

LOS MODELOS CURRICULARES EN ODONTOLOGÍA

ANGÉLICA ROSALVA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Resumen

Actualmente existe una tendencia mundial para que la formación profesional se oriente al cumplimiento de competencias. Esta influencia se empieza a reflejar en los cambios curriculares que se están realizando en varias escuelas y facultades del país. Sin embargo habría que realizar un ejercicio de análisis y reflexión que permita orientar los cambios y establecer una prospectiva en relación con la realidad del currículo, tomando como base la situación que prevalece en el país en relación con la innovación educativa. El trabajo que aquí se presenta considera algunos aspectos relacionados con el desarrollo histórico de los modelos curriculares en odontología en México, su impacto en la solución de los problemas de salud de la población, las semejanzas con las propuestas curriculares por competencias y algunas interrogantes que inviten a la reflexión y seguimiento de los enfoques y resultados de estas “novedosas propuestas.

Palabras clave: Modelos tradicional, Norteamericano, Latinoamericano, por competencias.

Introducción

La enseñanza de la Odontología en México durante sus 100 años de evolución se ha caracterizado por su orientación eminentemente práctica que la vincula al servicio, lo que, en mayor o menor medida, la ha llevado a contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud bucal de la población.

La incorporación de la Odontología en el ámbito universitario es relativamente reciente, en 1904 se origina la que puede considerarse la primera escuela de Odontología del país, mediante un establecimiento adjunto a la entonces Escuela Nacional de Medicina, denominada “Consultorio Nacional de Enseñanza Dental”;

antecedente de la actual Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Hasta la década de los 70, en general había pocos estudios sobre el currículo¹ de la carrera. Es a partir de la década de los 80, que se inicia un proceso de definición. Los planes de estudio se organizaban “en base a objetivos que se formulan a partir de un análisis exhaustivo de contexto social, económico, cultural y político del país, relacionándolo con la carrera cuyo plan es objeto de definición. La institución educativa y el estudiante son los sujetos básicos de la acción de los planes de estudio”. Sin embargo la definición conceptual de lo que es el Perfil de egreso y su importancia, no se expresa de manera clara, queda implícita tanto en los planes de estudio, como en muchos de los trabajos sobre diseño curricular que se han realizado. (Glasman y María Ibarrola 1980).

La organización y desarrollo de un currículo, responde a un modelo educativo que considera cuatro aspectos fundamentales:

- El filosófico en el cual se puede identificar el concepto de hombre, sociedad, el de práctica profesional, articulada al modo de producción y por consiguiente el establecimiento de los atributos del profesional que se quiere formar, las bases históricas y axiológicas que orientan el quehacer profesional y social como ciudadano, que se reflejan en los papeles que el docente y el alumno juegan en el aula.

¹ Currículo entendido como “la organización del programa de estudios de una organización escolar, con sus contenidos, métodos, secuencias de experiencias educativas, para conseguir los objetivos del programa, de acuerdo con las necesidades de los sujetos y la lógica de la disciplina....en un proceso de educación complejo, constituido por el tipo de relaciones humanas entre individuos, entre grupos sociales, mediatizados por objetos, lenguajes, intereses económicos, conductas sociales y valores, dentro de una organización social determinada. Guzmán. José. 1978. El currículo escondido y los métodos educativos universitarios. Ponencia presentada en el Centro de Estudios Educativos de la Universidad nacional autónoma de México.

- El aspecto psicopedagógico toma como base un concepto de aprendizaje, que se expresa en los programas de estudio, en los contenidos, las actividades del alumno y las del profesor, la orientación de los programas, el concepto de evaluación y las estrategias para llevar a cabo la enseñanza, el aprendizaje y la evaluación de estos aspectos.

- El instrumental y material en que se establecen los recursos que se requieren para hacer operativos los programas. Es importante considerar que los recursos deben estar de acuerdo con los planteamientos filosóficos y psicopedagógicos, ya que no se puede hablar de un modelo activo participativo, en aulas en donde el profesor se encuentre en una plataforma tipo cátedra y los pupitres estén clavados al piso en forma lineal.

- La administración es el apoyo del proceso educativo, y debe estar orientada para adquirir los recursos necesarios acordes al desarrollo de los programas, a simplificar los procesos para el mejor rendimiento académico. Habría que preguntarse si lo administrativo ¿influye en la formación del estudiante?, ¿refuerza aspectos relacionados con la autoestima, la toma de decisiones o la relación con la autoridad? Lo administrativo también contribuye al proceso formativo, ya que los alumnos aprenden (¿sufren?) en los procesos administrativos relacionados con su inscripción, permanencia y egreso en la institución educativa.

Características generales de los modelos educativos en odontología

Las primeras escuelas de Odontología en México, se caracterizaron por la subordinación a las escuelas de medicina. Se adoptaron planes y programas de estudio del extranjero que tenían como base el modelo, creado en 1910, derivado del informe Flexner que

incorporó el estudio de las denominadas ciencias básicas dando una orientación biologicista a la medicina, influencia que se dejó sentir también en la odontología. Los planes de estudio se organizaban con base en el “juicio de experto” siendo los odontólogos de mayor prestigio, como el Dr. José Crombé, Dr. Ricardo Figueroa entre otros, los que elaboraron los primeros programas.

Con base en el análisis de los planes y programas de estudio de las escuelas de odontología del país, con los resultados de una encuesta aplicada a los responsables académicos de 40 escuelas y facultades y al resultado de la discusión en 4 talleres sobre los indicadores para la acreditación de los programas, ha sido posible identificar tres modelos educativos que han evolucionado a lo largo del tiempo, generando tres propuestas diferentes en la formación de recursos humanos:

El primero derivado del informe Flexner conocido como “tradicional”, en los años setenta el modelo tradicional se modifica y se desarrolla un modelo al que denomino Norteamericano; en esa misma década la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), proponen un modelo denominado latinoamericano o ecologista.

El modelo derivado del informe Flexner, conocido como modelo tradicional, se caracteriza por la incorporación del contenido biomédico básico en la etapa inicial del currículo, (los 2 primeros años) la atención orientada a la enfermedad, la organización de asignaturas por especialidades clínicas, de carácter curativo enfocada a la rehabilitación lo que ha dado como consecuencia el predominio de una práctica profesional costosa y por consecuencia elitista. (Martínez, Portilla y Ríos 1994:371) en una concepción de aprendizaje centrada en el profesor, mediante las denominadas cátedras.

Propuesta contradictoria con lo que pareciera el primer “perfil de egreso” de la carrera de odontología, expresa que los egresados deberán reflejar en su práctica profesional “El amor a la profesión y el bien por el bien mismo, procurando despertar en ellos sentimientos de que el objeto final de la profesión no es el lucro, sino el instrumento del bien en beneficio de la humanidad doliente, tanto para los poderosos como para los desvalidos”. (Plan de estudios del entonces Consultorio Nacional de Enseñanza Dental 17 de enero de 1910)

En relación con el marco filosófico, en el decreto emitido en 1911, por el entonces Presidente de la República Francisco I. Madero, Se considera un artículo 4°. Menciona que además de los cursos las materias biomédicas y clínica, “deberán existir academias de deontología a las que tendrán obligación de concurrir los alumnos que cursan el último año de estudios” (Zimbrón. 1990:164, 165).

Es conocido que la tecnología que se utilizaba para la atención clínica era sofisticada y costosa para su época por lo que repercute de manera directa en el costo de la atención.

Con base en las prácticas educativas, contenidos y experiencias intra escolares, este modelo propiciaba alumnos receptivos, formados a imagen y semejanza del profesor, ya que éste se constituía en el modelo a seguir en lo profesional y en lo personal.

En 1970 se inicia un cambio en la odontología en Latinoamérica, al observar que los recursos formados no tenían los conocimientos para enfrentar los problemas de salud que presentaba la sociedad en ese momento.

El que denominado Modelo Norteamericano se caracteriza por el aprendizaje centrado en el alumno, se le considera como un sujeto activo que ha de intentar ser igual

o mejor que el profesor, se incorpora la concepción del hombre como unidad bio-psico-social, y algunas prácticas preventivas, enfoque de atención en torno a la enfermedad, conserva el enfoque curativo y rehabilitatorio centrado en el individuo, La práctica profesional esta orientada a una sociedad con recursos económicos altos y con pocos contrastes sociales (Sociedad norteamericana de los años 60, 70, 80)

En el aspecto psicopedagógico el plan de estudios se organiza por asignaturas aisladas, con énfasis en el cumplimiento de objetivos por programa. Incorpora las asignaturas del área básica médica y preclínicas en los primeros años, y las clínicas por especialidades en la segunda mitad de la formación, en el último ciclo escolar, organiza el aprendizaje en torno a las denominadas clínicas integrales, en algunos programas se observan asignaturas como salud pública. Sin embargo el número de horas asignados a estas actividades no rebasa el 5% del total del plan de estudios. (Martínez Tijerina 1996)

Se promueve el uso de tecnología de punta y en la selección de ésta, no se considera la repercusión que tendría en costo del servicio.

El modelo educativo denominado innovador o ecologista. Propuesto, en esa misma década, por la OPS/OMS se caracterizó por el impulso que se dio a la triada ecológica, es decir la concepción del hombre como unidad bio-psico-social, la organización del conocimiento fue por áreas o módulos, basado en la relación de la teoría con la práctica (Gómez 1997). Esta innovación, en México, fue entendida en un marco histórico social que pondera la relación de la formación de los recursos humanos con las necesidades sociales, al que también se le conoce como Modelo Latinoamericano.

Este modelo toman como elementos fundamentales en la formación profesional: La comprensión del proceso salud-enfermedad en lo individual y lo colectivo;

incidiendo en él desde dos vertientes, una que considera al proceso salud-enfermedad como objeto de transformación y la otra que lo considera como objeto de estudio.

En relación con los aspectos psicopedagógicos se sustenta en la corriente cognitiva, en la que se concibe al aprendizaje como un proceso en el que tanto el profesor como el alumno son sujetos y objetos activos en el mismo, se considera al alumno como un sujeto activo participativo que ha de construir su propia identidad.

Se estableció la importancia de la relación teoría-práctica, los contenidos acordes con las actividades de aprendizaje, la investigación formativa en los campos biológico, clínico y social.

Se promueve la integración del conocimiento, los contenidos se organizaron en módulos, en torno a objetos de transformación (Modelo UAM Xochimilco) o en torno a la solución de problemas de complejidad creciente, (Modelo ENEP Zaragoza) que promueven la formación integral², el trabajo grupal, con un enfoque preventivo, que incorpora contenidos sociales, sobre todo referidos a la salud pública y al desarrollo de una práctica clínica que integra varias disciplinas”. (Gómez 1997) Es decir, clínicas integrales desde los primeros años de la formación profesional, disminuye de manera significativa las preclínicas. La FES Z al inicio desarrolla sus actividades con base en la tecnología educativa y posteriormente realiza cambios, pretendiendo desarrollar una didáctica crítica, que pareciera, no logra totalmente.

La práctica profesional que se promueve, de acuerdo con lo que se menciona en estos planes de estudio, pondera la transferencia y desmonopolización del conocimiento.

² Integral entendido como la incorporación de aspectos sociales tales como la salud pública, epidemiología, estadística, administración y la incorporación de prácticas preventivas en los niveles comunitario e individual, de acuerdo con el concepto de prevención de Leavel y Clark y con base en modelos de intervención como el de Dinamarca.

En un estudio realizado en 1996 en relación con el perfil de egreso, al analizar dos de los cuatro planes de estudio que se crearon con este modelo, se encontró que tienen mayor número de asignaturas con contenidos, actividades y horas dedicadas al diagnóstico epidemiológico y desarrollo de programas preventivos, tanto en lo individual como en lo colectivo. Se incorpora algún contenido relacionado con la historia de la odontología, pero ninguno de carácter axiológico de manera explícita.

Se promovió una organización administrativa departamental, con lo que se pretendía que existieran grupos de investigadores con líneas y proyectos definidos quienes además de generar conocimientos orientaran al alumno en un proceso formativo.

Sostenían que la administración debería supeditarse a las necesidades de la docencia y el servicio. En relación con las técnicas y los recursos, estos deberían ser simplificados, utilizar la tecnología apropiada que permitiera disminuir los costos del servicio odontológico que se reflejara en proporcionar acceso a la población de menor ingreso a los servicios. (ENEP Zaragoza. 1976. Plan de estudios).

Los planteamientos de este modelo en algunos aspectos se pueden considerar utópicos ya que los profesores que imparten los cursos fueron formados en un modelo tradicional, lo que influye en la formación de los alumnos. Sin embargo se ha producido algún cambio que se refleja en los egresados, que se caracterizan por su actitud crítica, y creativa. El abordaje de los problemas considerando la diversidad social y económica del país, ha facilitado a los egresados insertarse en los pocos programas de salud comunitaria que se han promovido institucionalmente.

Se podría decir que los planes de estudio correspondientes con este modelo han propiciado un cambio en la formación profesional, sin embargo hay que reconocer que

el perfil del personal docente y la práctica hegemónica han dejado sentir su influencia, por lo que el perfil de egreso, establecido en los planes de estudio enmarcados en el modelo Latinoamericano no se ha cumplido totalmente y los atributos innovadores de los egresados no han tenido una influencia significativa en la odontología en México.

En México actualmente coexisten los tres modelos. En un estudio realizado en 1998 por la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología se encontró que el 33% de los planes de estudio están sustentados en el modelo tradicional derivado del informe Flexner, el 50% en el Norteamericano y solo el 17% en el Latinoamericano. (Martínez, Tijerina. 1998. FMFEO)

A partir del año 2000 existe una tendencia mundial para que la formación profesional se oriente al cumplimiento de competencias. Esta influencia se empieza a reflejar en los cambios curriculares que se están realizando en varias escuelas y facultades de odontología del país. Sin embargo habría que preguntarse ¿a que tipo de competencias se refieren las políticas actuales?, ¿en que modelo de competencias se inscriben las instituciones?, ¿a las laborales o integrales?

En relación con las competencias laborales, éstas se inscriben en el marco de la teoría conductista que entre otras cosas plantea que “el conjunto de habilidades, destrezas y conocimientos obtenidos debe organizarse en una secuencia de adquisición y traducirse en contenidos. Con este proceso no, existe el riesgo de que en el programa de estudios haya componentes que no le sirvan o carezca de elementos indispensables”(Glasman. Ibarrola. 1980:209)

De acuerdo con la organización Internacional del Trabajo (OIT) “La competencia laboral es la construcción social de aprendizajes significativos y útiles para

el desempeño productivo en una situación real de trabajo, que se obtiene no solo a través de la instrucción, sino también mediante la experiencia” (Valle Flores 2000)

La formación y capacitación para el desempeño de competencias, surge de la necesidad de elevar la productividad y mejorar su posición competitiva en los mercados globales. Se planea que las empresas perciban la capacitación, no solo como una obligación legal sino como una necesidad y un proceso integral y permanente. (Ibarra. 1996:33)

En relación con las competencias laborales, se han desarrollado propuestas en el área de la salud y particularmente en la odontología, relacionadas con la capacitación de los técnicos en laboratorio dental que se concreta en el programa CONOCER auspiciado por la Secretaría del Trabajo.

El Enfoque de la formación por competencias profesionales integrales rescata algunos de los elementos del modelo innovador latinoamericano sobre todo en los aspectos psicopedagógicos. Ya que propone la organización de los aprendizajes en torno a la solución de problemas y habla de una formación integral que no se circunscribe solo al desempeño laboral, sino que incluye también competencias básicas para la ciudadanía. (Ibarrola y Galart 1995:53) En una sociedad globalizada con cambios demográficos y epidemiológicos importantes y un desarrollo científico técnico acelerado.

En este contexto es pertinente realizar un ejercicio de reflexión y preguntarse:

¿En que modelo Educativo se inscriben actualmente los programas de odontología en el país?

¿Las propuestas innovadoras actuales contribuyen a formar profesionales interesados en ocuparse de su desarrollo personal y profesional, que les facilite ser

reflexivos, creativos para un ejercicio profesional que contribuya a mejorar la salud de la población mexicana?

¿Qué habría que cambiar en la profesión. El plan de estudios, la forma de enseñar y aprender o la forma o en que se realiza la práctica profesional?

¿Basta con cambiar el plan de estudios para hacer operativo un modelo educativo no

Referencias bibliográficas.

Barrón Tirado Concepción. 2000. Formación en Competencias Profesionales La educación basada en competencias en el marco de la globalización. Pensamiento Universitario Tercera época No. 91. pag. 17 – 44.

CIEES (Comités Interinstitucionales de Evaluación de la Educación Superior) 2000. Marco de referencia para la evaluación. Elementos teóricos y metodológicos para la evaluación de programas de educación superior en ciencias de la salud. Pag. 16.

Díaz Barriga. Frida. Lule G. Ma. De Lourdes. Pacheco P. Diana. Rojas D. Silvia. Saad D. Elisa. Metodología de diseño curricular para la enseñanza superior. En Perfiles Educativos. Nueva Época. CISE UNAM: octubre noviembre diciembre de 1984 pag. 30-40.

Ibarra Almada Agustín. 1996. El sistema normatizado de competencia laboral. En Competencia laboral y educación basada en normas de competencia. LIMUSA: SEP. CNCCL. CONALEP. México. pag.33.

Ibarrola María de. Galart María Antonia. 1995. Democracia y productividad, Desafíos de una nueva educación media en América Latina. México. OREA/UNESCO. Pag. 53.

Martínez R. Tijerina L. (1996) Situación del Modelo educativo en México. Revista de la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología (FMFEO) México.

Martínez, R., Portilla, R. y Ríos, F. (1994) México: Un esfuerzo conjunto para el desarrollo de recursos humanos para la salud. La caracterización de la enseñanza de la Odontología y la vinculación docencia-servicio en México. *Educación*

Médica y Salud. Volumen 20 No. 3 Julio Septiembre, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, pp. 7.

OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1987. Reunión sobre “Articulación del conocimiento básico en la formación de profesionales de la salud”. Cablegrama. OFSANPAM: Washington, D.C. del 7 al 11 de diciembre.

Zimbrón Levy Antonio. Feingold Steiner Mirella 1990. Breve Historia de la odontología en México. Universidad Nacional Autónoma de México, pp 164, 165, 173.