removible I. -Operatoria II. -Patología III. -Endodoncia II. -Cirugía II. -Prótesis fija I. -Prótesis fija II.

	<p>integral.          -Administracion y educación en salud.          -trauma y prótesis máxilofacial.          -clínica integral.          -Seminario de tesis.          -Internado</p>	<p>-Odontologia Infantil Integral I.          -Periodoncia II.          -Prótesis removible II.          -Operatoria III.          -Prótesis fija II.          -Odontología Infantil Integral II.          -Ética y legislación.          -cirugía III.          -Metodología científica II.          -Seminario de tesis I.          -Administración.          -Odontología preventiva III.          -Medicina oral.          -Clínica electiva.          Seminario de tesis II.          -Internado</p>
TOTAL: 30 Asignaturas.	TOTAL: 39 Asignaturas.	TOTAL: 57 Asignaturas.



### **Categorización de competencias según asignaturas de mallas curriculares:**

Para lograr una correcta internalización del concepto de “competencia” dentro de la malla curricular de la carrera de Odontología, es necesario categorizar las asignaturas según competencias profesionales, tanto genéricas como específicas. La categorización nos permite determinar el enfoque de cada malla a través de los años y, posteriormente, si ésta se condice con las experiencias relatadas por los odontólogos de cada tramo generacional. Para ello, tomamos en consideración los dominios y competencias expuestos en el marco teórico y publicado en el documento “Título de grado de Odontología” de la Agencia Nacional de Evaluación de la calidad y acreditación española:

**1-Competencias en Ciencias básicas:** incluye todas aquellas asignaturas de formación general, correspondiente, generalmente a los ciclos iniciales de la carrera.

**2-Competencias en Integración, trabajo social y educación:** considera todas aquellas asignaturas que impliquen el conocimiento y la inserción del odontólogo como profesional activo en la sociedad, educación al paciente, prevención, legislación y comunicación interpersonal.

**3-Competencias en investigación:** considera aquellas asignaturas cuya finalidad es fomentar la investigación y el conocimiento de las ciencias relacionadas a éstas.

**4-Competencias clínicas con énfasis en diagnóstico:** Incluye todas aquellas asignaturas de contenido teórico-práctico cuya finalidad es dotar de conocimientos diagnósticos al estudiante, que le permitan reconocer la enfermedad, determinar exámenes complementarios y tratamiento, así como todas sus consideraciones y secuelas anexas.

**5-Competencias clínicas con énfasis terapéutico:** Incluye todas aquellas asignaturas de carácter netamente prácticas, destinada al desarrollo de una especialidad o área clínica específica de la odontología.

**6-Competencias Genéricas o de desarrollo personal:** incluye toda asignatura cuya finalidad sea el desarrollo del estudiante como persona, consideradas básicas e independientes de la obtención del título profesional. Recaen también en ésta categoría, toda asignatura miscelánea no clasificada en los parámetros anteriores.

## Re-clasificación de asignaturas, de las tres mallas curriculares según

### competencias definidas:

Ciencias Básicas:	Integración social y educación:	Investigación:	Clínico con énfasis en Diagnóstico:	Clínico con énfasis Terapéutico:	Genéricas-desarrollo personal:
-Biología. -Física. -Química. -Fisiología. -Matemáticas. -Anatomía. -Genética -Bioquímica.	-Odontología Social. -O. Preventiva. -Ética y legislación. -Administración en Salud. -Introducción a Salud Pública.	-Epidemiología -Metodología científica. -Seminario de tesis. -Bioestadística.	-Radiología. -Patología. -Fisiopatología -Histología. -Microbiología. -Farmacología -Materiales dentales -Medicina oral -Oclusión -Ortodoncia.	-Enfermería. -Preclínico. -Farmacología -Prótesis fija. -Prótesis removible. -Cirugía. -Operatoria. Odontopediatría -O. Infantil integral. -Endodoncia. -Periodoncia -Clínica electiva. -Traumatología y prótesis máxilofacial. - Practica Asistencial de verano. -Internado.	Asignatura electiva I Asignatura Electiva II

## **Análisis de mallas curriculares por año según competencias definidas:**

### **Malla 1969:**

**1-Competencias en Ciencias básicas:** Respecto a los contenidos en asignaturas generales que el alumno de aquella época debía manejar, se contaba con las asignaturas básicas que hasta el día de hoy continúan en vigencia: Química, Biología, Física y Anatomía. Exceptuando Matemáticas, que hoy no existe, los contenidos son los mismos.

Cabe destacar que anatomía tenía una duración de 4 semestres, mientras que biología y bioquímica son contenidos de segundo año. No existe el curso de genética.

**2-Competencias en Integración social y educación:** La malla 1969 no contempla ninguna asignatura calificada de “fomento de integración social o educación”. Cabe destacar que el año 1970 ésta malla sufrió drásticas incorporaciones en éste ámbito con asignaturas tales como: “Introducción a la salud pública”, “Administración y educación para la salud”, “antropología cultural” y “Odontología preventiva”.

**3-Competencias en investigación:** Respecto a Investigación, la malla no contempla asignaturas que fomenten tales competencias.

**4-Competencias clínicas con énfasis en diagnóstico:** Existen asignaturas que recaen en tal categoría bajo el análisis de signos y síntomas en el paciente: Fisiología, Histología, Fisiopatología, microbiología y farmacología. No existe antecedentes de instrucción en exámenes complementarios (Radiología).

**5-Competencias clínicas con énfasis terapéutico:** Las asignaturas concernientes a éste punto son ampliamente desarrolladas desde tercer año, con ciclos anuales en asignaturas de rehabilitación (prótesis fija y removible), Cirugía, Operatoria y Clínicas infantiles. El número de éstas últimas está solo reducida a 1 año, mientras que Periodoncia solo tiene duración de 1 semestre.

**6-Competencias Genéricas o de desarrollo personal:** No existen antecedentes de asignaturas concernientes a éste punto.

**Malla 1983:**

**1-Competencias en Ciencias básicas:** Las asignaturas de formación en ciencias generales son las mismas que en el caso anterior, pero sumando genética en el primer año y disminuyendo la duración del curso de anatomía a solo 1 año repartido entre primer y segundo año.

**2-Competencias en Integración social y educación:** Se agrega la asignatura de “introducción a la salud pública” en primer año y “Administración y educación en salud” en quinto año. No existen más asignaturas en éste ámbito.

**3-Competencias en investigación:** Destacan las asignaturas de “Bioestadística” en primer año, “Epidemiología” en tercer año y “Seminario de Tesis” durante todo el quinto año.

**4-Competencias clínicas con énfasis en diagnóstico:** Se mantienen las mismas asignaturas que en la malla anterior, pero agregando “Radiología” dentro de competencias diagnósticas.

**5-Competencias clínicas con énfasis terapéutico:** Las asignaturas clínico-prácticas tienen mayor preponderancia durante cuarto año, encontrándose todas ellas en tal nivel: Cirugía (clínica), Operatoria, Prótesis fija y removible, periodoncia y Endodoncia. Ésta última asignatura no figura en la malla anterior. Respecto a las asignaturas Odontopediátricas, éstas tienen una duración de un año y son repartidas entre cuarto y quinto año.

**6-Competencias Genéricas o de desarrollo personal:** No figuran asignaturas de desarrollo general o personal en ésta malla.

**Malla 2006 (vigente):**

**1-Competencias en Ciencias básicas:** Son ampliamente tratadas en primer y segundo año, química, biología, anatomía y fisiología II poseen duración anual, Mientras que Física, Bioquímica, Genética, Fisiología I y enfermería poseen duración semestral. No existe “Matemáticas” en éste curriculum.

**2-Competencias en Integración social y educación:** Superan ampliamente en cantidad de asignaturas a las mallas anteriores, comenzando con “Odontología social”, de duración anual en primer año, Odontología Preventiva en primer, tercer y sexto año, Ética y legislación en quinto año y administración en sexto año. Se observa un claro aumento en el énfasis a la prevención en ésta malla en comparación a sus antecesoras, así como también en la importancia del cirujano dentista con un rol definido en la sociedad en asignaturas de “Salud pública”.

**3-Competencias en investigación:** Comienza en primer año con “metodología científica”, asignatura que se retoma en quinto año como preámbulo para las asignaturas de “Seminario de Tesis”. Epidemiología se mantiene en el curriculum.

**4-Competencias clínicas con énfasis en diagnóstico:** Son ampliamente tratadas en segundo y tercer año con asignaturas de “Patología” en segundo, tercero, cuarto y sexto año (Medicina oral), Radiología I y II en segundo y tercero respectivamente, Fisiología oral y oclusión, con énfasis en trastornos temporomandibulares. Se excluye la asignatura de “Fisiopatología” de la malla curricular. Por otra parte, “Farmacología” aumenta su duración al doble con cursos en segundo y tercero.

**5-Competencias clínicas con énfasis terapéutico:** Son tratadas ampliamente de tercero a sexto año. A diferencia de las mallas anteriores, las asignaturas ligadas al ámbito de rehabilitación y cirugía extienden sus periodos anuales durante todo cuarto y quinto año. Las Asignaturas Odontopediátricas aumentan en cantidad de horas curriculares desde tercer año a quinto año, aumentando al doble en las asignaturas de carácter clínico en el tratamiento de niños. Ocurre lo mismo con Periodoncia que, a diferencia de la malla anterior, aumenta su duración al doble. Enfermería no figura en las mallas anteriormente analizadas. Clínica Electiva representa el último paso clínico en la universidad antes de la realización del internado.

**6-Competencias Genéricas o de desarrollo personal:** En éste punto destacan la incorporación de “asignaturas de formación general” (AFG), cuyas temáticas varían de las carreras que habitualmente cursa el estudiante. El énfasis de las asignaturas es variado, desde deportes, hasta talleres de desarrollo personal e idiomas. Son las únicas dos instancias curriculares que forman en otras disciplinas al estudiante.

### **Observaciones Generales en comparación de mallas curriculares:**

- La estructura de la malla en ciencias básicas (1ro y 2do año) no ha sufrido cambios mayores.
- La cantidad de asignaturas a través de los años ha aumentado, principalmente gracias a la subdivisión de especialidades y la incorporación de asignaturas de nuevos contenidos, como de Ética y legislación, Administración y Odontología Social abocadas a la inserción laboral además de Odontología Preventiva.
- La tendencia ha sido aumentar la duración de los cursos diagnósticos y de práctica clínica de semestral a anual, en comparación con la malla más antigua.
- La malla del año 1969 no considera internado ni sexto año académico. En 1983, sexto año solo constaba de internado el primer semestre manteniéndose así hasta el 2004.
- Desde el año 1983 a la malla 2006, se ha incrementado el énfasis en asignaturas orientadas al tratamiento de niños.
- La asignatura “Odontología Preventiva” no figura en la malla propiamente tal en fechas anteriores al año 1988. Se incorpora como asignatura electiva el año 1970 equivalente a “Introducción a la odontología” y con solo un semestre de duración.
- La malla 2006 se caracteriza por aumentar de 1 a 3 las asignaturas de “Odontología preventiva”, respecto a su antecesora.
- Las disciplinas relacionadas a la sociedad como receptora de la labor del profesional de la salud y las labores propias del cirujano dentista para incluir su participación social (O. social, epidemiología, administración, entre otras...) han sufrido un aumento a lo largo del tiempo, factor que no era considerado anteriormente.
- En la malla actual se incluyen “Asignaturas de formación general” (AFG) como el único planteamiento de actividades extracurriculares alejadas de la labor propia odontológica.
- Solo la malla 2006 incurre en agregar asignaturas propiamente tal al 6to año excluyendo el internado.
- Podemos considerar el Internado y la práctica de verano con una triple función a nivel de competencias: Integración social, desarrollo de competencias diagnósticas y competencias clínico prácticas. Esto, producto de que representan el primer acercamiento de estudiante al sistema público de atención odontológica, teniendo que desarrollar todas sus destrezas y habilidades en condiciones laborales reales con pacientes que, a diferencia de la formación en la Escuela, no son recurrentes ni poseen lazos afectivos con los tratantes.

## **II.- Análisis Opinión del Odontólogo:**

### **Relación: Odontólogo-Formación profesional.**

En el siguiente apartado se desarrolla el análisis de resultados correspondientes a las cuatro primeras preguntas del cuestionario de preguntas semi-estructuradas aplicado a 11 cirujanos dentistas que desempeñan labores en servicios públicos.

Para ello, es necesario dividir por generación a los profesionales entrevistados según su malla de formación, para posteriormente comparar sus opiniones con la información previamente expuesta. Del total de dentistas: 2 pertenecen a la primera malla generacional, 4 a la segunda y 5 a la tercera o más actual.

Manteniendo la confidencialidad de la información, pero con el fin de organizar los datos y exponer las citas, el dentista entrevistado es designado con un número, precedido por el código "ED" (Entrevista a Dentista).

Dentro de las competencias que el cirujano-dentista les da mayor preponderancia en gran cantidad de casos podemos encontrar:

- Competencias en integración social y educación.
- Competencias clínicas con énfasis en el diagnóstico.
- Competencias clínicas con énfasis terapéutico.
- Competencias de desarrollo personal.

### **Malla 1969 y respuestas del Odontólogo.**

**Competencias de Integración social y educación:** Se destaca por sobre todo, el trato con el paciente y el trato dentro de su proceso de formación con sus pares y profesores, aludiendo a un aprendizaje "más personalizado" en comparación a lo que observan ahora. Esto es concordante también con el número de alumnos por curso de aquella época.

Destaca también el "trato igualitario", el desarrollo de la tolerancia al paciente y la aplicación de destrezas psicológicas, principalmente de autoaprendizaje en la práctica clínica.

ED#5: "..., las competencias que tenía que tener aquí mijito, 500 grados de tolerancia"

"Es que yo siento que cuando estaba en la universidad, yo era muy importante para mis profes, y yo siento que ahora, ustedes, no son lo más importante para sus profes, el profe se la jugaba por ti, ahora no tienen ningún problema en perjudicarte"

ED#8: "...uno conversa con el paciente, lo que uno conversa normalmente en su actividad social, pero el paciente se adentra un poquitito más y le cuenta a uno sus

problemas, sus dolores, sus molestias, sus problemas psicológicos, familiares, y uno es un poco psicólogo porque uno trata responder su ansiedad y a las preguntas”

La “vocación de servicio” se demuestra implícitamente. A pesar de que el contenido y acercamiento hacia el ámbito social y comunitario de la malla es restringido, se expresa que el tipo de enseñanza era mucho más “social” que ahora.

ED#5: “... te tiene que gustar esta cosa, porque de verdad verdad, aquí no estamos por dinero, estoy porque te gusta la odontología...”

ED#8: “Efectivamente. Yo creo que el derecho del paciente, tiene derecho en cualquier parte a ser tratado igual, se aplican los tiempos operatorios correspondientes...”

En relación a competencias en fomento y prevención en salud oral, los dentistas indican que su proceso de aprendizaje no tenía énfasis en el desarrollo de esas destrezas, lo cual se condice con el contenido de la malla analizada.

**Competencias clínicas con énfasis terapéutico:** El concepto que destaca respeto al desempeño clínico es “Integralidad”, vale decir, un odontólogo que sea capaz de desarrollar todas las disciplinas, al menos en el ámbito de atención primaria, para entregar la mejor atención al paciente. Respecto a las acciones clínicas que con mayor frecuencia desempeñan, se encuentran las de tipo rehabilitador o restaurador, a lo cual indican que estaba orientado su proceso de aprendizaje.

ED#5: “La verdad es que la idea era formar dentistas integrales.....en todos los aspectos ah?, sociales, culturales, en técnicas.....la universidad era bastante distinta a lo que es hoy día.

ED#8: “no, preventivo no, en absoluto, era más restaurador, más de rehabilitación oral. Todas las asignaturas o especialidades que en ese tiempo habían menos, significaban rehabilitación oral, pero en ningún caso preventivo.”

Se determina también, que el proceso de enseñanza-aprendizaje actual es mucho más pobre en términos de contenidos que el de aquella época:

ED#8: “... hice actividades que un odontólogo actualmente no sabe hacerlas, te pueden recetar de memoria el tipo de colgajo o como sutura, pero se encuentra ante eso y no se va a atrever hacerlo, salvo que sea muy descriteriado y se tire no mas a lo que no sabe, pero en aquel tiempo si.”

Respecto a la pregunta a sus competencias aprendidas en la universidad v/s autoformación, se destaca que ambos consideran que gran parte de ellas fueron aprendidas en la universidad, tanto en el ámbito personal como profesional.



Al preguntar respecto a si los contenidos curriculares eran suficientes para el desempeño profesional y responder a las necesidades de la población, ambos respondieron que si.

**Competencias de desarrollo personal:** En un caso se destaca la docencia como experiencia enriquecedora al aprendizaje continuo y los cargos o responsabilidades administrativos como una oportunidad para la “Toma de decisiones”.

ED#8: “el profesional que hace docencia debe dedicarle tiempo a la universidad., ese es el problema, no hay una entrega como antes, te lo digo, porque lo he vivido...”

ED#8: “y la otra parte resolutiva que me ha tocado hacer, fue cuando fui jefe del servicio del hospital xxx en donde tuve que tomar resoluciones por mi mismo a través de jefaturas, verdad?, por problemas de los otros colegas, y eso fue súper enriquecedor porque me significó aplicar protocolos que de otra forma no lo hubiera hecho.”

### **Malla 1983 y respuestas de Odontólogos:**

**Competencias de Integración social y educación:** En éste sentido, se destaca que el odontólogo es un profesional “poco” conectado socialmente, el cual no participa en actividades de promoción de la salud, de regulación de la carrera y con bases sociales pobres para enfrentar la vida laboral. Tampoco se hace mención a interacción con pacientes o destrezas psicológicas en relación al trato con éstos.

ED#3: “mire, yo creo que los odontólogos actualmente estamos muy poco conectados (socialmente), no tenemos un colegio de dentistas que nos represente...”

ED#7: “...porque el paciente es un paciente completo, que vino por un problema puntual pero que tiene un sistema general que va todo relacionado, no solamente el aspecto físico, sino que la parte intelectual, la parte emocional y todo eso va junto, y no te lo enseñan en la universidad, pienso que la enseñanza en la universidad es demasiado técnica.”

ED#11, en respuesta a la relación con el paciente y la aplicación de psicología: “intento no hacerlo, porque no es mi rol, no intento escuchar demasiado los problemas de los pacientes y les hago saber de que yo soy un profesional de la salud y que, si tiene algún conflicto personal o más delicado, yo puedo escucharlo, pero no lo voy a poder ayudar mucho más que eso e intento derivarlo al psicólogo, no asumo ese rol oficialmente.”

En relación a actividades de fomento y prevención en salud, se indica que éstas actividades no son realizadas porque no con parte de las metas de los establecimientos y que tampoco son tratadas con énfasis en su formación profesional.

**Competencias clínicas con énfasis en el diagnóstico:** Uno de los entrevistados destaca el concepto de “saber derivar”, situación fundamental que determina las capacidades del profesional y, más importante, el reconocimiento de sus límites. La derivación correcta se traduce en un paso fundamental luego del diagnóstico que permite un correcto tratamiento al paciente, sin embargo, se hace alusión a los egresados actuales y su poco criterio en éste sentido.

ED#3: “y si no, tengo los conocimientos suficientes para derivar a los pacientes, es muy importante saber cuando uno tiene un límite y saber derivar al paciente, eso también encuentro que ahora, quizás falta.”

**Competencias Clínicas con énfasis terapéutico:** El enfoque del plan de estudios en relación al tratamiento dental propiamente tal, relatan los entrevistados, era mucho más rehabilitador que ahora. Las especialidades eran tratadas con mayor énfasis que las actividades preventivas, lo cual también se refleja en sus acciones clínicas relatadas.

Sin embargo, cabe mencionar que todos los entrevistados realizaron críticas al sistema actual de formación en relación a las competencias clínico-prácticas. Si bien, no se encuentran situadas temporalmente en su malla de egreso, son observaciones que debemos considerar y que eran comparadas con su formación, por ejemplo:

- Actualmente, la formación profesional tiende a la “hiper-especialización”, es decir, hay un amplio conocimiento en solo una materia, pero no así en la consideración del paciente como individuo con otras necesidades, lo que a su vez se traduce en una pobre “integración” del dentista tanto en el equipo de salud como en su relación con otras especialidades. Además, se determina que los contenidos teóricos tienden a ser pobres en términos de integración, no así en cantidad, otorgándole inseguridad al egresado, lo cual, implica necesariamente decantar en una especialidad.

ED#3: “También creo que estamos formando alumnos con tendencia a la hiper-especialización, terminan de estudiar y algunos no son capaces o no se sienten capacitados para trabajar y empiezan una especialidad...”

ED#7: “no lo conozco en el papel, pero lo que a mi me, como a mi me

formaron, estoy hablando hace 3 décadas atrás, es lo que te estaba hablando recién, es un súper-profesional, un súper-experto...”

- Se destaca que en el ámbito de prevención, en términos teóricos, su contenido puede ser exagerado, no ajustado a las necesidades reales o con bases teóricas que no justifican tanto tiempo curricular a tales actividades, a su vez, se insta a considerar el nivel de envejecimiento de la población y las necesidades de ese número emergente de pacientes.

ED#3: “...ahora se ha vuelto mucho la carrera a lo que es la parte de prevención en un estado que, yo creo que de forma exagerada. Los tiempos que se dedican a los ramos de prevención, que ahora hay 3 prevenciones en la carrera, en mi tiempo tenía una sola, y se le ha restado tiempo a la parte rehabilitadora que es más importante porque Chile es un país que necesita rehabilitarse primero de todos los problemas que tiene actualmente la salud en Chile y también prevenir, pero con las medidas de prevención básica, yo creo que basta...”

- Que la carrera apunta a un público objetivo de cierto nivel educacional, restrictivo, y que a su vez está pensado en el desempeño de la práctica privada más que la práctica pública.

ED#7: “yo creo que la universidad te prepara, no para la atención pública masiva, sino para la clínica particular, para la especialidad.”

ED#11: “yo creo que el perfil de egreso de esta universidad está orientado más que nada a la práctica privada, si tu te fijas, la mayor parte de los docentes son fuertes en el ámbito de la odontología privada, no hay una formación, no hay un perfil, no hay una marcada definición de servidores públicos en los académicos de ésta facultad...”

- Que el aprendizaje Teórico-práctico está sobrecargado en relación a su época.

ED#3: “yo creo que en el fondo uno tenía menos cosas, pero las aprendía bien y después no se olvidaba. Ahora hay muchas cosas que el alumno pasa, es como un vaso que se va llenando y vaciando para poder meter otro concepto adentro.”

ED#7: “...demasiado técnica y muchos años para algo que no es necesario, es una carrera demasiado larga, a lo mejor con 4 años estaríai capacitado para ser un dentista como lo que estamos haciendo ahora.”

- Solo un entrevistado (ED#11) considera que el perfil actual es demasiado “humanista” y no profundiza en aspectos técnicos que, según el, es lo fundamental para ésta carrera.

Al preguntar si conoce el perfil de egreso de su casa de estudios, dos responden que si, mientras que uno responde que no. Aquellos que responden que si hacen énfasis en el ámbito restaurador.

Al consultar si el aprendizaje universitario responde a las necesidades de la población, la respuesta es si, pero que la experiencia en el campo laboral es siempre positiva e incluso más enriquecedora en términos de destrezas clínicas.

**Competencias de desarrollo personal:** Solo un entrevistado consideró la docencia como una experiencia positiva en el continuo aprendizaje. Ningún dentista hace mención a su desarrollo personal, lo cual tampoco era un tópico tratado en su malla de egreso.

### **Malla 2006 y respuesta de los odontólogos:**

**Competencias de Integración social y educación:** Destacan en éste ámbito el trato al paciente, la labor de “consultoría” que cumple el profesional en el servicio primario y el abordaje psicológico con el paciente, el cual consideran deficiente en contenido durante la formación profesional. Se enfatiza también en aspectos “éticos y humanos” a considerar en el tratamiento del paciente.

ED#1: “... Lo otro, que también tiene un carácter social de tipo casi de consultorio, de consultoría, el paciente busca mucho el apoyo de uno o la guía de uno para así, poder solucionar sus problemas”

ED#2: “Se enfoca a una atención general del paciente e todo amplio sentido, no solo lo clínico sino también en el aspecto humano, con parámetros éticos y aspecto en la calidad del trabajo, junto también con parámetros de la prevención”

Destaca también nuevamente la “vocación de servicio”, el ánimo por la instauración de acciones y medidas apropiadas para el paciente, pero que su implementación se ve mermada con el tiempo disponible en el servicio público.

ED#1: “...pero para mi una medida preventiva debe ser bien instaurada porque o si no nooo sirve, y tiene que ser una cosa constante, un paciente que vaya cada ciertos tiempos, en cambio en los consultorios los pacientes van esporádicamente, entonces ahí no podí hacer prevención”

A su vez, las labores de educación, promoción y de la prevención en la comunidad son consideradas como ampliamente desarrolladas en el transcurso de la carrera, lo cual contrasta con el comentario anterior referente al tiempo.

ED#9: “Desgraciadamente, el perfil de la U, está más dedicado a la prevención....O sea, que es un poco, no se, siendo realistas, es un poco contradictorio con lo que uno hace en el servicio público, porque, aunque uno hace prevención, uno se da cuenta que no....no sirve de mucho.”

Se extraña la falta de enseñanza de abordaje psicológico de los pacientes.

ED#4: “Por ejemplo, algo súper criticable siempre es el poco abordaje en la parte psicológica del paciente, creo que no tenemos ningún tipo de orientación, pacientes con manejo difícil por ejemplo, ese tipo de competencias no lo logramos en la universidad”

**Competencias clínicas con énfasis en el diagnóstico:** Es nuevamente tratado el tema de la correcta derivación como un paso fundamental para reconocer los límites profesionales personales.

ED#10: “cuando no he podido resolver por mi mismo no tengo ningún miedo de llamar a alguien para pedir ayuda si al final no es un tema de ego, es un tema de que el paciente tiene que resolver sus problemas, yo estoy acá para ayudarlo, si mi forma de ayudar en ese momento fue pescar el teléfono y llamar a alguien que sepa el caso y me da respuesta....”

**Competencias Clínicas con énfasis terapéutico:** La palabra más utilizada es “resolutividad”, la cual podemos entender como la capacidad del profesional de solucionar los problemas de salud oral del paciente que repercuten tanto en su función como interacción social, lo cual es más marcado en los servicios de urgencia.

ED#1:”Por lo menos en el consultorio que yo voy es más del tipo resolutivo, o sea, uno tiene que ser resolutivo en el tipo de patologías que refieren los pacientes, ya sea caries o enfermedad periodontal o también bruxismo, que son las patologías que más se dan”

ED#9: “bueno, la atención primaria, mas que nada, es resolver todo lo que es urgencia, resolutividad”

Los egresados de ésta época relatan que la mayoría de las destrezas clínicas son aprendidas mayoritariamente fuera de la universidad, dando especial atención al internado como una oportunidad de situarse en el campo laboral real. Si bien, el tiempo dedicado a especialidades rehabilitadoras en el transcurso de la carrera es extenso, se considera que las condiciones laborales no son iguales y que las acciones realizadas en la universidad son superadas con creces en términos de cantidad durante los primeros meses de trabajo, sin embargo, la calidad del tratamiento queda relegada al estudio en pregrado al alero de la vigilancia docente.

Tanto la técnica clínica como la ergonomía en la atención al paciente se ven favorecidas con la práctica clínica profesional.

Otro factor destacado es el término “rapidez”, la cual también se atribuye a la práctica profesional una vez titulado. La cantidad de acciones a realizar por el alumno de pregrado (administrativas, clínicas y de aprendizaje) tienden a entorpecer la atención en virtud de un tiempo reducido de trabajo, lo que a su vez deriva en una baja experiencia clínica intra-universitaria, mermado por el número de alumnos y la relación docente/profesor.

ED#6: “Lo que todo dentista no maneja cuando sale, que es como la rapidez, el manejo dentro de la clínica...”

ED#9: “Al principio, cuando uno no está en servicio público, como que desvaloriza eso, pero uno va aprendiendo que se pueden hacer las cosas bien y rápido”

A su vez, en los relatos de ésta generación se puede comprobar que la “Especialización profesional” se transforma casi en un requisito indispensable para poder ejercer la profesión, así como también la orientación a la atención principalmente privada.

**Competencias de desarrollo personal:** Ésta generación destaca tanto implícita como explícitamente competencias en desarrollo personal. Éstas características no pueden ser necesariamente relacionadas con la inclusión de asignaturas electivas a la malla, pero si existe un interés en el egresado de ésta generación por aspectos que permitan mejorar su calidad de atención, relación con los demás y sentido propio de superación.

Entre algunas características nombradas encontramos: autocrítica, responsabilidad en acciones profesionales, la obtención de títulos de post-grado, autonomía en el trabajo, autoconfianza.

ED#6: “... mira, lo que yo pienso es que en cuanto a destreza, uno puede tener más destrezas que otro en hacer algo, pero en el fondo, si tu no tení las ganas de mejorar tu calidad de tratamiento, estay cagado. Porque en el fondo, si tu hací una restauración y tu le encontraí que está todo bien, pero tu no le buscaí los detalles para tratar de mejorarlo, estai sonado, por lo menos eso creo que yo hago”

ED#10: “...cada uno tiene gustos por diferentes cosas que no son netamente de la odontología, creo que me habría gustado reforzar o aprender, me gusta mucho la música, un taller de música, invento...desarrollar un lado más humanista dentro de la carrera que es más científica”

### **Opinión del odontólogo en relación al Sistema de Salud Público bucal:**

Para recopilar la opinión del odontólogo en relación al sistema público de salud odontológica, se le realizó la pregunta número 5 del cuestionario, la cual pretende obtener que el entrevistado identifique las falencias del sistema público en salud oral de manera global, o desde las políticas gubernamentales, para tales efectos se le realizó la siguiente pregunta abierta:

“Existiendo una deficiente salud oral en la población de nuestro país, ¿Dónde cree que deberían enfocarse los esfuerzos?”

Las respuestas a éste tópico no suelen ser variadas. La percepción del odontólogo, como funcionario público inmerso en las organizaciones de salud y dado su conocimiento en el tema, permite que su visión sea extrapolable a todo el sistema de atención y no solo a las carencias o necesidades del establecimiento en el cual desempeña sus labores.

Podemos evidenciar lo siguiente en relación a sus respuestas:

- La palabra “prevención” es recurrente. Gran parte de los entrevistados consideran que los esfuerzos gubernamentales deben enfocarse a ése. Sin embargo, y considerando las acciones clínicas que los profesionales desempeñan en los servicios públicos, de manera paradójica, la prevención es mínimamente considerada, desde educación en higiene a maniobras clínicas, sobre todo en adultos.

Paradójicamente, la enseñanza de la prevención a nivel de pregrado es considerada excesiva o “no realista” con las necesidades de la población. En efecto, puede no ser realista desde el punto de vista de priorización de actividades clínicas, pues, el paciente, suele concurrir a la solución de su urgencia, pero no a la perpetuación de que tal situación no ocurra a futuro, así también, el odontólogo solo se limita a ello. La prevención tampoco es valorada en servicios público, en donde se privilegian “metas” o grupos etáreos específicos, no dejando tiempo para tales actividades, salvo en niños.

- Las madres y los niños son considerados por los entrevistados como pacientes de riesgo, a los cuales deben abocarse los esfuerzos gubernamentales. Los programas para menores de 12 años suelen ser relativamente amplios y forman parte de las garantías explícitas en salud y las metas institucionales. A pesar de ello, los estudios epidemiológicos revelan que la ocurrencia de caries y periodonciopatías aumenta proporcionalmente con la edad (Diagnóstico en situación de salud oral, MINSAL, 2007), no existe congruencia entre la estadística y los esfuerzos realizados.



- Inclusión de establecimientos educacionales: en concordancia con la afirmación anterior, los entrevistados sugieren incluir a los colegios y jardines infantiles deben ser instituciones con participación activa en promoción y mantención de la salud bucal.

Algunos entrevistados van más lejos e indican que los odontólogos deben asistir a los colegios o permanecer como profesional de turno en éstos. Existen en la actualidad programas que involucran establecimientos educacionales, pero ninguna actividad se mantiene de manera permanente.

- Cobertura de grupos etáreos de 20 a 64 años: Los profesionales estiman que gran parte de la población no posee cobertura en atención dental en su edad productiva (salvo urgencias), refiriéndose a ellos como “la fuerza laboral del país”. Son los pacientes que más pagan, pero que son más castigados, los cuales debiesen recibir cobertura. Esto también se traduce en la sensación de necesidad de un mayor número de especialistas en atención secundaria.

- Subsidio a implementos de higiene: ED#2 se refirió a la implementación de subsidios gubernamentales a implementos de higiene. En Chile, el acceso a implemento de calidad aceptable (cepillo, seda, colutorios, entre otros) es limitado debido al precio comercial de estos, si bien, los valores pueden no ser elevados, son difíciles de costear para las familias vulnerables del país. Desde éste punto, es lógico pensar que si el paciente no tiene acceso a éstos implementos y a la enseñanza de su correcto uso, su situación de higiene oral no mejorará.

### **III.- Análisis Opinión del Paciente:**

#### **Opinión del Paciente sobre el Profesional Odontólogo:**

Para poder valorar la experiencia odontológica de los pacientes con los profesionales, se realizaron variadas preguntas en la entrevista semi- estructurada, estas preguntas pretenden captar la percepción del paciente con respecto al Odontólogo y su rol en el cumplimiento tanto de las necesidades individuales, como las necesidades de salud pública en general.

Se entrevistaron a 11 pacientes de diferentes rangos etáreos y género, provenientes de diferentes sectores de Valparaíso, accedimos a ellos gracias a diversas juntas vecinales y sindicales, para que los pacientes pudiesen sentirse libres de emitir cualquier tipo de opinión sin el temor de que al evaluar tanto al profesional como al Servicio de Salud, se viese perjudicada su posterior atención.

- La primera pregunta planteada a los entrevistados fue: Cuando ha recibido atención dental, ¿Cómo evaluaría usted la actitud del profesional?. Para esta pregunta hubieron variadas respuestas, señalando que existen básicamente tres actitudes: Buena, Regular y Despreocupada, debido a diversos factores:

Con respecto a la Actitud Buena, se señala que éste tipo de actitud se debe a que existe un conocimiento del paciente, ya sea por relación cercana, o por años de relación Paciente- Odontólogo, siendo esto modificado cuando el profesional atiende a otros que no conoce.

Ejemplos:

E1: “buena, pero por un tema de amistad”

E4: “Buena, él me ha atendido siempre bien. Sí es preocupado, se preocupa mucho de ver la dentadura”

La actitud Regular, dependiendo de los diferentes Profesionales del Servicio de Salud que han atendido a ese paciente y del tipo de servicio sí es público o privado.

Ejemplo:

E10: “Regular, porque depende del profesional que me ha atendido, y generalmente en el servicio público es saquémoslo rápido del box”.

Finalmente la Actitud Despreocupada, que lo manifiestan en la mayoría de los entrevistados, en donde se denota la preocupación por la acción clínica a realizar, y no por el paciente y su necesidad, o la preocupación por el profesional mismo, en cuanto a la realización de metas y solución rápida y pragmática del problema.

Ejemplo:

E2: “siempre es como muy relajada muy tranquila incluso a veces llega a ser un poquito despreocupada”

E3: “no se preocupan del paciente, se preocupan de ellos”

E11: “otros bastante indiferentes como que no les interesa mucho, buscan como la solución más rápida esa es mi percepción.”

Para poder interpretar la actitud del profesional con sus pacientes, y en cómo éstos entienden la salud bucal, se realizaron las siguientes preguntas:

- En las atenciones dentales recibidas, el profesional ¿le ha explicado la enfermedad que tiene y cuál es el procedimiento a seguir?
- En general cuando ha recibido explicaciones acerca de lo que padece y el tratamiento dental a recibir ¿Cómo cree usted que son esas explicaciones?

Repetidamente los entrevistados mencionan que no reciben explicaciones acerca de la enfermedad que padece, cómo se produjo, qué se debe hacer para evitar que vuelva a suceder lo mismo, y además cuando el profesional explica a los pacientes qué se va a realizar y el por qué, esas explicaciones suelen ser bastante técnicas, sin la utilización de un lenguaje más sencillo, entendible para todo tipo de personas.

Ejemplos:

E2: “no, nunca me han explicado mira lo que tienes, es esto por estas razones, nunca me explican que van a hacer específicamente”

E2: “creo que son muy técnicas y que realmente no explican a la gente como uno las podría entender”

E3: “Yo poco las entiendo, uno no tiene idea de dientes, le dicen le vamos a tapar la muela 25 y uno dice cuál es la muela 25? Uno no tiene idea...”

E6: “: Todo muy técnico hay que estarle preguntando, para saber de manera más sencilla, con un vocabulario más común lo que uno tiene”.

Es fundamental tanto para la rehabilitación de la salud bucal, como para su mantención y prevención, el planteamiento de alternativas de tratamiento para el paciente, es por ello que realizamos la siguiente pregunta:

- El dentista antes de realizar los tratamientos ¿Le ha comentado más de una alternativa?
- ¿El dentista le ha propuesto formas para prevenir más daños en su salud bucal?

Ejemplos:

E1: “No, siempre me da sólo una alternativa de tratamiento”

E11: “yo creo que eso es lo que me ha faltado, más alternativas de tratamiento, como que siempre ha sido ya esto es lo que tenemos que hacer o lo que podemos hacer y si lo tomo bien y si lo dejo bien también”.

E7: “sí, me ha comentado las alternativas que él tendría, pero finalmente el tomando la decisión, no como planteándome la decisión para que yo la tome”

E9: “Es que igual hay pocas alternativas en el hospital, pero no me comenta, en realidad me dice esto tiene esto vamos a hacer.”

E10 “no, ni antes ni ahora, más que me lave los dientes, absolutamente nada ni siquiera el uso de seda dental o una técnica especial, de hecho en el modulo dental te dicen lávate los dientes y una técnica inventada”

E11: “Aparte de lavarme los dientes, no, no muchas...”

E1: “Sí, como mejorar la higiene bucal, porque me he ido a hacer limpiezas entonces, el tema como para prevenir eso”

E8: “sí, me ha propuesto todas las formas posibles, como prevención, tratamientos alternativos, y tratamientos de ortodoncia por ejemplo.

Finalmente con respecto a la formación académica del profesional y la valoración de ésta por parte del paciente se hizo la siguiente pregunta: ¿Cree usted que es importante la Universidad de la cual egresó el dentista? (tradicional/ no tradicional). ¿Por qué?.

La mayoría de los entrevistados no cree que tenga importancia en cuanto a si el Profesional egresó de una Universidad pública o privada más bien lo asocian a la formación valórica y no a la formación académica del profesional (dirigentes sindicales), además algunas personas atribuyen una importancia al enfoque de la Universidad (entrevistados dirigentes estudiantiles), o al nombre de ésta, implicando el nombre de la Universidad como una garantía de calidad, en especial para las Universidades mejores en los Ranking.

Ejemplo:

E3: “Yo creo que no, porque va en el profesionalismo de la persona, va en lo que es el amor a la profesión”

E6: “No, porque la calidad humana se ven otras cosas, no tanto en la formación académica, sino en la formación valórica”

E7: “No, yo creo que no hay grandes diferencias, más que nada yo creo que depende de las personas”

E8: “para mi la Universidad no es importante, pero a mi sí me importa la edad del profesional, porque creo que los años te dan la experiencia”.

E10: “es el nombre de la Universidad, por ejemplo tenemos Universidades que no son tradicionales, como por ejemplo como la Mayor que son bastante buenas, y salen personas bastante buenas...” “así que más que tradicional es el nombre”

E11: “creo que sí es importante, porque son los mismos enfoques los que van determinando la atención que van dando los profesionales, cuan humanizada, cuan instrumentalizada, cuan mecanizada”.

E1: “Yo creo que sí, porque tiene, por que la Universidad Tradicional tiene un servicio más público (un rol), entonces a mi percepción eso se refleja en el trabajo de ellos.”

E9: “pero yo creo que sí, porque siempre he pensado yo que las universidades privadas no son tan buenas, porque encuentro yo que conseguirse pruebas, que he escuchado, que pagan, eso lo encuentro feo, a lo mejor en las tradicionales también se da, pero espero que no tanto...” “ahí veo la diferencia a lo antiguo, antiguamente, te exigían, La educación ha cambiado mucho...”

### **Opinión del Paciente con respecto al Servicio de Salud Público:**

Para valorar si es que el Profesional Odontólogo cumple con las necesidades tanto individuales como de Salud Pública en general es importante tener en consideración, si es que las personas conocen sus necesidades es por ello que planteamos las siguientes preguntas:

- ¿Está consciente de sus necesidades en salud oral?
- ¿Cree usted que sus necesidades han sido resueltas?

Las respuestas en su mayoría para la primera pregunta dejan en claro que las personas en general no saben cuales son sus necesidades más allá de saber si tienen caries o no, no logran tener claridad sobre que es la salud oral, que involucra y que es lo que les falta a ellos. La mayoría además cree que las necesidades que logran percibir, y que han tenido no han sido resueltas.

Ejemplos:

E2: “Me imagino, me hago una idea, pero que yo pueda describirte algo, y que este en lo cierto no.”

E9: “No, no creo que no, creo que es dejación mía en parte.”

E6: “No, porque no he encontrado al profesional con la calidad humana y valórica para atenderme y los servicios públicos no cuentan con este tipo de profesionales.”

E10: “No y lo atribuyo a dos cosas, uno dejación mía, y otra es que en el servicio público te hacen lo mínimo, lo que es más urgente, para sacarte rápido y cumplir las metas rápido”

La evaluación de los tratamientos implementados por las políticas de Salud Pública, es fundamental para poder evaluar si es que estás son suficientes y el rol del Odontólogo y participación de éste en estas políticas, es por ello que les planteamos a los entrevistados las siguientes preguntas:

- ¿Cómo encuentra que ha sido el tratamiento dental recibido, respecto a calidad/ precio/ duración?
- ¿Cómo calificaría usted al servicio de salud en general?
- ¿Cree que existen diferencias de atención entre un Servicio Público y uno Privado?  
¿Por qué?

Para algunas personas es relevante recalcar que gratuidad no es sinónimo de calidad, sin embargo algunos destacan que los tratamientos entregados gratuitamente no han sido malos como para la mayoría de los otros entrevistados que consideran que los tratamientos no son suficientes, ni de calidad, por la falta de materiales o la calidad de éstas.

En cuanto a la evaluación del Servicio de Salud, se considera que la falla en el funcionamiento de los establecimientos y del rol que puede jugar el Odontólogo en el cumplimiento de las metas sanitarias en salud oral, es más bien la falta de Recursos físicos y Recursos Humanos.

Los entrevistados en su mayoría consideran que existen diferencias de atención entre el servicio público y privado, tanto en el trato entregado por el profesional y por los otros integrantes del equipo de salud odontológico, como en la infraestructura, posibilidad de tratamientos, insumos etc. En general existe la creencia de que en el servicio privado se subsanan las fallas existentes en el servicio público en especial porque económicamente se cuentan con los recursos, y eso influye también en la percepción del trato del Dentista con sus pacientes.

Ejemplos:

E7: “ El tratamiento es gratuito en el SEMDA, el tiempo de espera es bastante largo, por ejemplo pedí hora y me dieron para un mes y así mismo para otra intervención aproximadamente tres semanas y así, la calidad de la atención, todo ha salido bien”

E9: “Que sea gratuito no significa que sea malo, no puedo decir eso, porque me ha salido bueno.”

E3: “calidad mala, precio caro.

E6: “deficiente, es gratuito pero no es de calidad.”

E10: “en calidad, creo que no han sido tan buenos, porque los materiales que usan no son tan buenos”.

E11: “no quiero ser lapidaria porque a veces yo creo que es una cuestión de recursos, pero también falta, esa mecanización que te hablaba antes influye mucho en lo que entregan los profesionales, y se acostumbran mucho a la falta de recursos y a que trabajamos con esto, y no porque uno tenga que dejar de atender, sino que exigir más para dar mejor atención.”

E1: “al consultorio en general bueno, pero demasiado exclusivo, el tema de atención pública gratuita se reduce a un sector demasiado pequeño”

E9: “Bueno, yo encuentro que están bien dotados de insumos, y de material. Por lo menos lo que el doctor pide siempre hay.”

E2: “Lento... y si tu pedí hora se demoran meses, y cuando buscas alternativas en otras partes es muy caro y a veces es impagable, por ejemplo en Fonasa no te cubre el tema dental, y eso sale pesado, porque los “bonos” te salen mucho más caros y una atención más barata, la espera es mucho más larga.

E3: “Mira el consultorio es un enfermo grave, porque es grande, pero no les sirve de ser grande, todos están conversando por un lado, por allá, no se preocupan de las personas que tienen que atender”

E6: “en infraestructura quizás bien, pero en la calidad del profesional, y en los pocos materiales que tienen, deficiente.”

E7: “yo creo que el SEMDA tiene una deficiencia en Infraestructura, no insumos, pero sí en personal, porque llega mucha gente, la espera es demasiado extensa.”

E8: “Regular, porque se demoran, el tiempo de espera es mucho. Lo atribuiría más falta de recursos humanos ya que en infraestructura y materiales los encuentro suficiente.”

E10: “Insuficiente, porque por algo me dijeron a mi, y no a toda la gente le van a decir, sino que tratan de hacer lo mejor con lo que tienen. También es insuficiente por el tiempo que te exigen por cada paciente, te da poco tiempo para ser empático con el paciente, para explicarle todo, o las alternativas de tratamiento, y todo tienes que hacerlo rápido, es insuficiente por los materiales, es insuficiente por la calidad, porque por la misma deshumanización que sufren los profesionales.”

E1: “Sí, totalmente... el tema radiológico, el tema de insumos, cambia totalmente de un servicio privado a uno público.”

E2: “Existen diferencias y sobre todo por los malabares me imagino yo que tienen que hacer los profesionales en el servicio público, con la calidad de la infraestructura y los materiales es más difícil y complejo dar una buena atención”

E3: “Sí muchas... claro porque en el servicio público tú estás pagando, y en el municipalizado no se paga, pero sí te tratan mal.”

E6: “sí sobre todo en los recursos, tanto técnicos como humanos.”

E7: “Sí, sí las hay en definitiva yo creo que lo más hace la diferencia es esta operatividad que existe, en el servicio privado es más rápido, en el servicio público uno tiene que esperar demasiado, y obviamente la diferencia de los precios.”



E10: "Sí completamente, desde calidad, precio, tiempo todo, porque por ejemplo en un servicio público como dije recién van a tratar de sacar algo rápido lo más rápido posible por las metas, y para los pacientes que no son metas, peor todavía."

E11: "Sí, por los recursos, los recursos del sistema público son mucho menores, el acceso es más la gente, todo eso va mermando la diferencia yo se clínicas con cámaras intra-orales que muestran todo, y vas servicio público y la única forma de quitarte el dolor es sacándote la pieza dental."

## **DISCUSIÓN:**

La investigación cualitativa en salud nos permite, comprender como factores económicos, sociales, culturales y políticos influyen en procesos de salud-enfermedad, además para estudiar las interacciones entre personas que tienen un papel relevante ante alguna necesidad de salud pública y complementa el trabajo cuantitativo (Eguiguren, 2011).

Existe poca literatura y estudios de investigación cualitativos en Odontología, la importancia acerca del Perfil Profesional y como éste responde a las necesidades de salud oral en la población no está reportado.

La implementación del método cualitativo debe ser rigurosa, se realizaron entrevistas semi-estructuradas tanto al dentista como al paciente con el fin, de que con un guion de preguntas, la influencia personal del investigador no exista para los temas tratados, además que los odontólogos no provinieran de un mismo servicio, y que los pacientes vinieran de diferentes lugares, cuidando además la saturación de la información, para que éstos puedan reflejar el punto de vista del grupo en general, es relevante además que el registro de la información sea completo por lo que además de la utilización de una bitácora de campo, en donde cada entrevistador, hacía anotaciones sobre el contexto y las respuestas más relevantes, se utilizó la grabación en audio de las entrevistas y su posterior transcripción.

Creemos que los resultados de esta investigación pueden ser generalizables también a otras Instituciones de Educación Tradicionales que impartan la carrera de Odontología, ya que el contexto en que se dieron estas Universidades es el mismo, posterior al año 1973.

Para los efectos de participación en las respuestas a las preguntas planteadas, el Odontólogo suele explayarse detalladamente en sus respuestas, reflejan una visión crítica e informada acorde con la actualidad aparente de la profesión en el sistema tanto público como privado, siendo sus opiniones, en la mayoría de los casos, concordantes. Por el contrario en el caso de los pacientes, la mayoría de ellos, si bien tienen ganas de participar, suelen explayarse en menor cantidad, algunos se presentan dubitativos en revelar sus experiencias, y otros presentan más cómodamente su opinión respecto al Servicio de Salud y el Odontólogo, la mayoría de los entrevistados, habla desde las experiencias personales en la atención odontológica propiamente tal.

La visión actual del profesional respecto a la formación de nuevos dentistas indica que las mallas están orientadas hacia una práctica en el sistema privado, dejando de lado los sistemas públicos.

Paradójicamente, el sistema público representa la puerta de entrada al mundo laboral de la mayoría de los entrevistados. Por tanto, se estima que en los planes de estudio no existe cercanía con la realidad de la mayor parte de la población que requiere atención dental. Esto se ve reflejado en la opinión del paciente, en donde la gran parte de los entrevistados le atribuye al dentista una actitud, más bien despreocupada y ensimismada, y en donde además el lenguaje utilizado para hacerse entender con la comunidad, es muy técnico y poco sencillo de entender por personas ajenas a la Odontología. A su vez, la profesión se vuelve un “servicio restringido” solo a cierto tipo de pacientes cuyos ingresos socioeconómicos les permite elegir el profesional o el tratamiento a realizar, situación que no ocurre en servicios públicos.

### **Odontólogo y Perfil Profesional:**

En general, todos los entrevistados consideran que los aspectos teóricos son apropiados y, en algunos casos redundantes, transformando al profesional en un denominado “Super-especialista”, cuyas capacidades se alejan de la visión integral que se debe tener del paciente planteada por Sanz et al. Por tanto, podemos inferir que las competencias en ciencias básicas y diagnóstico son consideradas como apropiadas dentro de su proceso de formación. Cabe recordar, como también lo hacen notar algunos entrevistados, que el cirujano dentista es un profesional de la salud que debe estar en constante actualización de conocimientos, lo que le permitirá adaptarse a nuevas tecnologías o demandas emergentes a las cuales el pre-grado debería también atender.

En relación a conocimientos clínicos, los profesionales discrepan en la práctica de pre-grado y la práctica profesional una vez titulados. En el caso de los odontólogos con mayor cantidad de experiencia (malla 1969), éstos aseguran que su formación estaba acorde a las necesidades de los pacientes y a las tecnologías de aquella época, destacando también el carácter “cercano” de la enseñanza. Esto último va en directa relación con el número de alumnos por curso y la dotación docente. Los cursos pequeños pueden recibir una educación más “personalizada”, logrando una mejor internalización de conceptos por parte del estudiante, caso contrario, en cursos grandes como ocurre hoy en día, el alumno es visto como una “audiencia”, un colectivo de personas cuya enseñanza no es precisamente focalizada. A su vez, la carga de alumnos por docente afecta el tiempo que éste puede pasar con cada alumno en la práctica clínica, por tanto, no se obtienen nociones apropiadas ni del profesor ni del alumno en relación a las competencias desarrolladas. A su vez, el alumno requiere de ésa guía en sus actividades en pos del desarrollo de su autocrítica y no solo la realización de actividades repetitivas (Bertolami, 2001).

En el caso de la generación egresada con la malla 2006, las opiniones recabadas apuntan a una incompleta formación académica en aspectos prácticos, lo cual se condice que la opinión de los odontólogos de la malla 1983. Indican que no existe una formación acorde a los grupos etéreos que incluyen actualmente los planes de salud GES, principalmente niños y pacientes geriátricos. Esto, como ya comentábamos, resulta en un rápido regreso a las aulas de los recién egresados.

Todas las generaciones concuerdan en que el cirujano-dentista debe ser “Integral” y “Resolutivo” como competencias profesionales fundamentales para el desempeño de sus funciones en el servicio público.

El Término “Integral” hace relación a la visión del paciente como un individuo completo, cuya atención oral es parte y puede afectar al resto del organismo. A su vez, el término “resolutivo” hace referencia a que el odontólogo debiese ser capaz de solucionar problemas en un amplio abanico de especialidades según lo enseñando en su formación de pre-grado en un tiempo determinado. Destaca también, que debe estar consciente de sus limitaciones y que la derivación correcta y oportuna obedece al “bien superior” del paciente. Pero, ¿Se cumple esto en la práctica?: Los profesionales relatan que debido al corto tiempo de atención es difícil lograr la visión “Integral” del paciente, pueden ser solo algunas excepciones el caso de pacientes con atención programática (programas de 60 años, embarazadas).

En general, la resolutivez, que va de la mano con el factor tiempo y rapidez, es una competencias que se atribuye directamente a la experiencia profesional ganada en el tiempo, debido también que en pre-grado no suelen tratarse “urgencias” propiamente tal.

En cuanto a habilidades sociales, existen también notorias diferencias entre los diferentes profesionales en relación al año de egreso.

Durante el transcurso de la entrevista, los profesionales de la malla 1969 destacan el rol social del odontólogo como profesional de la salud y, por sobre todo, destacan la importancia del paciente como receptor del servicio entregado. Esto contrasta con los contenidos de la malla cuya agrupación de asignaturas carece de formación en competencias de “Integración social y educación”. Podemos inferir que el interés del odontólogo hacia el paciente y la población receptora de servicios radica en el ambiente social de la época y a la educación personalizada o más cercana de aquel entonces. No existía tampoco la deserción ni problemas de convivencia entre estudiantes en la escuela que los impulsaran a situaciones estresantes como podríamos observar hoy y que es consecuencia directa del número de estudiantes que ingresan cada año.

Para el caso de los odontólogos de la malla curricular 1983, no existe una marcada declaración de competencias en el ámbito de “Integración social y educación”, sino más bien, hay una marcada autocrítica en relación a su formación profesional y la formación actual. Se declara que no se realizan acciones de promoción y mantención de salud oral porque no forman parte de los programas públicos y que su formación no radicaba en tales contenidos. Es posible deducir que el odontólogo de ésta generación prefiere la relación “paternalista” con el paciente (Chambers, 2001).

Por último el Odontólogo correspondiente a la malla 2006, cuenta con una mayor cantidad de asignaturas referentes a Inserción social y laboral, reflejando un discurso concordante lo manifestado en su malla curricular, pero no es aplicado en la práctica. Esto producto del sistema de enseñanza verticalizado que aún persiste en el tiempo (paciente visto como tratamiento y no como persona), tal como lo indica Bertolami (2001), en relación al abordaje del estudiante ante la carrera.

### **Fortalezas y Debilidades según percepción del Cirujano Dentista:**

#### **Malla 1969:**

##### Fortalezas:

Dentro de las fortalezas de ésta generación destacan la cercanía y empatía con el paciente, la cantidad y calidad de los contenidos aprendidos en sus años de formación, lo cual relacionan directamente con la cantidad de alumnos y horas clínicas destinadas a la academia y la adecuación de tales contenidos al enfrentarse al mercado laboral.

##### Debilidades:

No son expresadas directamente por los entrevistados, pero al analizar las mallas existe una falta de asignaturas en Inserción social y laboral. Su ausencia en el curriculum se compensaba con el clima social imperante en la educación de la época. No se enseñan actividades de promoción y prevención, tanto a nivel individual como comunitario.

#### **Malla 1983:**

##### Fortalezas:

Son pocas las instancias en que los odontólogos de ésta malla generacional expresan fortalezas en su proceso de formación. Se destaca que los contenidos fueron apropiados para enfrentar al mundo laboral y que la duración de un año de la

fase de “internado” resulta en un paso fundamental para adquirir experiencia clínica y de relación interpersonal con los pacientes.

Debilidades:

Por otra parte, posee una visión pesimista del “como” fueron traspasados los conocimientos, destacando una relación vertical y jerarquizada con sus profesores. Sigue existiendo un déficit de asignaturas de carácter de inserción social y laboral en la malla curricular de esa época. Tampoco es manifiesto el desarrollo personal del alumno en otros ámbitos extra-odontológicos. Tampoco se propende a realizar actividades de promoción y prevención en salud.

**Malla 2006:**

Fortalezas:

Ésta generación destaca la enseñanza de establecer correctas relaciones personales con los pacientes, un correcto trato y la enseñanza de conocimientos clínicos diagnósticos que permitan una correcta elaboración de planes de tratamiento, derivaciones e interconsultas centrados en el “bien superior” del paciente.

Los egresados consideran sólidos sus conocimientos en las áreas específicas de las especialidades odontológicas, lo que a su vez les permite ser “resolutivos”, pero ello contrasta con la poca integración entre asignaturas y el poco tiempo clínico disponible para desarrollarlas. Los tópicos en salud comunitaria, promoción y prevención son tratados adecuadamente, pero con cierto grado de exageración al comparar éstas actividades con el ejercicio profesional en el sistema público de salud.

Debilidades:

A pesar de la instauración de correctas relaciones interpersonales con los pacientes, los egresados consideran que el componente de “trato psicológico” es débil.

A diferencia de los conocimientos clínicos con énfasis diagnóstico, los conocimientos clínicos terapéuticos son considerados débiles en términos de cantidad. Se alude a una creciente inseguridad que deriva en la posterior especialización del estudiante. La disminución de contenidos prácticos va en estrecha relación al aumento del número de estudiantes (lo que obliga a fragmentar en grupos las horas de trabajo) y al no aumento de número del equipo docente.

### **Cumplimiento de las necesidades de los pacientes:**

Es posible inferir que el paciente busca ciertas características en el Cirujano Dentista, las cuales son relevantes para tener en consideración en la formación profesional. Podemos destacar lo siguiente:

- El profesional debe demostrar preocupación tanto por las patologías bucales como el paciente en su conjunto.
- El profesional debe poseer una formación valórica sólida en donde sea de gran relevancia el compromiso social, la ética, confianza, empatía y sinceridad para con los pacientes.
- El profesional debe poseer herramientas comunicativas efectivas transversales a los diferentes integrantes de la población, siendo capaz de modificar su lenguaje, convirtiéndolo en sencillo y entendible para todos.
- El profesional debe poseer adecuadas herramientas y conocimientos para el diagnóstico de la enfermedad, pudiendo entregar información certera y alternativas de tratamiento al paciente.
- El profesional debe ser apto para llevar acabo labores individuales de fomento y prevención en salud oral, logrando así la internalización de la importancia de la salud oral como parte del estado de salud general del paciente.

En relación a las falencias o aspectos que se deben reforzar en atención oral pública integral, según la opinión del Cirujano Dentista, está la prevención. Se sugiere, que para tal efecto se incluya a los establecimientos educacionales en el desarrollo e implementación de programas preventivos, así como también la inclusión de la familia en menores de edad. Sin embargo, se infiere que es el dentista quien debe dirigirse a éstos grupos, más que ellos al dentista.

Al día de hoy, las actividades realizadas en las instituciones públicas de salud están supeditadas a “metas” y programas GES, lo cual implica beneficios económicos para los funcionarios. Estos, sin embargo, es tan arriesgado como solicitar “acciones clínicas” a cumplir a un estudiante, pues los servicios tienden a enfocarse solo en acciones restauradoras, sin existir un enfoque en base a la salud antes que la enfermedad como lo plantea Dávila, 2001. Es así como la prevención individual no se práctica porque no reviste beneficios para el establecimiento, dejando de lado el bienestar o prevención de daños futuros del paciente. Debido a lo anterior, se critica lo poco realista de la enseñanza de competencias en promoción y educación en el pre-grado siendo que en la práctica clínica inicial no se aplica en función del tiempo y las metas. La prevención debiese ser instaurada como política programática para todos los pacientes y no solo a grupos etéreos específicos en una fase inicial previo

al tratamiento y realización de acciones restauradoras, caso contrario, el paciente vuelve a la misma situación inicial si no existe una fase de educación previa respecto a la mantención de la salud oral y esa puede ser una de las grandes fallas del sistema de salud bucal actual.

Por otra parte se critica la cobertura que entrega el estado a la población chilena. Solo grupos muy específicos recaen en la categoría GES y metas sanitarias por decenios, lo que deja a la población trabajadora y financiadora del país fuera de las políticas sanitarias orales. Su inclusión más allá de la urgencia dental, implicaría necesariamente una mayor cantidad de odontólogos en el sistema público para cubrir tales demandas, ante tal panorama pudiese justificarse un alza en el número de matrículas. El alza de matrículas por lo tanto no implica la apertura de nuevas plazas odontológicas en servicio público, existiendo así un gran número de egresados, que se eleva cada año, la población no se ve beneficiada, de hecho, la mayoría de los pacientes en su evaluación al Servicio de Salud, destaca la poca cantidad de Recurso Humano disponible, y como la falta de éste hace, menos efectiva y eficaz la atención.

Como resultado de las respuestas evidenciables del estudio, hemos querido plantear dentro de nuestras sugerencias, la realización de modificaciones a la malla curricular actual de la Universidad de Valparaíso, para responder a las necesidades del país. Para tales efectos, separamos en años las asignaturas cursadas y las propuestas. Se ha tomado como modelo en el planteamiento de asignaturas la malla curricular de la Universidad Clermont-Ferrand, Francia, debido a su buena consideración en relación a la malla curricular formulada en base a competencias (Titulo de Grado en Odontología, 2004).

La motivación de realizar éstas modificaciones, las cuales son subsanadas en el modelo pedagógico de la Universidad Clermont-Ferrand y basadas en las respuestas de los entrevistados se apoyan en las siguientes observaciones:

- La poca integración entre asignaturas durante el proceso de formación académica.
- La tendencia a la “especialización”, la cual sesga las posibilidades de conocimiento del estudiante y entrega una gran carga académica con un número elevado de asignaturas, muchas veces redundantes (57 asignaturas actuales versus 30 el año 1969).
- La necesidad de ver al paciente como “Individuo Integral” y no solo como acciones clínicas bucales.
- La necesidad de profundizar en aspectos sociológicos y psicológicos que mejoren la comprensión e interacción con el paciente.



- La posibilidad de otorgar conocimientos y herramientas apropiadas para la atención en servicios públicos, especialmente en atenciones de Urgencia.

### Primer año:

Asignaturas actuales Universidad de Valparaíso.	Universidad Clermont-Ferrand (Francia).	Propuestas de asignaturas.
-Química. (A) -Biología Celular. (A) -Física. (1S) -Fisiología I. (2S) -Anatomía. (A) -Genética. (1S) -Introducción a la Odontología. (1S) -Odontología Social. (A) -Odontología Preventiva. (2S) -Metodología Científica. (2S) -Asignatura electiva. (2S)	-Biofísica y física -Bioquímica y química -Biología celular y biología molecular -Derecho y ética profesional -Economía de la salud – Demografía -Historia de la Medicina -Sociología Médica -Anatomía y Fisiología -Biología del desarrollo – Embriología – Histología	-Biología (1S) -Química y bioquímica (A) -Física (1S) -Salud pública. (A) -Introducción a la Odontología. (1S) -Anatomía. (A) -Fisiología e histología(A) -Inglés (2S) -Asignatura electiva. (2S)

### Segundo Año:

Asignaturas actuales Universidad de Valparaíso.	Universidad Clermont-Ferrand (Francia).	Propuestas de asignaturas.
-Microbiología. (A) -materiales dentales (A) -Fisiología II. (A) -Histología. (1S) -Fisiología oral. (2S) -bioquímica.(1S) -Patología I. (2S) -Farmacología I. (2S) -Radiología I (2S) -Enfermería. (2S) -Asignatura electiva. (1S)	-Formación práctica Inicial. -Biología modulo I. -Biología Modulo II. -Biología Modulo III. -Biología Modulo IV. -Patología y terapéutica médica I. -Patología y terapéutica Médica II. -Ecosistema bucal. -Idioma extranjero. -Periodo de formación en hospital. -Optativas.	-Diagnostico clínico I: Fisiopatología, Patología general, Farmacología general.(1S) -Diagnostico clínico II: Radiología, Microbiología.(2S) -Preclínico integral y biomateriales. (A) -Oclusión y trastornos temporomandibulares. (A) -Enfermería y primeros auxilios. (2S)

**Tercer año:**

Asignaturas actuales Universidad de Valparaíso.	Universidad Clermont- Ferrand (Francia).	Propuestas de asignaturas.
-Odontología preventiva II. (A) -Operatoria I. (A) -Patología II. (A) -Cirugía I. (A) -Periodoncia I (A) -Oclusión. (1S) -Epidemiología. 2(S) -Farmacología II. (1S) -Endodoncia I. (2S) -Preclínico Integral. (1S) -Radiología II. (2S) -Ortodoncia. (1S) -Odontopediatría. (2S)	-Formación práctica Inicial II. -Patología y terapéutica médica II. -Ortodoncia. -Ecosistema Bucal II. -Patología y terapéutica dental I. -Terapéutica de la pérdida dentaria I. -Terapéutica de la pérdida dentaria II. -Idioma. -Optativas.	-Diagnostico clínico III: Patología oral Farmacología odontológica (A) -Ortodoncia (1S) -Cirugía bucal I (A) -Prevención y promoción de la salud (2S) -Tratamiento Odontológico del adulto I: Endodoncia, Periodoncia, Operatoria. (A) -Psicología del paciente (2S) -Asignatura electiva. (1S)

**Cuarto año:**

Asignaturas actuales Universidad de Valparaíso.	Universidad Clermont- Ferrand (Francia).	Propuestas de asignaturas.

<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prótesis removible I. (A)</li> <li>-Operatoria II. (A)</li> <li>-Patología III. (A)</li> <li>-Endodoncia II. (A)</li> <li>-Cirugía II. (A)</li> <li>-Prótesis fija I. (A)</li> <li>-Odontología Infantil Integral I. (A)</li> <li>-Periodoncia II. (A)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Patología y terapéutica dental II.</li> <li>-Patología y terapéutica médica IV.</li> <li>-Terapéutica de la pérdida dentaria II.</li> <li>-Salud Odontológica Infantil.</li> <li>-Salud Comunitaria y organización de servicios.</li> <li>-Ortodoncia II.</li> <li>-Periodo de formación en departamentos hospitalarios.</li> <li>-Optativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tratamiento Odontológico del adulto II (A). (Endodoncia-Operatoria- Periodoncia)</li> <li>-Rehabilitación I: Prótesis fija y removible. (A)</li> <li>-Cirugía bucal II y Patología: trauma bucodental (A)</li> <li>-Clínica de Urgencia odontológica. (A)</li> <li>-Tratamiento Odontológico Infantil I. (A)</li> <li>-Salud pública II: Epidemiología (2S)</li> <li>-Internado en servicio de atención primaria. (2S)</li> </ul>
---	--	---

#### Quinto Año:

Asignaturas actuales Universidad de Valparaíso.	Universidad Clermont-Ferrand (Francia).	Propuestas de asignaturas.
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prótesis removible II. (A)</li> <li>-Operatoria III. (A)</li> <li>-Prótesis fija II. (A)</li> <li>-Odontología Infantil Integral II. (A)</li> <li>-Ética y legislación. (1S)</li> <li>-cirugía III. (1S)</li> <li>-Metodología científica II.(1S)</li> <li>-Seminario de tesis I. (2S)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Patología y terapeutica dental II.</li> <li>-Odontología comunitaria y organización de servicios.</li> <li>-Ortodoncia.</li> <li>-Salud dental Infantil II.</li> <li>-Curso multidisciplinar I.</li> <li>-Curso Multidisciplinar II (urgencias).</li> <li>-Periodo de formación en práctica privada (fuera).</li> <li>-Optativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tratamiento Odontológico del adulto III. (A)</li> <li>-Tratamiento Odontológico Infantil II (1S)</li> <li>-Rehabilitación II. (A)</li> <li>-Odontogeriatría . (2S)</li> <li>-Odontología legal. (2S)</li> <li>-Metodología científica. (1S)</li> <li>-Seminario de tesis I (2S)</li> <li>-Asignatura electiva. (1S)</li> </ul>

**Sexto año:**

Asignaturas actuales Universidad de Valparaíso.	Universidad Clermont- Ferrand (Francia).	Propuestas de asignaturas.
-Administración. (1S) -Odontología preventiva III. (1S) -Medicina oral. (1S) -Clínica electiva. (1S) Seminario de tesis II. (2S) -Internado (2S)	-Odontología comunitaria y organización de servicios III. -Curso Multidisciplinar III. -Curso Multidisciplinar IV. -Curso Multidisciplinar V. -Clínicas odontológicas. -Clínicas no dentales (internado) -Optativas.	-Administración (1S) -Odontología comunitaria y gestión en salud(1S) -Seminario de Tesis II. (1S) -Asignatura Electiva. (1S) -Internado en servicio de urgencia (hospital) (1er. S) -Internado en servicio de especialidades (2do. S)

*Nota:*

*(1S): Asignatura de primer semestre.*

*(2S): Asignatura de segundo semestre.*

*(A): Asignatura anual.*

*\*Las asignaturas de la Universidad Clermont-Ferrand se dictan en régimen semestral.*

Se sugiere que dentro del proceso de formación, el alumno curse 4 asignaturas electivas, dentro de las cuales dos pertenecerán a las ya existentes a nivel de institución (deportes, desarrollo personal, entre otras) y dos en áreas odontológicas, entre las cuales podemos sugerir:

- Fotografía clínica.
- Idioma extranjero aplicado a odontología: Inglés avanzado.
- Planificación y ejecución investigativa: cuantitativa y cualitativa.
- Atención a pacientes con necesidades especiales.
- Taller de Emprendimiento en odontología.
- Taller de Ética profesional.

En integración de disciplinas, el alumno contará con “Módulos” de atención Odontológica de adulto desde tercer año, con el fin de privilegiar un acercamiento

temprano a la atención de pacientes, bajo la misma modalidad en el caso de atención infantil, pero solo en 4to. y 5to. Año.

Énfasis en el trato y relación interpersonal del profesional con sus pacientes y el equipo de salud que permitan un ambiente de trabajo grato para todos los involucrados. Fomentar el concepto de que “gratuidad” en atención en salud no es sinónimo de “mala calidad”.

Inclusión de atención de urgencia a la malla curricular, la cual es poco tratada en la academia actual. Esto requiere una mejora en el flujo y logística en el manejo de pacientes que ingresan a la escuela con turnos de alumnos disponibles a soluciones rápidas.

Se sugiere una amplia destinación de tiempo a internados en servicios públicos odontológicos, tanto en atención primaria, de urgencia (hospitales) y especialidades (atención secundaria) con el fin de que el estudiante adquiera de primera mano su experiencia en atención odontológica “integral”, con casuística que le permita obtener una visión efectiva de la realidad odontológica del país.

Se debe considerar las características sociodemográficas de la población, entre ellas, el envejecimiento de ésta y el conocimiento en el ámbito ético-legal que debe poseer todo profesional de la salud, por lo cual se sugiere incluir las asignaturas de “Odontogeriatría” y “Odontología legal y forense”.

## **CONCLUSIONES:**

Con el presente trabajo es evidenciable que las condiciones de salud oral en nuestro país obedecen a múltiples factores, siendo uno de ellos la forma en como el paciente entiende sus necesidades en salud oral, el rol que juega el odontólogo en éste ámbito y las maneras de instaurar las políticas públicas en salud.

El cambio curricular que ha experimentado el plan de estudio de la Universidad de Valparaíso, responde a los cambios particulares de la carrera, como las nuevas tecnologías, y además a la evolución histórica de la Educación Superior en Chile.

Las mallas curriculares no se condicen con las necesidades declaradas de los pacientes.

La percepción del dentista, es que cubre la necesidad de la población, sin embargo no tiene el tiempo necesario (en la atención) y los recursos para poder realizar promoción y prevención.

Es preferible proponer una malla de formación que sea compatible con las necesidades de la población, en donde la formación académica permita al estudiante tener contacto real con los pacientes del servicio público.

El sistema Público absorbe débilmente nuevos profesionales de salud (odontólogos) y por tanto la preparación académica debe estar enfocada tanto al servicio público como al privado.

La entrega del servicio está condicionada y mediada por la infraestructura, insumos y regulaciones que impone el Servicio de Salud Público, además del Cirujano dentista, lo que en conjunto influirá en la percepción de la atención por parte del paciente.

La malla que más se acerca a las necesidades de los pacientes, según lo percibido tanto por los cirujanos dentistas como por los entrevistados, es la malla del año 1969, ya que esta malla posee asignaturas que permiten el diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud oral, además del contexto social donde se ve enmarcada esta formación académica es con alto grado de conciencia social.

El Sello del Perfil Profesional del egresado de Odontología de la Universidad de Valparaíso debiese ser, un profesional competente tanto en el área diagnóstica como terapéutica, teniendo en consideración el tipo de población y cultura de nuestro país, además de un enfoque bio-psico-social que permita lo anterior.

**AGRADECIMIENTOS:**

- A nuestros padres, por darnos todo el apoyo para nuestra realización personal y profesional.
- A nuestro Profesor Guía Dr. Alfredo Cueto, por su ayuda, por creer en un proyecto diferente, por su preocupación por la formación académica, y el mejoramiento de nuestra Facultad.
- A la Sra. Edith Cueto, por su colaboración y constante durante nuestro proceso investigativo.
- A nuestro Profesor Informante Dr. Rodrigo Bahamondes, por su aporte y buena disposición en el proceso investigativo.
- A Jacqueline Sánchez, por su apoyo incondicional, con nuestra Tesis y en estos 6 años de carrera.
- A Fernando Molina, por su ayuda a las aproximaciones de método cualitativo.
- A Susana Martínez, por su ayuda y colaboración en las aproximaciones al método cualitativo en Salud.
- A Nicol Miranda, por la facilitación de material de apoyo sobre el modelo por competencias.
- Mirssa Zurita, por su amistad, ayuda y preocupación.
- A Mónica Pacheco y su familia, por acogernos, cuando nos adentrábamos al inicio del proceso investigativo.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- Agencia Nacional de evaluación de la calidad y acreditación de España (2004): Título de grado en Odontología.
- Angulo, F. (2009): Evaluaciones estandarizadas, una vuelta al pasado. Rev. Docencia. 38; 18-25.
- Beltrán-Neira, R., Beltrán-Aguilar, E. (2004): Taxonomy for Competency-Based Dental Curricula. J. Dent. Educ. 9; 978-984.
- Bernasconi, A., Rojas, F. (2003): Informe sobre la educación superior en Chile 1980-2003. UNESCO. Documento disponible en:  
<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001403/140395s.pdf>
- Bertolami, C. (2001): Rationalizing the Dental Curriculum in Light of Current Disease Prevalence and Patient Demand for Treatment: Form vs. Content. J. Dent. Educ. 8; 725-735.
- Bertolami, C. (2007): Creating the Dental School Faculty of the Future: A Guide for the Perplexed. J. Dent. Educ. 10; 1267-1280.
- Chambers, D. (2001): The Role of Dentists in Dentistry. J. Dent. Educ. 12; 1430-1440.
- Colegio de cirujanos Dentistas de Chile (2011): Antecedentes respecto a la sobre oferta en Odontología. Publicado el 9 de agosto del 2011 a las 20:31 hrs. Información disponible en:  
[http://www.colegiodentistas.cl/portal/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=126:colegio-de-dentistas-entrega-antecedentes-respecto-a-la-sobre-oferta-en-odontolog%C3%ADa&Itemid=72](http://www.colegiodentistas.cl/portal/index.php?option=com_k2&view=item&id=126:colegio-de-dentistas-entrega-antecedentes-respecto-a-la-sobre-oferta-en-odontolog%C3%ADa&Itemid=72)
- DePaola, D., Slavkin, H. (2004): Reforming Dental Health Professions Education: A White Paper. J. Dent. Educ. 11; 1139-1150.
- Gamonal, J. (1996): Prevalencia de enfermedades periodontales y de caries dental en la población de 35-44 y de 65 a 74 años de nivel socioeconómico bajo y medio-bajo de la provincia de Santiago, Región Metropolitana, y determinación de los recursos humanos necesarios para su tratamiento. Región Metropolitana, Chile.
- Gonzalez, J., Wagenaar, R., Beneitone, P. (2004): Tunnig América Latina: Un proyecto de las Universidades. Rev. Ibero-Americana Educ., 35; 151-164.
- Marino, R., Villa, A., Guerrero, S. (2001): A community trial of fluoridated powdered milk in Chile. Community Dent Oral Epidemiol 29: 435-442.



- Minsal (2007): Diagnóstico de Salud Bucal. Documento disponible en:  
[http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud\\_bucal/perfilepidemiologico.pdf](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_bucal/perfilepidemiologico.pdf)
- Minsal (2010): Encuesta Nacional de Salud, Chile (2009- 2010). Documento disponible en:  
[http://www.minsal.gob.cl/portal/docs/page/minsalcl/g\\_home/submenu\\_portada\\_2012/ens2010.pdf](http://www.minsal.gob.cl/portal/docs/page/minsalcl/g_home/submenu_portada_2012/ens2010.pdf).
- Minsal (2010): Objetivos Sanitarios de la Década 2000-2010. Evaluación final del periodo. Documento disponible en:  
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/94c89f56c4e270b0e04001011e011c9c.pdf>
- Minsal (2011): Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Documento disponible en:  
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b89e911085a830ace0400101650115af.pdf>
- Minsal (2009): Evaluación de objetivos sanitarios 2000-2010.
- Ministerio de Educación de España (1999): Declaración de Bolonia, Declaración conjunta de ministros europeos de Educación. Documento disponible en:  
[http://www.educacion.gob.es/boloniaensecundaria/img/Declaracion\\_Bolonia.pdf](http://www.educacion.gob.es/boloniaensecundaria/img/Declaracion_Bolonia.pdf)
- Narváez, C.M., Vicentela, L. (2011): Actualidad y perspectiva del currículum de Odontología. *Educ. Med. Super.* 25(4); 515-524.
- Plasschaert, A., Holbrook, W., Delap, E., Martinez, C., Walmsley, A. (2005): Profile and competences for the European dentist. *Eur. J. Dent. Educ.*9; 98–107.
- Sanchez, A. (2005): Diseño curricular por competencias, el reto de la evaluación. Documento disponible en:  
[http://www.udg.edu/Portals/49/Docencia%202010/Antonio\\_Rial\\_\(text\\_complementari\).pdf](http://www.udg.edu/Portals/49/Docencia%202010/Antonio_Rial_(text_complementari).pdf)
- Sanz, M., Treasure, E., van Dijk, W., Feldman, C., Groeneveld, H., Kellett, M., Pazdera, J., Rouse, L., Sae-Lim, V., Seth-Smith, A., Yen, E., Zarkowski, P. (2008): Profile of the dentist in the oral healthcare team in countries with developed economies. *Eur. J. Dent. Educ.* 12; 101–110.
- Soto, L., Tapia, R. (2007): Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños de 6 años MINSAL, Chile.

- Soto, L., Tapia, R. (2007): Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010. MINSAL, Chile
- Vázquez, M., Rejane, M., Mogollón, A., Fernandez de Sanmamed, M., Delgado, M., Vargas, I., (2006): Introducción a las técnicas cualitativas aplicadas en Salud, Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona, España.
- Superintendencia de salud (2012): Garantías explícitas en salud. Documento disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-article-4605.html>
- Smith, M., Dundes, L. (2008): The Implications of Gender Stereotypes for the Dentist-Patient Relationship. J of Dent Educ., 5, 562-570.
- Universidad Mayor (2011): Epidemiología de la caries. Documento disponible en: [patoral.umayor.cl/dia2007/Epi\\_caries\\_2011.ppt](http://patoral.umayor.cl/dia2007/Epi_caries_2011.ppt)

# Anexos

### Consentimiento informado

Los estudiantes de Odontología de la Universidad de Valparaíso: Carolina Flores González RUT: 16.880045-2 y Jesús Silva Melo RUT: 17.142.321-K a cargo del docente Dr. Alfredo Cueto Urbina, le invita cordialmente a participar en el estudio “PERFILES DE LOS EGRESADOS DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO Y SU RESPUESTA A LAS NECESIDADES BUCODENTARIAS DE LA POBLACIÓN”

**Objetivo:** Evaluar según la percepción del paciente, el cumplimiento de sus necesidades en salud oral por parte del profesional y las políticas de salud pública.

**Procedimiento:** Ud. participará respondiendo una entrevista semi-estructurada.

**Beneficios:** El participar en este estudio no tiene beneficios económicos para usted, pero si contribuirá al desarrollo de la atención brindada por el Odontólogo hacia los usuarios que acudan a los centros de salud.

Sólo tendrá acceso a la información obtenida en sus respuestas el grupo de investigadores. Los resultados del estudio no revelaran su nombre al momento de ser publicado.

Además tiene derecho a retirarse de esta investigación cuando lo desee, sin ningún perjuicio para usted.

Yo \_\_\_\_\_ declaro que acepto participar en el estudio y que el investigador \_\_\_\_\_ me informó y explicó sobre la investigación aclarando mis dudas, permitiéndome realizar preguntas de cualquier tipo libremente. Además entiendo que mi participación es voluntaria y que tengo la libertad de retirarme de este estudio libremente, sin perjuicios para mi persona.

\_\_\_\_\_

Firma

El grupo de investigadores agradece sinceramente su colaboración.

**Guión de Preguntas para Usuario de Atención Odontológica en Servicios  
Públicos:**

**I.- Características sociodemográficas:**

- 1.- Nombre:
- 2.- Edad:
- 3.- Sexo:
- 4.- Lugar de residencia:
- 5.- Teléfono de contacto:
- 6.- Nivel de escolaridad (años de estudio):
- 7.- Ocupación actual:
- 8.- Previsión de Salud:

**II.- Percepción con respecto al Cirujano Dentista:**

- 1.- Cuando ha recibido atención dental, ¿cómo evaluaría usted la actitud del profesional?
- 2.- En las atenciones dentales recibidas, el profesional ¿le ha explicado la enfermedad que tiene y cuál es el procedimiento a seguir?
- 3.- En general cuando ha recibido explicaciones acerca de lo que padece y el tratamiento dental a recibir ¿Cómo cree usted que son esas explicaciones?
- 4.- El dentista antes de realizar los tratamientos ¿Le ha comentado más de una alternativa?
- 5.- ¿El dentista le ha propuesto formas para prevenir más daños en su salud bucal?:  
(sí / no)
- 6.- ¿Cree usted que es importante la Universidad de la cual egresó el dentista?  
(tradicional/ no tradicional). ¿Por qué?

**III.- Percepción de la Atención de Salud:**

- 1.- ¿Está consciente de sus necesidades en salud oral?
- 2.- ¿Cree usted que sus necesidades han sido resueltas?
- 3.- ¿Cómo encuentra que ha sido el tratamiento dental recibido, respecto a calidad/ precio/ duración?
- 4.- ¿Cómo calificaría usted al servicio de salud en general?
- 5.- ¿Cree que existen diferencias de atención entre un Servicio Público y uno Privado? ¿Por qué?

**Guión de Preguntas para Profesional Odontólogo en ejercicio en servicios públicos:**

**I.- Características sociodemográficas:**

- 1.- Nombre:
- 2.- Edad:
- 3.- Sexo:
- 4.- Lugar de residencia:
- 5.- Universidad de egreso:
- 6.- Tipo de Trabajo: Público / privado / mixto

**II.- Percepción del dentista con respecto a competencias profesionales:**

- 1.- ¿Qué competencias destaca en su ejercicio profesional? (ámbito social y laboral)
- 2.- ¿Cuáles de estas características fueron de autoformación y cuáles lograron desarrollarse en la Universidad?
- 3.- ¿Usted conoce el perfil profesional de la Universidad de la cuál egresó? Detalle.
- 4.- ¿Según su opinión el perfil de egreso que Usted obtuvo se corresponde con las necesidades de la población?

**III.- Percepción actual sobre la Odontología:**

- 1.- Existiendo una deficiente salud oral en la población de nuestro país, ¿Dónde cree que deberían enfocarse los esfuerzos?
- 2.- Existiendo actualmente un gran número de Universidades que imparten la carrera, ¿Qué opina acerca del gran número de egresados al año?

### **Opinión del Odontólogo respecto a calidad de formación profesional.**

La última pregunta del cuestionario instaba al odontólogo a entregar su visión respecto al futuro laboral y/o académico de la carrera, en base a los antecedentes ya analizados en el marco conceptual y así obtener una opinión del profesional egresado, ya externo a la institución de formación en la mayoría de los casos, respecto al número y tipo de profesionales que se verán en el futuro, para ello se les plantea la interrogante:

Existiendo actualmente un gran número de Universidades que imparten la carrera, ¿Qué opina acerca del gran número de egresados al año?

En sus respuestas podemos evidenciar:

- El número de estudiantes y futuros profesionales es excesivo, no existiendo control que regule la apertura indiscriminada de una carrera que resulta lucrativa para las universidades.
- La “oferta de odontólogos” está saturada o, en el mejor de los casos, en vías de saturación, devaluando la profesión, disminuyendo los sueldos y empeorando las condiciones de trabajo. Por tanto, la cantidad de dentistas en formación no se condice con las necesidades de la población.
- La entrada del Odontólogo recién titulado al servicio público es dificultosa producto del pobre recambio generacional, problema arrastrado debido a la necesidad de los odontólogos de mayor edad a seguir trabajando para recibir un sueldo acorde con sus necesidades, versus el pobre sueldo al momento de jubilar producto del cambio del sistema previsional de estatal a privado durante los años 80.
- El aumento del número de matrículas es solo atribuible al ánimo de “lucro” de las universidades o, en el caso de las universidades estatales, cubrir problemas financieros con una carrera que les reporta altos ingresos.
- Es necesario considerar la “vocación” del estudiante al momento de elegir la carrera de odontología, lo cual determinaría la calidad del futuro profesional y sus necesidades reales, siendo realistas también en las expectativas del estudiante respecto a remuneraciones futuras.
- La distribución geográfica de los dentistas no favorece una cobertura amplia, estando la mayor parte de los profesionales concentrados en la zona central de nuestro país (región de Valparaíso, Santiago), dejando de lado zonas extremas.



Al consultar respecto al número de egresados y el futuro de la carrera, todos los entrevistados tienen una versión relativamente pesimista, pues se considera la carrera como Saturada o en vías de saturación. Lo anterior se fundamenta en la pobre regulación de la apertura de la carrera y el ánimo de lucro de las instituciones bajo la premisa de que la carrera de Odontología es rentable económicamente para la institución de educación. Lo anterior no es temor infundado, pues se condice con los resultados de la encuesta “Futuro Laboral” (MINEDUC.2009). Si bien, las necesidades de la población en salud oral son bastas al considerar los porcentajes de prevalencia (Gamonal, 1996), se cuestiona el hecho de que una mayor cantidad de profesionales puedan solucionar tales deficiencias. En efecto, la demanda creciente de la carrera no es producto de las necesidades de la población ni intenciones altruistas, sino que obedece a incentivos netamente económicos de las universidades. A su vez, existen varios factores además del número de estudiantes que son concomitantes a agravar la situación, entre ellos:

- La precaria regulación por parte del Estado en relación a los programas de odontología y el número de vacantes por año de ingreso.
- La centralización de las instituciones formadoras, ocurriendo un “vacío” de profesionales en regiones extremas.
- Las expectativas del alumno recién ingresado, como una carrera de buenos prospectos económicos, las cuales no se verán reflejadas en el futuro.
- La baja o nula apertura de plazas de trabajo en el sector público para nuevos dentistas, agravado por la situación del bajo recambio generacional debido a los cambios en políticas de previsión social durante los años 80 y que afecta a dentistas de mayor edad.
- El error de pensar que el público y el mercado regularán la situación de la carrera (Bertolami, 2007).
- El aparente poco interés y control por parte del gremio de cirujanos-dentistas respecto al futuro de la carrera.

Sin embargo, no se puede desconocer el interés, aparentemente creciente, de los estudiantes por la carrera de odontología. Éste interés debiese ser acorde a un perfil de ingreso, previamente formado con el cual no cuenta la Universidad de Valparaíso hoy en día.

Hay que destacar que todos los entrevistados destacan la labor reguladora y fiscalizadora que debería cumplir el Estado en materia de cantidad y calidad de programas de odontología.

Teniendo egresados de los diferentes tipos de Instituciones (tradicionales y privadas), y en el contexto educacional que vivimos hoy en día, en donde la población se interesa por el tipo y la forma de educación que perciben ellos mismos,

sus hijos, los profesionales que imparten la atención en salud, es que consultamos si es relevante o no la Institución de la cual egresó el Odontólogo, la mayoría de los entrevistados, no le atribuye importancia, para ellos lo más importante es la formación valórica del profesional, la vocación de servicio, y otros aspectos no atribuibles a la formación académica propiamente tal (“cosas de la casa”), otro factor relevante es el enfoque de la Universidad, *“porque son los mismos enfoques los que van determinando la atención que van dando los profesionales, cuan humanizada, cuan instrumentalizada, cuan mecanizada”* (Extracto de Entrevista a paciente número 11).