

Tendencias en la formación de odontólogos en la
universidad pública en México en el contexto de la
globalización 1989-2003:

Una lectura ética

Tesis para obtener el grado de Doctor en Sociología

María Isabel de Fátima Luengas Aguirre

Director de la Investigación:

Dr. Carlos Ruiz Sánchez

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

Universidad Nacional Autónoma de México

Septiembre 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Jorge Federico y Fátima

A Pepina y Lilli

In memoriam

“El que ignora lo que es el hombre esta incapacitado para conocer la medicina”

Corpus Hipocraticum

(s. V a C.)

Agradecimientos

Quiero expresar mi gratitud al Dr. Carlos Ruiz Sánchez por su guía y su confianza pero sobre todo por su amistad.

A mis maestros por compartir sus conocimientos y ser ejemplo de profesionalismo.

A mis hijos Jorge Federico y Fátima por su cariño y apoyo en todo momento.

A mis amigos y amigas por su entusiasmo y solidaridad en la vida.

A mis compañeros y compañeras de trabajo que han sido ejemplo de compromiso y superación.

A mis alumnos quienes motivan los esfuerzos realizados.

Índice

Agradecimientos

Índice de Cuadros

Glosario de siglas

Introducción

Capítulo I.

Definiciones conceptuales sobre la educación, las políticas y el currículum. Dimensiones y tendencias cuniculares: el currículum en odontología. Importancia de la reflexión ética en la educación.

Dimensiones sociales de la educación

Educación profesional

Importancia de incorporar la reflexión ética en la educación

Política y políticas

Los actores

El currículum

Tendencias curriculares

El currículum en odontología

Preocupaciones éticas que impactan los currícula de la salud

Las características del modelo hegemónico que orienta la educación odontológica.

En relación a la concepción sobre la salud y la enfermedad

La salud oral.

Capítulo II

Sobre los métodos utilizados y el desarrollo del trabajo de investigación

1 Fuentes donde se obtuvieron los documentos

1.1 Fuentes personales y de colegas

1.2 Bases electrónicas

1.3 La Facultad de Odontología.

1.4 Análisis de las políticas públicas.

1.5 La evaluación como ejemplo.

1.6 Estudio histórico sobre la Corriente Latinoamericana y la evaluación del currículum

1.7 La comparación de los planes de estudio de la Facultad de Odontología de la UNAM, la

FES Zaragoza y la UAMX

2 la investigación de campo.

2.1 Ejemplos de las preguntas que se hicieron en las entrevistas

Capítulo III

Dinámica de la globalización, características del contexto que determina las tendencias en la educación y la salud

Características del proceso global

Nueva moralidad

Disparidad mundial en la toma de decisiones

Organización del proceso de trabajo

La Administración

La Distribución

Mito y realidad del libre comercio

El paradigma del consumidor

La educación en la sociedad global.

Acceso a la educación y analfabetismo

Calidad educativa con equidad

Situación de la educación superior

Educación y empleo

Recursos, métodos de enseñanza y currículum

Cambios valorativos de la educación y nuevas demandas. La educación como derecho humano para la paz, la tolerancia y la democracia

La educación como derecho humano para la paz, la tolerancia y la democracia

La salud en la globalización.

Salud bucal

1. Tendencias en el mundo global
2. En la educación superior
3. En las condiciones de salud

Capítulo IV

Tendencias en la educación superior y odontológica en México como resultado de las políticas educativas de los últimos años. Situación de la educación superior y odontológica

Antecedentes.

Definición de las políticas nacionales. Planes Nacionales de Desarrollo de 1989-2003. Tres propuestas una misma intención

Plan Nacional de Desarrollo de Salinas de Gortari 1989-1994

Plan Nacional de Desarrollo de Ernesto Zedillo 1995-2000

Plan Nacional de Desarrollo de Vicente Fox 2001-2006

Los programas institucionales

Programa de Mejoramiento al Profesorado (PROMEP).

Fondo para la Modernización de la Educación Superior (FOMES).

Programa Nacional de Normatización Administrativa (PRONAD).

Programa de Apoyo al Desarrollo Universitario (PROADU).

Fondo de Aportaciones Múltiples (FAM)

Fondo de Inversión para Universidades Públicas Estatales (FIUPEA).

Programa Integral de Fortalecimiento Institucional (PIFI).

Programas Integrales para el Fortalecimiento el Posgrado (PIFOP).

Programa Nacional de Becas y Financiamiento para estudiantes Tipo Superior (PRONABES)

Algunas consideraciones sobre los planes.

Algunas consecuencias de las políticas públicas

Sobre los Cuerpos Académicos

Situación de la educación superior

Características de la oferta

El financiamiento.

La demanda

El Servicio Social.

La evaluación y acreditación

La Investigación.

La calidad educativa y las condiciones salariales

La situación de la odontología

En relación a la oferta.

Situación de los profesores de odontología

La investigación en odontología

El Servicio Social en odontología

Tendencias en la educación superior.

Tendencias en la odontología.

Capítulo V.

Los procesos de evaluación como política para mejorar la calidad de la enseñanza odontológica.

Introducción

Antecedentes

Evaluación de la calidad educativa.

Sobre la calidad.

Actores involucrados en la evaluación.

La evaluación de pares: los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES)

El Centro Nacional de Evaluación de la Educación Superior (CENEVAL)

El Consejo Nacional de Educación Odontológica (CONAEDO).

Sobre los métodos de evaluación

Efectos de la evaluación en la calidad educativa

Capítulo VI

Evolución del pensamiento latinoamericano y las preocupaciones éticas en la formación de los odontólogos: algunas tendencias actuales

Antecedentes

Corrientes en la enseñanza odontológica: cómo se fue dando el proceso.

La desmonopolización

Simplificación y transferencia tecnológica

La orientación pedagógica

Cambios en el enfoque de la atención a la salud

La odontología integral y la integración docencia servicio e investigación.

Las propuestas sanitarias.

Cambios éticos.

Tendencias y perspectivas.

Capítulo VII

Inicio, evolución, situación actual y tendencias curriculares en la enseñanza de la odontología en México

Antecedentes

Primeros años de la formación profesional para dentistas.

Autonomía universitaria

Movimiento estudiantil del sesenta y ocho

La descentralización y la masificación de la educación

Sobre los planes de estudio

Las innovaciones curriculares.

La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

La Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Tendencias curriculares.

Perfiles profesionales referenciales

Modelo innovador

Los problemas en la operación de los programas de estudio de acuerdo con los responsables

1. Sobre los estudiantes

1.1 Preparación de los estudiantes

1.2 Desconocimiento del modelo

1.3 La crisis económica

1.4 Grandes expectativas

1.5 Baja Autoestima

1.6 El enfrentamiento con los pacientes

1.7 No existen organizaciones estudiantiles.

2. Discurso de los directivos en relación a los profesores

2.1 La contratación.

2.2 El desconocimiento de los modelos

2.3 No correspondencia del perfil docente.

2.4 No hay capacitación permanente.

2.5 La falta de comprensión del "compromiso moral"

2.6. Resistencia al cambio

2.7 Autoritarismo en la relación profesor alumno.

3 En relación a la planeación y administración

3.1. Infraestructura necesaria.

3.2. Sistemas democráticos

3.3. La participación sindical.

3.4. La planeación y el rediseño curricular.

3.5. La organización de las clínicas

3.6. La formación ética del alumno

3.7 El desarrollo de la investigación

4. Sobre la evaluación.

4.1 La evaluación externa y la acreditación

5 Tendencias en la enseñanza odontológica.

6 Discusión sobre los resultados de las entrevistas

Capítulo VIII

Propuesta para elaborar un currículum de odontología basado en diferentes paradigmas y por competencias

El Paradigma del Desarrollo Humanos Sustentable

El Paradigma de los Derechos Humanos

El paradigma del Consumidor

El Paradigma del Libre Comercio

El Paradigma de la Sexualidad

Condiciones de salud

Salud bucal

Situación del Mercado de trabajo

Competencias profesionales

Competencias profesionales para odontólogos

Conclusiones

Bibliografía

Índice de Cuadros

Cuadro 1

Cuadro comparativo de los principales elementos contenidos en los Planes Nacionales de Desarrollo de Carlos Salinas de Gortari a Vicente Fox .

Cuadro 2

Los actores que participan en la evaluación de la odontología, propósitos, características y métodos de trabajo

Cuadro 3

Evolución de la educación odontológica en AL de los sesentas a los noventas

Cuadro 4

Resumen de los cambios curriculares en odontología de 1904 a 1980

Cuadro 5

Perfiles referenciales de la profesión

Cuadro 6

Propuesta de la FMFEO un modelo Innovador

Cuadro 7

Características del universo de trabajo

Cuadro 8

Supuestos del Paradigma del Desarrollo Humanos Sustentable y su efecto en la educación y práctica odontológicas.

Cuadro 9

Supuestos del Paradigma de los Derechos Humanos en la educación y práctica de la odontología

Cuadro 10

El Paradigma del Consumidor en la enseñanza y práctica de la odontología

Cuadro 11

Supuestos del paradigma del Libre Comercio en la enseñanza y práctica de la odontología

Cuadro 12

El Paradigma de la Sexualidad y sus efectos en la formación y práctica de la odontología

Introducción

Al reiniciar mi tránsito en la UNAM en los cursos de doctorado, Juan Guillermo Figueroa impartía el seminario sobre derechos reproductivos desde la perspectiva ética. El curso me introdujo en el campo de la ética aplicada al área médica en los problemas de la salud reproductiva -tema polémico y controversial-, en el cual parecía casi imposible llegar a acuerdos.

Parte de la metodología del curso incluía, entre otros, el conocimiento de las diferentes posiciones ante temas como el aborto y la reproducción asistida. Tan importante como conocerlas era distinguirlas, fundamentar los puntos de vista propios y entender los argumentos de los demás para lograr acuerdos; de no conseguirlos, al menos se entenderían las dificultades de la negociación y se consideraría la importancia de los valores en la toma de decisiones, tanto vitales como de salud. Todos estos elementos tan importantes estaban ausentes de los currícula médicos y, por supuesto, de los odontológicos.

Marcela Lagarde fue mi directora de tesis de maestría en esta misma facultad. El antecedente de haber trabajado con ella en el campo de las mujeres, especialmente con las parteras, me ayudó a integrar una visión más comprensiva acerca de la manera en que la gente expresa su enfermedad. La nueva visión se tradujo en una actitud diferente en mi trabajo frente a los pacientes. Así, gracias a mi incursión en las ciencias sociales, mejoré mi práctica clínica. La sociología me dio elementos para escuchar más atenta y cuidadosamente a los pacientes, y para entender lo que querían decir a través de sus dolencias. También me permitió valorar la importancia de los aspectos simbólicos y culturales en la elaboración e interpretación de la enfermedad, así como su significado para cada uno de nosotros. Mi cambio de actitud fue evidente, como diría Foucault: amplió y modificó la “mirada médica”.

En mi situación de odontóloga dedicada a la investigación y a la docencia en la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAMX), me sentía con la necesidad de aportar algo a la profesión que tanto me ha dado. Fue a través de la ética como encontré el camino que andaba buscando. Esta parte de la

filosofía fue el puente de unión entre una profesión con gran contenido técnico, con las ciencias sociales.

La ética no solamente abrió el camino, sino que me hizo reflexionar sobre una multiplicidad de problemas que se presentan en la docencia, en la investigación, en la atención odontológica y en el trabajo comunitario, espacios todos de mi quehacer cotidiano en la universidad. La ética me dio fundamentos para comprender cómo afectan nuestras acciones a los alumnos, a los compañeros y a los pacientes, y me proporcionó las herramientas que permiten delimitar los alcances de nuestra práctica profesional, al mismo tiempo que abre un espacio importante a la comunicación.

Fue justamente esta reflexión ética la que me hizo volverme hacia la odontología, consciente de las limitaciones que tiene la enseñanza de una profesión orientada hacia el mercado, profesión que, desafortunadamente, ha dejado de lado las necesidades de atención bucodental, oficio que socialmente la justifica.

Por otro lado la universidad pública entró en una nueva etapa de relación con el Estado, los universitarios estamos viviendo prácticamente un periodo de persecución, de justificación, de dar cuentas de nuestro trabajo y del financiamiento que recibimos presionados por las políticas estatales neoliberales, mientras los recursos disponibles se quedan en manos de los banqueros. Dichas políticas han sido implementadas por el gobierno mexicano desde hace varios sexenios y se han ido refinando y purificando en cada nuevo Plan Nacional de Desarrollo y Programa Nacional de Educación. Quienes estamos dedicados a la educación sentimos cómo se redefine nuestro trabajo y necesitamos no solamente saber lo que ocurre, sino hacerlo visible para todos y poder plantear argumentos y propuestas desde los programas de estudio que desarrollamos, éticamente aceptables y prácticamente factibles.

Las condiciones laborales sobre las que tenemos que contender todos los días en las instituciones educativas públicas y que en ocasiones se transforman en exigencias absurdas que no solamente no mejoran la calidad educativa - supuesta razón de su puesta en escena- sino que reducen nuestro trabajo al llenado de formatos y formas de información disponible para la institución. La

presión de cumplir con lo requerido en los programas de desarrollo institucional orientan la tarea educativa hacia donde la política estatal la determina. Esto lo sentimos como una pérdida de autonomía, una limitación para el desarrollo de la universidad y de cada uno de los profesores. Se añora lo que ocurría en el pasado; cuando se fundó la UAMX y dimos rienda suelta a nuestra imaginación, cuando pretendíamos superar nuestra falta de experiencia con el entusiasmo y el compromiso de hacer propuestas educativas diferentes. La licenciatura en Estomatología de ésta Institución nació como un proyecto innovador bajo el influjo de la **Corriente de Innovaciones en la Enseñanza y Servicios de la Odontología en América Latina** auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud y financiada por la Fundación K.W. Kellogg, que tuvo un papel importante en el desarrollo de un pensamiento autónomo por algunos líderes de la enseñanza de la odontología en el Continente. Dicha corriente partió de un cuestionamiento ético sobre el quehacer y la enseñanza de la odontología; este pensamiento crítico se fue conformando a lo largo de los años a través de seminarios, talleres, propuestas curriculares, vinculaciones interinstitucionales y la esperanza de que la enseñanza de la odontología podría hacerse de otra manera.

A partir de este impulso latinoamericano la odontología redefinió su compromiso social, así se propusieron innumerables y creativos modos para enseñarla y practicarla. Esta posibilidad estuvo influenciada por el marxismo, teoría que realmente contribuyó a ver las cosas desde otro ángulo y favoreció que se hicieran planteamientos para formar a los recursos humanos: de frente a las necesidades de salud bucal, la enseñanza basada en problemas de la realidad, la integración docencia servicio e investigación, el cambio en el proceso de trabajo, el compromiso del profesional por mejorar las condiciones de salud de la población y la independencia tecnológica. Muchos de estos planteamientos estaban fuera de las posibilidades de la enseñanza profesional, la realidad y la historia nos mostraron los límites del sueño de hacer una “odontología para el pueblo”.

Al iniciar la investigación yo tenía la hipótesis que la odontología cambió para no cambiar, si se ve esto superficialmente así parecería –la práctica y la

enseñanza de la odontología se muestran inamovibles- sin embargo, las transformaciones ocurridas tienen poco que ver con esos grandes planteamientos fundados en la justicia y la solidaridad de la odontología con las clases explotadas. El desarrollo de la investigación odontológica ha sido una modificación importante, así como su introducción en la enseñanza, a pesar de su estado todavía incipiente en nuestro país. De igual manera la instauración de medidas como la fluoración de la sal, producto del interés de algunas autoridades y de esfuerzos conjuntos entre las universidades y los servicios de salud que realmente ha contribuido a mejorar las condiciones de la salud oral; o la instauración de clínicas periféricas integrales por parte de las universidades donde se ofrecen servicios dentales a poblaciones que tienen un acceso restringido a ellos, que han logrado incrementar la cobertura.

Mucho me sorprendió la riqueza de la discusión llevada a cabo durante varias décadas en América Latina, su enfoque independiente y las reflexiones éticas que se dieron durante los setentas y ochentas, sobre todo en una carrera como la odontología que por su contenido técnico ha estado tan influenciada por la escuela norteamericana. Esto nos muestra el camino a seguir en la búsqueda de soluciones a nuestros problemas más allá de los sanitarios.

Todos estos factores me orillaron a considerar el tema de investigación para mi tesis sobre: **las tendencias en la formación de odontólogos en la universidad pública en México en el contexto de la globalización 1989-2003. Una lectura ética**; que visualice como una oportunidad para concretar muchas y distintas experiencias profesionales y personales.

La formación de recursos humanos de odontología en nuestro país, ha estado determinada por el modelo de desarrollo económico y las políticas educativas derivadas de él, asimismo por la evolución histórica y las características de la práctica y enseñanza dentales.

Estos dos factores no actúan lineal, ni mecánicamente; los estructurales, propician cambios sociales hacia la educación superior que modifican sensiblemente las relaciones entre las Instituciones de Educación Superior

(IES) y el Estado; de igual manera determinan las políticas, programas y actores que traen cambios en las tareas cotidianas de las IES.

Mientras que la evolución de la enseñanza profesional sigue un trayecto ligado a su origen, a la capacidad de sus actores de participar en contextos y coyunturas sociales que les han permitido avanzar como práctica. Así como al propio interés por reflexionar sobre las limitaciones de su propio quehacer y proponer cambios para transformar la educación odontológica para que cumpla tanto con las expectativas sociales de mejorar las condiciones de salud bucal de la población.

Por otro lado el Estado mexicano ha optado por impulsar un modelo de desarrollo neoliberal con el objetivo de incorporar el país al proceso de globalización mundial. La globalización constituye actualmente uno de los procesos de mayores consecuencias en el mundo contemporáneo; afecta las actividades económicas, las organizaciones políticas, las relaciones sociales, la cultura, los valores, el consumo, las formas de vida y la visión del mundo de una buena parte de la humanidad (Flores Olea, 1999). La educación adquiere un carácter estratégico dentro de este proceso por su papel en la reproducción de la ideología hegemónica. Un proyecto con estas características necesariamente conlleva una ética particular.

La globalización como proceso del capitalismo internacional, basado fundamentalmente en la especulación ha generado grandes desequilibrios en el mundo, la pobreza se ha ampliado y profundizado, mientras que la riqueza se concentra en muy pocas manos.

Sin embargo, el proceso global abre oportunidades para el desarrollo de puntos de vista más allá de los hegemónicos, planteamiento y voces contestatarias se articulan para presentar otra mirada. Propuestas como la del desarrollo humano sustentable, la paz y los derechos humanos, fundadas en valores como el respeto a la vida y la dignidad humana cobran importancia. Para estas propuestas impulsadas por organismos internacionales (ONU, UNESCO), la educación es la base para el cambio, es a través de ella donde se transforma la

mentalidad del ser humano para que desarrolle una nueva cultura; cultura que le permita convivir con armonía, desarrollar sus capacidades, cuidar y preservar los recursos naturales y el ambiente no sólo para las generaciones presentes sino para las futuras. Estos dos efectos de la globalización justifican su inclusión en la determinación de las tendencias en la formación de los odontólogos.

El Estado mexicano al incorporarse dentro de este proceso mundial ha impulsado la modernización del Estado y de la sociedad, estas estrategias se han desarrollado consistentemente desde el sexenio del Presidente Salinas de Gortari (1989) hasta el de Vicente Fox (2000-2006); con expresiones diferentes en cada uno de ellos, periodo de análisis de nuestro estudio.

Las consecuencias del modelo neoliberal han sido la reducción de la intervención del Estado en acciones de educación, salud, seguridad social, entre otras, el fomento a la participación social, sin dejar su tarea fundamental de conductor del desarrollo social. Como efecto de los ajustes económicos grandes sectores de la población han visto reducida su calidad de vida y de salud, así como el acceso a la educación y la atención médica, las consecuencias de esta política han tenido un impacto negativo en: la oferta de servicios públicos, el mercado de trabajo para los dentistas y las condiciones de salud bucal de la población (Laurell, 1994).

Sin embargo, a pesar de éste impulso modernizante, el desarrollo de la educación en México es resultado de un movimiento revolucionario, de un Estado surgido de él, que trató de dar respuesta a las inquietudes sociales que le dieron origen ampliando las oportunidades educativas de sectores importantes de la población. La educación se orientó bajo los principios de justicia, fraternidad e igualdad sociales. Ésta tradición le ha dado ciertas características a la educación que han marcado su evolución y que de alguna manera modelan las políticas educativas.

Para la sociedad actual, sigue vigente la demanda de acceso a una educación de calidad sobre todo en un mundo que se globaliza, donde la capacitación supone mayores oportunidades de empleo y competencia profesionales.

Así, bajo la globalización, la tradición educativa y las demandas sociales, el gobierno mexicano está interesado en que las políticas dirigidas a este sector se encaminen a controlar y vigilar el desempeño de las IES, con el objetivo de mejorar el acceso y la calidad de la enseñanza, así como para fiscalizar el uso de los recursos financieros. La forzada integración regional con el Tratado de Libre Comercio (TLC) ha impuesto un ritmo acelerado a los procesos de evaluación y acreditación de los planes y programas de estudio y de los egresados. La evaluación es una de las estrategias para mejorar la calidad educativa y es la que está introduciendo transformaciones en la planeación educativa en las IES, y por supuesto en los programas de odontología. Para fines de nuestro estudio es un buen ejemplo de cómo el proceso global adquiere corporeidad.

No obstante, la enseñanza profesional de los dentistas tiene una dinámica propia, resultado de su génesis y su desarrollo, así como de lo que la profesión y la sociedad consideran un “buen dentista”, que se expresa en la manera como los odontólogos han diseñado los currícula. El currículum es una propuesta que hacen las IES para formar recursos humanos que respondan a las necesidades sociales e integra: los conocimientos, las habilidades y las formas de ser profesionales. Como construcción social el currículum refleja el contexto social, la posición de la IES frente a éste, por tanto tiene dimensiones éticas y políticas.

La evolución del currículum permite observar como las transformaciones sociales han favorecido la creación de nuevas IES, el desarrollo de propuestas innovadoras. Por ello se abordó el análisis de la evolución del currículum de odontología, como un eje central del presente trabajo donde se conjugan tanto los factores macrosociales como los propios de la enseñanza de la profesión.

Dentro de los procesos que impulsaron los cambios curriculares en odontología en México, como quedó dicho se encuentra la Corriente de Innovaciones de la Enseñanza y Servicios Odontológicos que tuvo un papel muy importante en impulsar la reflexión, la autocrítica y la creatividad de los formadores de estos recursos humanos en América Latina; las propuestas que de ahí surgieron desembocaron en currícula diferentes a los tradicionales y favorecieron el desarrollo de la investigación, la prevención, la incorporación de las ciencias sociales en la enseñanza odontológica entre otros. Cuestiones todas que constituyeron avances conceptuales en la enseñanza de esta disciplina.

Por otro lado la preocupación en el terreno internacional por respetar los derechos humanos que acompaña a los proceso de democratización social, mismas que han quedado plasmadas en códigos, convenciones y acuerdos mundiales que están impactando la educación de los profesionales de la salud. Mismos que se traducen en un interés por mejorar la relación entre prestadores de servicios y usuarios, en los derechos del enfermo, en el consentimiento informado y en leyes y normatividades más estrictas para la práctica de las profesiones sanitarias.

Estos son los elementos que marcan las tendencias en la educación superior y en la formación de los odontólogos en México.

Así, en el presente trabajo se abordaron los aspectos generales para definir el contexto donde se desarrolla la enseñanza de la odontología; para lo cual partí del análisis de la dinámica de la globalización para entender hacia donde van las transformaciones sociales de éste proceso. así como los cambios acelerados que genera en los países que se están integrando a un nuevo orden mundial mediante los tratados comerciales regionales (TLC), como el firmado por nuestro país (Capítulo III). De igual manera analicé las políticas del gobierno mexicano en los últimos tres sexenios (1989-2003) para poder comprender cómo México interpreta y pone en marcha las políticas diseñadas por los organismos internacionales al incorporarse a la economía mundial. Dentro de ésta lógica tuve que situar la “modernización del Estado y de la

sociedad” como una estrategia que ha cruzado los últimos sexenios y que se transforma en acciones específicas en el terreno educativo (Capítulo IV).

La evaluación de los programas de estudio sirvió de ejemplo para ilustrar cómo se transforman estos planteamientos generales en acciones específicas que realmente se encuentran introduciendo modificaciones en la enseñanza de la odontología, pero también ayudó a comprender si la calidad educativa se mejora con la evaluación (Capítulo V). Estos tres capítulos constituyen una unidad temática dentro del trabajo que engloba los aspectos macrosociales y su expresión en la educación odontológica.

En el Capítulo VI destacué las propuestas que la **Corriente Latinoamericana de Innovaciones en la Enseñanza y Servicios Odontológicos** había promovido para la enseñanza de la profesión durante los setentas y ochentas e introduje elementos sobre las preocupaciones éticas que han tenido efecto en los programas educativos de las profesiones sanitarias. Abordé en el Capítulo VII la evolución del currículo en México desde que la profesión se introdujo en la educación superior, donde hice una revisión histórica de su desarrollo a través de lo ocurrido en la Facultad de Odontología (FO) de la UNAM; asimismo identifiqué algunos momentos de conflicto que modificaron la educación superior en nuestro país y la relación de las universidades con el Estado y con la sociedad, y que por supuesto hubieran afectado la enseñanza de la odontología. Como la autonomía, el movimiento del 68 y la masificación de la enseñanza; sus consecuencias fueron significativas para la expansión de la UNAM y la creación de nuevas instituciones educativas como la UAM, lo cual favoreció el desarrollo de novedosas ofertas y propuestas curriculares. Este escenario permitió que algunas de las ideas que se venían discutiendo en América Latina se concretaran en planes y programas de estudio que en ese momento constituyeron una innovación en la enseñanza de la odontología en México. Así analicé algunos ejemplos de programas innovadores (FES-Zaragoza, UAMX) para ver cómo las escuelas habían interpretado las propuestas de cambio. Sin embargo se tenían que considerar las dificultades en la operación de los programas de estudio para comprender los límites de la planeación, así se recogieron y analizaron las opiniones de los líderes de la

educación en las instituciones públicas del DF al respecto y conocer sus puntos de vista sobre las tendencias para la enseñanza profesional (Capítulo VII). Retomé entonces los enfoques que tienen instituciones como la UNESCO para la educación superior basados en paradigmas para hacer una propuesta para la formación de odontólogos como: el desarrollo humano sustentable y los derechos humanos; a pesar de la amplitud de estos paradigmas tuve que incorporar otros que no provienen de una visión humanista como los anteriores sino aquellos que la globalización introduce y que a la odontología por su modelos profesional la afectan, como el paradigma del consumidor y el del libre comercio; por otro lado necesitaba un paradigma más que tomara en cuenta lo biológico pero que no se quedara ahí y que ayudara a integrar el género, la identidad, el riesgo; un conjunto de factores objetivos y subjetivos importantes para entender como el individuo desde el lugar que la cultura le asigna elabora el conflicto de la existencia, el cual se refleja en la salud, la enfermedad y su cuidado, así, incorporé el paradigma de la sexualidad (Capítulo VIII).

Los paradigmas los desglosé en supuestos, supuestos cuyo significado traduje en características posibles para la enseñanza y práctica de la odontología, lo cual permitió conformar una idea de enseñanza y práctica dentales que expresé en competencias profesionales. Pero competencias no diseñadas en el aire como se han hecho en otros países sino con una idea determinada del ejercicio profesional basado en una posición ética y humanista.

Por supuesto el Capítulo I se aboca a la definición de conceptos centrales en el tratamiento del tema y el Capítulo II describe los métodos utilizados en la presente investigación.

El trabajo además de que ofrece una visión muy amplia del contexto donde se desarrolla la enseñanza de la odontología y los factores que determinan su evolución, brinda elementos concretos para repensar el diseño curricular desde un humanismo fundado en una cultura del derecho y del desarrollo humano donde el concepto de salud oral también se modifica.

Las conclusiones nos muestran interrogantes a las que se tendrían que considerar estudios posteriores en el tema y que por las limitaciones del presente fueron imposibles de abordar.

Resumen

Tendencias en la formación de odontólogos en la universidad pública en México en el contexto de la globalización 1989-2003. Una lectura ética.

La formación de los odontólogos en la universidad pública en México ha estado determinada por el modelos de desarrollo económico y las políticas educativas derivadas de él, asimismo por la evolución histórica y las características de la enseñanza y práctica profesionales. La educación superior y la enseñanza de la odontología se están modificando por la entrada de México al Tratado de Libre Comercio y la puesta en marcha de los procesos de evaluación, acreditación y vigilancia de las IES por parte del Estado. Existen sin embargo otros factores que también están introduciendo cambios en la educación basados en un nuevo humanismo como los propuestos por la UNESCO y las nuevas preocupaciones éticas en la atención médica. Estos son los elementos que marcan las tendencias en la educación profesional de los dentistas y que fundamentan una propuesta para la formación de los odontólogos. ABSTRACT

Tendencies in the Education of Dentists in Public Universities in Mexico within the context of globalization 1989-2003. An ethical reading.

The instruction of dentists in public universities in Mexico has been determined by the economic growth and from the education policies derived from it, as well as by the historical development and by the characteristics of professional education and practice. Higher education and the education in dentistry have been modified by NAFTA, and by the launching of evaluation, accreditation and supervision processes by the IES from the government. However, there are other factors that are also bringing changes in education based on the new humanism, like the ones proposed by the UNESCO, and by the recent ethic concern about healthcare. These are the elements that set the tendencies in the professional education of dentists and that lay the foundation of a proposal.

Capítulo I

La educación, las políticas y el currículum

Dimensiones sociales de la educación

NO HAY TAREA CON MAYOR contenido ético que la educación; su objetivo es formar, moldear a las personas para que se acerquen al ideal de humanidad que la cultura propone: ser cada vez más humanos (González, 2000)¹. En el proceso educativo se establece una relación moral entre personas dedicadas a la búsqueda de la verdad, comprometidas con encontrar sentido, razones válidas y fundamentadas para la acción (Wilshire citado por Beltrán, 1998: 40).

Gracias a la educación las personas comparten y crean valores; la educación proporciona conocimientos y formas de racionalización. El saber afecta nuestra identidad, da consistencia a las características humanas; permite florecer en la vida y ejercer las distintas personalidades con las que nos desenvolvemos en el mundo (como parejas, como padres, como hijos, como hermanos o como profesionistas).

El saber es una capacidad racional que le permite a la humanidad reafirmarse como ser humano dentro de cada contexto social (Parent, 2001), ayuda a las personas a significar la creación, les amplía la capacidad de reflexión y las fortalece. La educación contribuye a conformar las identidades que los individuos introyectan para enfrentarse al mundo, les da las bases para la acción y los provee de elementos para elaborar, reflexionar y criticar el quehacer de cada quien.

Para Gramsci la educación tiene la función de mantener la hegemonía, el consenso político *espontáneo* de las grandes masas, con la intención de que su visión del mundo sea la de las clases dominantes. Las escuelas y universidades, desde el punto de vista del autor, son “aparatos ideológicos del Estado” donde se forman los intelectuales que reproducen y legitiman la visión hegemónica; en otras

¹ Como señala Heidegger, “el humanismo consiste en reflexionar y velar porque el hombre (*sic*) sea humano y no in-humano *bárbaro*, es decir fuera de su esencia” (citado por González, 2000:37).

palabras, son los lugares donde se prepara a aquellas personas que contribuyen a reproducir el modo de producción: la educación, en síntesis, es un terreno donde se expresa la lucha de clases (Gramsci, 1988).

Durkheim, por su parte, reconoce a la educación como un instrumento que permite la socialización, al tiempo que moldea al individuo para que exprese el mandato de la sociedad conformándose como un ser social. Para este pensador, la educación es heterogénea y por lo mismo la define como un sistema múltiple compuesto por una gran variedad de sub-tipos, según el medio social al que correspondan.

En un sentido distinto al de Gramsci, Durkheim acepta la condición clasista de la educación y agrega que muy pocos tienen acceso a ella, además de que la calidad de los recursos que se le otorgan están diferenciados por la clase social a la que se dirigen y el tipo de especialización que tienen (Durkheim, 1956).

Dado que Durkheim estudia la educación como un hecho social, como un instrumento necesario para que la sociedad adquiera cohesión, para él es el Estado el que lo conduce –aunque también otros sectores sociales participan en éste proceso–debido a la importancia que tiene para la convivencia; en otras palabras, el Estado es el rector de la educación no sólo porque ésta adapta al individuo al medio social, sino porque ellos son los futuros ciudadanos: la educación, entonces, tiene una planeación acorde con el proyecto del Estado (Durkheim, 1959).

Ahora bien, si la educación es importante para la convivencia, el comportamiento armónico y la cohesión de grupos e individuos, el análisis tanto de las políticas educativas como de la manera como se expresan mediante programas, actores, comisiones y currícula muestra el significado que tiene en las estrategias del Estado.

Cierto que la educación es un “aparato ideológico del Estado” que permite socializar a los individuos dentro de la visión del grupo hegemónico, pero este concepto no es más que una de sus dimensiones –con todo y que sea la más

significativa— ya que no se reduce al simple adoctrinamiento pues les permite a los individuos desarrollar sus propias capacidades y potencialidades (empoderamiento) proporcionándoles mayor libertad de acción y claridad de lo que sucede alrededor.

Para concluir este apartado, al mismo tiempo que posee elementos ideológicos, la educación capacita a los individuos para reflexionar, discurrir y criticar su entorno permitiéndoles generar nuevas ideas; es decir, la educación fortalece la democracia y contribuye a formar personas críticas capaces de reclamar sus derechos y mejorar las acciones del gobierno: favorece la construcción de actores sociales independientes y ayuda a equilibrar las relaciones de poder, además de desarrollar la moral y contribuir a conformar y actualizar la identidad de cada quien.

Educación profesional

A decir de Durkheim, la educación profesional es

un medio sui géneris que reclama aptitudes particulares y conocimientos especiales en las que predominan ciertas ideas, ciertas costumbres y ciertas maneras de ver las cosas.

Durkheim,1956:66

Es decir, la educación inculca formas de ser y de ver el mundo; no se conforma con transmitir conocimientos y desarrollar habilidades específicas.

Para Weber la profesión es el producto de una especificación, especialización y coordinación de los servicios que presta una persona; fundamento que le da la probabilidad duradera para subsistir o tener ganancias (2002:111). En su análisis, el autor nos muestra las variaciones que hay entre las distintas profesiones: las liberales, por ejemplo, las define como autocéfalas, caracterizadas por una explotación individual.

Autores como Gómez Campos considera al profesional como

una categoría de personas capaces de aplicar la ciencia a la solución de problemas de una sociedad dada, asimismo su desarrollo histórico está de acuerdo con el medio social y de esta particular relación se derivan las maneras de formación, reproducción, exclusión, certificación y evaluación de una profesión.

citado por López Cámara, 1992:16

Formar profesionales significa no sólo transmitir conocimientos sino formar recursos humanos con una identidad profesional basada en códigos deontológicos:

conjunto de normas, principios y reglas que especifican obligaciones, prohibiciones y áreas de conducta discrecional que supuestamente deben regir la conducta profesional

(Platts, 1997:8).

Las personas que se incorporan a la educación superior lo hacen por varias razones:

- porque pueden hacerlo, es decir, porque tienen las condiciones económicas y sociales para inscribirse y continuar;
- porque la educación les significa un valor y por lo tanto son capaces de destinar recursos materiales, emocionales e intelectuales para estudiar;
- porque tienen metas personales que solamente podrán cumplirse mediante su propia formación y capacitación;
- porque buscan un cambio de estatus y de rol sociales mediante una profesión.

No obstante, a pesar de todas estas razones, la profesión se elige por conceptos éticos. Para Parsons adquirir un estatus intencionadamente, un *alter ego*, mediante un proceso de adquisición valuado, constituye una orientación para la acción definida en términos de pautas de valor moral (Parsons, 1999:71).

A decir de Weber, el grado de formación que suponen los servicios especializados depende del desarrollo de las necesidades, de la economía y la técnica, de la continuidad y del cambio de las profesiones (Weber, 2002): referente para la formación de recursos humanos.

Como señalamos anteriormente, el desarrollo y grado de especialización está íntimamente ligado a lo macrosocial y a la evolución que cada profesión tenga, lo mismo que a su capacidad para promover cambios e introducir nuevos paradigmas en el ámbito educativo.

Importancia de incorporar la reflexión ética en la educación

La educación abarca tanto los aspectos generales filosóficos (teórico-éticos) como los de la moralidad práctica (prácticos-morales), ya que cuando se elige un currículum para formar un profesional con ciertas cualidades, éste se fundamenta en una valoración previa y un juicio ético basado en teorías sobre la educación, la enseñanza y el aprendizaje, así como en el tipo de profesional que conviene a la sociedad.

La valoración del currículum permite distinguir el desempeño de los profesionales ante los problemas que les han dado origen; pese a que la frontera entre los aspectos filosóficos y la práctica son muy tenues (Platts, 1997). Empero, no cabe duda que toda reflexión teórica tiene consecuencias prácticas, debido a que durante este ejercicio se determinan formas, reglas y vías de acción; más particularmente cuando se habla de la educación, ya que en ella se establece una imagen ideal del comportamiento de las generaciones futuras (Sánchez Vázquez, 1969).

De acuerdo con Schwarb, los profesores y los planificadores del currículum deberían desarrollar las artes de la práctica en el sentido aristotélico (como forma de razonamiento), basándose en juicios prudentes (citado por Kemmis, 1989:64).

Dado que, como hemos dicho, la educación conlleva una concepción humana acerca de la naturaleza y de la sociedad pues inculca formas de comportamiento afines al entorno social de los individuos, por lo mismo es indispensable acercarse a ella desde el punto de vista de la ética (Kemmis, 1989); es decir, desde el estudio de la moral, desde esa segunda naturaleza humana que establece reglas, normas, formas de ser y de actuar valoradas y aprendidas.

La educación, además de reproducir este conjunto de elementos, los enriquece y amplía. Evidentemente una persona que ha carecido de educación no posee los mismos elementos de juicios que aquella que sí ha sido educada; y esto no necesariamente quiere decir que la primera sea insensata o no actúe con sabiduría ni viceversa.

La ética es una rama de la filosofía que trata de comprender y explicar los fenómenos morales; cuyo objeto de estudio disciplinar es “lo que ocurre en el mundo moral”; Sánchez Vázquez la define como “la teoría o ciencia del comportamiento moral de los hombres en sociedad” (1969:22).

La ética trata de entender cómo ha evolucionado la moralidad a través de la historia y cuáles han sido las motivaciones que llevaron o llevan a los seres humanos a actuar de tal o cual manera; esta es la razón por la que su análisis se basa en los hechos y busca las razones que justifican la actuación de los individuos y de los grupos en términos de valores.

Como se sabe, la palabra ética tiene su origen en el vocablo griego *ethos*, modo de ser, carácter; significados que hacen referencia a una conducta adquirida por el hábito, no a una disposición natural. Por su parte moral procede del latín *mos* o *mores*, con el sentido de costumbre, normas o hábitos

que se incorporan; por lo tanto elevarse sobre la naturaleza y constituir una forma de comportamiento aprendida determina la dimensión moral: esencia de la segunda naturaleza (Aguilar,1997:16).

De acuerdo con Juan Guillermo Figueroa, la reflexión ética

“permite identificar los supuestos valorativos detrás de las normatividades, las personas, las instituciones y los actores sociales que han incidido sobre su definición, los cambios que se han presentado a lo largo del tiempo en contextos sociales específicos, las personas que no han sido tomadas en cuenta de manera directa o indirecta para definir tales normatividades, y los procesos de negociación social que han llevado a la transformación de dichas normas morales, pero también el mantenimiento y reproducción de otras.

Figueroa, 2001:5

En el caso de la educación, la reflexión ética ayuda a identificar los valores que sustentan las políticas y propuestas educativas derivadas de ellas, de los programas, de la currícula, de los actores sociales y de las normatividades que intervienen y regulan la educación y los procesos de negociación donde se definen las vías de acción para la educación, lo mismo que la evolución de los distintos paradigmas que han orientado tanto la tarea educativa como sus resultados, según el contexto en el que se han desarrollado.

En este trabajo, donde analizamos las tendencias para la formación de los odontólogos en México, partimos de que son hechos sociales sobre los que se puede hacer una reflexión ética; particularmente porque en todo el mundo ha habido cambios sustanciales en el terreno ético y como consecuencia eso ha afectado la educación y el ejercicio de las profesiones sanitarias.

Concretamente en el caso de la odontología, estas transformaciones han motivado que se vigile más su desempeño y se le regule con mayor rigor, no sólo en lo que corresponde a los aspectos éticos sino también técnicos; como es natural, estas acciones modifican además de la manera como el odontólogo enfrenta los problemas de salud bucal, alteran clínica y socialmente el grado de

atención que se le da al desarrollo del conocimiento en esta área y su proyección futura. Asimismo, no podemos negar la importancia estratégica que la educación ha adquirido para equilibrar la sociedad basándose en el conocimiento.

El análisis ético es fundamental en un mundo globalizado donde incluso los paradigmas éticos corresponden al proceso de democratización y a las necesidades de cooperación y colaboración sociales que actualmente se requieren. El análisis ético, igualmente, ofrece parámetros axiológicos y no económicos para reconocer el avance de la sociedad.

Por esta razón, la democracia es el ideal por antonomasia para incrementar la participación individual e institucional en la edificación de un mundo nuevo: de aquí que la reestructuración de algunos estados modernos tenga en el centro de las reformas al ciudadano, al cliente o al usuario. En este sentido es importante destacar que los programas de ajustes estructurales le restan consenso a las reformas del Estado, mientras que la participación democrática las legitima.

La democratización no es una actividad que únicamente ocurre en las urnas: es la capacidad que la sociedad civil adquiere para ser una interlocutora eficiente y con poder de negociación, justo cuando se regulan las políticas gubernamentales e integran las tareas de control, normalización y evaluación. No obstante, la participación social está enmarcada por la acción del Estado.

La política, entonces, es el escenario donde coinciden los esfuerzos de la sociedad, por lo que conocer las pautas de la administración es fundamental para identificar las tendencias de la educación odontológica y conocer los supuestos valorativos que las impulsan.

Política y políticas

La política es la actividad que tiene por objeto regular y coordinar la vida de una sociedad mediante el orden y la defensa del Estado, a fin de mantener la cohesión y superación del grupo social (Serra Rojas citado por Ruiz, 2001: 30.).

Para algunos especialistas, la política tiene muchas dimensiones; pero tres son las que ahora nos interesan:

“una actividad orientada a un fin determinado, el lugar desde el que se dominan los intereses públicos administrados por el Estado, y el ejercicio del poder” (Jacques citado por Ruiz 2001:32).

Por otro lado, las políticas son instrumentos que el gobierno elabora para reconciliar las demandas sociales con los problemas que la misma sociedad plantea, además de estimular la participación comunitaria, y legitimar y fortalecer al Estado (Ruiz, 2001:3). El análisis de la implementación de las políticas es un trabajo complejo ya que afecta aspectos estructurales, operativos y simbólicos con una gran cantidad de actores; tal es el caso de la educación superior (Ruiz, 2001).

Asimismo, las políticas son cursos de acción previamente definidos por demandas sociales identificadas que se fundamentan, precisamente, en los problemas que se pretende enfrentar con determinada visión: dicho de otra manera, las políticas se establecen a partir del proyecto del grupo en el poder.

Es, de acuerdo con esta premisa, como el gobierno elige lo que quiere y lo que no quiere hacer, lo mismo que la manera como pretende lograr sus objetivos (Dye citado por Ruiz, 2001:78). En pocas palabras, las políticas son procesos para la toma de decisiones que se basan en valoraciones o juicios éticos; es decir, tienen un fuerte componente moral.

Las políticas son manifestaciones objetivas del proyecto social gubernamental factibles de ser evaluadas; de igual manera las políticas desencadenan respuestas específicas por parte de la sociedad y se expresan en oposición, apoyo o negociación. Dicho de otra manera, las políticas muestran la

capacidad de la sociedad civil para responder y modular su implementación; lo que significa que su ejercicio no es lineal y puede seguir muchos caminos.

En ocasiones la respuesta a las políticas no siempre son fácil de explicar, sobre todo cuando no se toma en cuenta el contexto, la madurez y la experiencia de los actores sociales involucrados, como tampoco su capacidad de respuesta. La misma política puede resultarle indiferente a la sociedad de un país pero motivar un paro general en otra; por ejemplo el alza en los impuestos o la disminución de los servicios públicos.

En suma, las políticas no pueden considerarse únicamente como cursos de acción, sino como componentes de un proceso general en el que se identifican las metas y los medios para moldear el futuro, de acuerdo con un proyecto establecido (Ruiz, 2001).

Las políticas pueden analizarse desde varias perspectivas, como por ejemplo el efecto que causa sobre los problemas que les dieron origen: acción que no necesariamente conlleva una posición ética. He aquí el puntos de vista de nuestro análisis: desde esta perspectiva queremos identificar la manera como las políticas estatales marcan la formación de la odontología.

Los actores

Los actores sociales responden a diferentes momentos y circunstancias; obviamente nacen de distinta manera. Su importancia radica en que son interlocutores válidos para el gobierno, lo que quiere decir que expresan la opinión de los involucrados o afectados por las políticas. Autores como Schmitter define el concepto como los cuerpos intermedios que delimitan la actividad entre el Estado y las instituciones.

La función de los cuerpos intermedios, continúa el autor, consiste en proporcionarle una base distinta al orden social, al tiempo que contribuye a solucionar algunos problemas, modula la acción estatal y legitima al Estado y a

sus políticas. Los cuerpos intermedios actúan en los intersticios sociales por lo que pueden ampliarlos y diversificarlos (citado por Hernández, 1996:35).

Igualmente Schmitter asegura que las asociaciones son sistemas de intermediación de intereses, permanentemente organizados y especializados, que buscan promover sus propios beneficios mediante la influencia u oposición a decisiones colectivas, conciliando a sus miembros con interlocutores diversos; particularmente el Estado, lo que constituye un neocorporativismo importante para la gobernabilidad del sistema.

No obstante, la imagen de cuerpo intermedio alude a algo pasivo que no corresponde con las funciones que el propio autor les delimita a los actores. Por el contrario, el concepto de actor resalta el carácter de sujeto proactivo, contestatario, de acción, que caracteriza a quien efectúa una acción social (un acto).

Para Weber comprender las causas de *la acción social* es lo que permite entender a la sociedad, ya que las acciones (las omitidas o las permitidas) son resultado de procesos subjetivos del sujeto o de los sujetos humanos. La acción social se refiere a la conducta de los otros y está orientada por las relaciones sociales (Weber, 2002:5).

La acción es el resultado de una disposición significativamente comprensible, de la conducta individual y colectiva; el alcance de la acción es el objetivo de la sociología y de la historia: entenderlo permite además de explicar los procesos particulares y generales, establecer las leyes, señala Weber.

Para la sociología, el trato que tienen los actores (organizaciones, asociaciones y demás) es el de individuos, o sea, sujetos con derechos, obligaciones, comportamiento moral y responsabilidad jurídica (Weber, 2002). Pero no todas las acciones desarrolladas por los actores son igualmente significativas para explicar determinada conexión: sólo aquellas cuya comprensión es importante para explicar un hecho.

Desde el punto de vista de Weber, las motivaciones de la acción facilitan la comprensión entre la construcción ideal (tipo-ideal) y lo que ocurre en realidad (hecho histórico). Las acciones resultan de las valoraciones y los juicios que permiten seleccionar la mejor res-puesta: son procesos racionales que se llevan a cabo acotados por el conjunto de relaciones donde se encuentran contenidas (Weber, 2002); aunque no es sólo la razón la que da motivos para la acción: los sentimientos y las emociones también la determinan.

La manera como nacen los actores, quiénes los constituyen y las cuestiones a las que responden, les dan características propias y significado a su quehacer en términos éticos. Un ejemplo internacional es la Unesco, cuya función es normar la manera como debe orientarse la educación: su interés responde a una voluntad colectiva mundial que busca generar proyectos comunes para el bien de la humanidad.

Concretamente en el afán del Estado por legitimar su función y responder a demandas sociales, muchos de los actores de la educación superior mexicana han sido formados por él, tal es el caso del Centro Nacional para la Evaluación de la Educación Superior (Ceneval), que evalúa a los egresados y certifica su calidad académica.

Otras instituciones se forman en las organizaciones de profesionistas y escuelas, como el Consejo Nacional de Educación Odontológica (Conaedo), con la intención de constituirse en interlocutores válidos y representativos de la profesión; algunos más se crean para asegurar el buen desempeño de la profesión, como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed): el resultado es que todos estos actores tienen efectos tangibles para la educación y la práctica profesional.

Comprender cuáles son los valores que se encuentran detrás de las políticas es muy importante debido a que permite identificar el proyecto del Estado y la manera como éste piensa construirlo. Igualmente, con el objeto de identificar los alcances y limitaciones de las políticas gubernamentales, es necesario analizar los valores, los actores y las acciones derivadas de esos programas

junto con las condiciones de la educación superior; concretamente en el caso que nos ocupa (de la odontológica), para precisar las consecuencias en los currícula y, como consecuencia, en las tendencias de la enseñanza profesional.

El currículum

El currículum es el objeto en el que las instituciones de educación superior (IES) plasman la manera como responden a las necesidades sociales; el currículum expresa una posición ética en la formación de los recursos humanos. Gracias a él las IES definen tres aspectos de la formación de los recursos: el saber, el saber hacer y el saber ser; dicho de otra manera, el currículum integra el conocimiento, las habilidades, la aplicación técnica y los aspectos éticos.

El currículum traduce un proyecto educativo amplio en otro concreto, posible, ubicado en un espacio y tiempo determinado; el currículum le da corporeidad y materialidad al proyecto universitario, es una dimensión de la ética práctica (Díaz Barriga, 1989).

La categoría de currículum surge de las investigaciones educativas efectuadas en los países anglosajones a finales del siglo XIX y principios del XX, cuando la educación de masas era el proyecto de la sociedad industrial y planteaba problemas prácticos en el campo educativo; cuando la educación era un medio para asegurar la reproducción social: forma de legitimar el modelo económico de desarrollo y las relaciones sociales existentes.

En ese entonces, cuando se buscaba una clase trabajadora educada, capaz de hacerle frente a las necesidades del modelo económico, es cuando se diseñó el concepto de educación con impacto social a fin de educar a las grandes masas.

Este tipo de educación aspiraba no sólo a darles acceso a vastos sectores sociales sino también pretendía asegurar la calidad del servicio; de esta

manera los currícula adquirieron el carácter de expresión de este proyecto, por lo que tuvieron un diseño más explícito y preciso: en adelante tanto el antiguo profesorado como los futuros educadores estarían mejor capacitados en las teorías y técnicas educativas.

Como se observa, la categoría de currículum está íntimamente ligada al desarrollo de la tecnología educativa (Kemmis, 1989); aunque en particular el sistema educativo norteamericano está más relacionado con el proceso de acumulación capitalista, dado que las instituciones educativas están fuertemente vinculadas con las empresas y el proceso de industrialización.

No hay que olvidar que las industrias surgieron como las unidades dominantes de producción, en un sentido amplio, por lo que impulsaron y caracterizaron los cambios en la industria; no sólo en el aspecto económico sino también en la reproducción de la fuerza de trabajo, donde obviamente la educación tiene mucho que ver (Bartolucci, 1997).

Dentro de este contexto se generaron las innovaciones educativas que obligaron a los estudiosos a reconsiderar las categorías tradicionalmente utilizadas y darles un nuevo significado. Aunado a ello, el desarrollo de la psicología conductista y de la ciencia aplicada fortalecieron a la tecnología educativa, característica de los años 40 y 50 del siglo pasado (Kemmis, 1986).

La idea de que el estudiante pudiera, por sus propios méritos, disponer de una orientación vocacional adecuada y tener acceso a la educación, es un argumento ideológico propio de las ideas liberales de la sociedad capitalista que respaldaba la educación de masas; concepto que fue muy bien recibido y lo sigue siendo: a la fecha, el éxito económico como resultado de la educación aún está reservado sólo para aquellos afortunados que poseen las condiciones sociales y personales para conseguirlo (Kemmis, 1986).

Aunque es claro que los principios de justicia social e igualdad por medio de la ilustración fueron, en su momento, los valores del proyecto de la educación de masas (con la que se esperaba lograr una sociedad más equilibrada), al mismo tiempo se buscaba normalizar la reproducción de la fuerza de trabajo de manera ordenada, con una clase trabajadora convencida de su función social.

Dentro de este esquema, el Estado desempeña un papel muy importante, ya que es el impulsor del proyecto nacional educativo que lo legitima. En este sentido, señala Lundgörn (citado por Kemmis, 1989:53), el currículum se convierte en un instrumento de control semejante a la investigación educativa. La categoría de currículum, desde entonces, queda ligada en Estados Unidos a las innovaciones y los cambios en la orientación educativa.

Más adelante algunos estudiosos latinoamericanos retoman críticamente los postulados de la tecnología educativa de la escuela norteamericana – propuestos por Tyler y esquematizados por Bloom– y establecen instituciones (como el Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud, Clates, en México) que se encargan de difundir los esquemas de la educación por objetivos y las cartas descriptivas, entre otros de sus elementos.

Es así como la tecnología educativa influye en las instituciones y en el desarrollo de su investigación, imprimiendo características particulares en el continente americano. A partir de entonces el currículum se centra en el desarrollo de habilidades y destrezas haciendo a un lado la formación enciclopedista, lo que sin duda significó un avance en el sentido práctico.

El currículum como instrumento para la formación de recursos incorpora algunos de los propósitos nacionales para la educación, lo mismo que la necesidad de transformar los métodos de enseñanza: ambas aportaciones son los motores de la evolución educativa en los países anglosajones desde finales del siglo XIX, a decir de Connell (. Citado por Kemmis, 1989).

Es interesante señalar que en un contexto completamente diferente, para los planteamientos filosóficos del modelo educativo se retomaron los postulados de

la ilustración del siglo XVIII (Kemmis, 1989), postulados en los que se insiste en que el mérito de los individuos es el que permite el éxito profesional; presente de manera muy importante en toda sociedad.

Como construcción social, el currículum expresa el contexto del que se desprende, de tal manera que por definición es un campo complejo permeado por el entorno macrosocietal. Pero además el currículum es un elemento específico que revela el punto de vista que la institución tiene de él, desde una práctica profesional específica; por eso su dimensión tanto política como ética.

Para algunos estudiosos latinoamericanos el concepto de currículum sustituye al de plan de estudios; para Furlán esta afirmación es relativamente cierta ya que la noción del primero considera aspectos no incorporados en el plan de estudios.

El currículum establece una oferta educativa acabada, global, que va más allá de la suma de las partes ya que permite la orientación del trabajo educativo y de su desarrollo. El currículum le da sentido al trabajo específico de los profesores al establecer un propósito general en la formación de los recursos humanos.

El currículum orienta al proceso formativo durante su recorrido y enfatiza el significado de la experiencia de los procesos de enseñanza aprendizaje. El currículum es un proceso que se construye, se modifica y se replantea; es un medio para la reflexión y toma de decisiones del conjunto de profesores involucrados dentro de un ámbito institucional y social (Furlán,1995).

Para Gimeno Sacristán son ocho las fuerzas que inciden en el desarrollo curricular y en la práctica docente, desde las generales culturales y políticas hasta las administrativas. Esta manera de abordar el análisis curricular permite visualizar de forma integral los diferentes influjos que lo determinan y en consecuencia centrar la atención en aquellos aspectos que se analizan (Gimeno,1989).

Desde el punto de vista de la sociología de la educación, en el currículum se expresan los cambios que ocurren en las relaciones entre el sistema educativo, la sociedad y el Estado; de ahí que su evolución sea un elemento central para analizar estas dimensiones, como lo haremos a lo largo del presente trabajo (Gimeno, 1989).

No obstante, los currícula también se definen en relación a otros referentes como las características de: las prácticas profesionales, el conocimiento, el desarrollo tecnológico, la enseñanza y el aprendizaje, por mencionar algunos.

Para Gimeno Sacristán, en el currículum se manifiestan conflictos de intereses y valores entre las diferentes fuerzas sociales; como profesionales, planteamientos filosóficos o enfoques científicos, por ejemplo (1989).

“El diseño curricular se expresa por procesos de negociación, consenso o imposición de diferentes grupos sociales, los cuales presionan para obtener un recurso que cubra ciertas necesidades sociales lo que permite la selección de contenidos, de elementos didácticos y de orientación curricular. El currículum define la relación o la estrategia entre la universidad y la sociedad”.

(Outon, 1996:1).

El diseño curricular comprende distintas dimensiones; según Díaz Barriga, la social, la epistemológica, la sicoeducativa y la técnica. La primera pone el acento tanto en la necesidad de hacer un análisis del contexto donde se desarrolla la profesión, como de las necesidades sociales de las mayorías, con el objeto de que el currículum

: “promueva la adquisición de saberes críticos y cotidianos, incidiendo decidida y explícitamente en la formación ética, humanística y social del estudiante”.

(Díaz Barriga, 1996:48).

Algunos de los elementos propuestos por Díaz Barriga para el análisis de la dimensión social los que consideramos en este trabajo, aunque desde la perspectiva ética, como señalamos anteriormente.

Si bien fue en latinoamérica donde surgieron propuestas educativas muy atractivas para que la enseñanza respondiera de manera adecuada a la problemática social, cuando se trató de concretar esas propuestas en nuevos perfiles profesionales –de acuerdo al desarrollo de profesiones emergentes– aparecieron un sinfín de dificultades; sobre todo al definir las habilidades, las destrezas y las formas de ser que debería tener un profesional con características distintas a las prácticas hegemónicas.

Es claro que esas dificultades no pudieron evitarse a pesar de que se previó el desarrollo profesional de los nuevos recursos; no olvidemos que la crisis económica y política limitó las propuestas y mostró el alcance de la educación en la transformación profesional y social.

En suma, el currículum está sustentado por:

- las teorías sobre la educación y la relación entre la sociedad y la universidad;
- las teorías pedagógicas que orientan las modalidades de los procesos de enseñanza aprendizaje;
- las modalidades de la evaluación;
- lo que la profesión considera un recurso calificado en su área, de acuerdo con las tradiciones e identidad que el gremio define y se plasma en el currículum;
- una idea de cómo debe ser el profesional del presente y del futuro.

Al diseñar un currículum, se incorporan las tendencias del desarrollo social y de las necesidades sociales: objeto de su quehacer para adecuar la formación del recurso humano al contexto donde se desenvolverá.

En el caso que nos ocupa, es conveniente considerar los cambios demográficos que transforman el perfil epidemiológico de la población, la situación del mercado de trabajo, las necesidades acumuladas no resueltas, y

las nuevas enfermedades para avanzar en el compromiso social de los profesionales.

Tendencias curriculares

Por las características de su quehacer, las universidades proyectan hacia el futuro imaginando los posibles escenarios en los que los recursos humanos en formación ejercerán su profesión; a pesar de lo herméticas de sus tradiciones y sus formas de ser, tan difíciles de transformar y con frecuencia contrarias a los crecientes y rápidos avances sociales y morales.

Las presiones que las instituciones educativas tienen para definir el perfil profesional, a menudo plantean dilemas entre su misión (como centro de saber y búsqueda de la verdad) y el ideal educativo socialmente dominante, lo mismo que con la necesidad de responder a problemas sociales. La decisión que en un momento dado toma la institución educativa en cuanto al perfil profesional, deja descubiertos algunos aspectos que significan oportunidades de desarrollo para el futuro profesional.

Definitivamente, dado que las crisis económicas muestran los límites del ideal educativo dominante, al mismo tiempo favorecen las innovaciones y transformaciones curriculares (Tenti, 1983).

Desde el punto de vista de Connell, la educación de el siglo XX tiende hacia la politización consciente de la educación, intenta mejorar a la sociedad por medio de los recursos humanos en formación, y procura educar con los valores liberales y humanos a la sociedad moderna (citado por Kemmis, 1989:47).

Gracias a la divulgación de las teorías pedagógicas proliferadas en Estados Unidos, en los años setenta del siglo XX se reprodujeron las reflexiones educativas en América latina (Furlán, 1995). La politización de la educación, aunada a la cultura de izquierda y los movimientos sociales ocurridos en las universidades públicas (sobre todo en México, Argentina y Chile), propiciaron la

preocupación sobre la necesidad de vincular las prácticas profesionales con las necesidades sociales urgentes de las clases explotadas, que eran la mayoría.

Para esa época ya no se buscaba diseñar un perfil profesional en abstracto: ahora se pretendía proporcionar herramientas conceptuales específicas, extraídas de la crítica social, con la intención de formar un profesional comprometido con una clase o estrato social determinado. Dentro de estos planteamientos se inscribe la Corriente de Innovaciones en la Enseñanza y Servicios Odontológicos, con un destacado desarrollo en América latina durante los años setenta y ochenta.

Como producto de la politización en la enseñanza, algunas instituciones y programas latinoamericanos manifestaron innovadoras propuestas de perfil académico en prácticas profesionales emergentes; tal como lo hizo al momento de su creación la Universidad Autónoma Metropolitana, plantel Xochimilco (documento Xochimilco, 1980).

Las tendencias educativas actuales, en el contexto de la globalización y la reforma neoliberal del Estado, apuntan a que las universidades se conviertan en centros de capacitación para satisfacer las necesidades del mercado laboral, además de diseñar el currículum en función de las competencias profesionales: cuando éste se convierte en un espacio de negociación es más sensible a las exigencias del mercado de trabajo.

De la misma manera los cambios sociales tocan las identidades profesionales: las prácticas profesionales tienden a redefinirse y eso necesariamente lleva a la adecuación invariable de los currícula.

De acuerdo con Furlán es posible identificar dos tendencias curriculares: una, orientada por el mercado inglés, la metodología de la investigación y la computación; y la otra, por las operaciones generales del conocimiento técnico-científico, que comprende prospectiva y teoría de la técnica lógica gerencial.

En contrapartida a estas propuestas aparece una tercera: la neohumanista, que incluye la teoría general del universo, la ecología, la ética y el diseño (Furlán,1995). La propuesta de este trabajo se cobija en este enfoque.

Como parte de la primera tendencia (la orientada por el mercado inglés, la metodología de la investigación y la computación), con fuerte preocupación por la capacitación técnica, la especialización plantea algunos problemas sobre la estructura curricular tradicional.

Debido a que las sociedades industriales se alejan cada vez más de la idea de programación, algunos investigadores señalan que en adelante los currícula van a ser “a la carta”; es decir, que los estudiantes optarán de acuerdo a sus intereses y necesidades de especialización, según la serie de contenidos que las universidades ofrezcan. Esto significa que habrá una amplia gama de perfiles profesionales y que la institución educativa únicamente establecerá los requisitos mínimos necesarios para lograr la titulación (Furlán, 1995).

Por otro lado, las posibilidades educativas que los medios electrónicos ofrecen permiten que el estudiante avance a su propio ritmo; no obstante, a raíz de la aplicación de la tecnología educativa afloran interrogantes como de qué manera se incorporarán los fundamentos éticos y humanísticos que cualquier formación profesional conlleva en la educación a distancia, por ejemplo.

Educación en la que el currículum flexible al interés individual choca con las formas de vida de las propias universidades, al mismo tiempo que trastoca las relaciones docente-alumno, los grupos estudiantiles, el compañerismo, las generaciones, los rituales compartidos, los tiempos y demás efectos tradicionales cuyas consecuencias aún no han sido analizados con suficiente profundidad.

Debido a que la sociedad global se define como una sociedad basada en el conocimiento, a éste se le considera el capital que mueve al mundo; sin embargo, ¿a qué tipo de conocimiento nos estamos refiriendo?: ¿al manejo

técnico de medios electrónicos?, ¿a la capacidad de dar respuesta a situaciones conflictivas?, ¿al conocimiento para resolver problemas?

La respuesta más bien va orientada a la aplicación del conocimiento para crear necesidades y mercados, pero más concretamente a generar ganancias; situación que refleja una postura ética muy diferente a la que antaño se planteaban las universidades tradicionales.

En una sociedad con esas características, no todas las áreas del conocimiento participan de la misma manera: la administración, la economía y la mercadotecnia, por ejemplo, se vinculan más directamente con los objetivos del mercado y eso se expresa en la demanda educativa.

Sin embargo, profesiones como las de la salud pueden asimismo ser rentables bajo este modelo; siempre y cuando se subordinen a la dinámica económica. No en balde la atención médica lleva aparejados el desarrollo de la industria farmacéutica, los seguros médicos y los fabricantes de equipos e instrumentos, entre otros.

Es importante asentar que la industria farmacéutica es una de las más rentables en todo el mundo (Molina, 1989). Ante amplios márgenes de ganancias en la sociedad global, la salud constituye una mercancía rentable y su significado se diluye como derecho humano (Laurell, 1994).

Si bien es cierto que la tecnología educativa está cambiando las concepciones sobre la enseñanza y el aprendizaje, al mismo tiempo que permite acercar el conocimiento a los interesados, no olvidemos que algunos aprendizajes ocurren solamente bajo ciertas condiciones: como el entrenamiento en la clínica al lado del enfermo y de los trabajadores de la salud.

En la clínica no solamente se imparten los conocimientos técnicos sino que también se reproduce el trato humano: es aquí donde debe privar la comprensión, la compasión y la solidaridad; actitudes fundamentales para la curación y el desarrollo humano de médicos y pacientes. La enseñanza clínica

es la experiencia de aprendizaje que permite formar buenos médicos y buenas enfermeras; concretamente buenos odontólogos, con todo y las experiencias virtuales que favorecen este aprendizaje.

No olvidemos que las profesiones sanitarias no tienen un objeto sino un sujeto de trabajo, personas en situación de vulnerabilidad que únicamente puede aprender a tratarse con el entrenamiento cotidiano.

Pese al panorama descrito sobre la educación en el mundo global, organizaciones como la Unesco definen las características de la educación superior dentro de un nuevo humanismo: basado en el desarrollo humano sustentable, en la paz, en los derechos humanos, en el cuidado del ambiente, en principios de justicia y equidad, en igualdad de oportunidades, en la no violencia, en la tolerancia, en la solidaridad, en la libertad y en la colaboración (Unesco, 1998). Tendencia que aunque Furlán la define en segundo término, es la mejor acabada.

Dentro de esta propuesta, la educación superior

“debe apuntar a crear una nueva sociedad no violenta y de la que esté excluida explotación; sociedad formada por personas muy cultas, motivadas e integradas movidas por el amor hacia la humanidad y guiadas por la sabiduría”

UNESCO, a1998.

De esta manera la Unesco establece objetivos para cada una de las tareas de la educación superior; por ejemplo señala que la investigación tendría que abocarse a la indagación de alternativas para solucionar las necesidades de sectores mayoritarios de la población, así como formar profesionales competentes que brinden mejores servicios.

Las Instituciones de Educación Superior (IES), además, tendrían que incorporar en su oferta educativa las expectativas de los estudiantes, cuyo referente son las prácticas profesionales hegemónicas, en términos de trabajo, estatus y prestigio, entre otros (UNESCO, a1998).

Asimismo, la Unesco destaca que las instituciones educativas no pueden limitarse a formar recursos para el mercado laboral, aunque sí sería conveniente, dicen, que buscaran alternativas de trabajo para los estudiantes a fin de introducirlos al mundo laboral e ir formándolos en el empleo. En el caso de las prácticas liberales, sería importante desarrollar modelos profesionales o de servicio accesibles y rentables.

En suma, es preciso desarrollar una educación de calidad que integre intereses distintos para formar recursos humanos de excelencia técnica y con un alto compromiso social, político y ético.

El currículum en odontología

Barberos, flebotomianos, boticarios, sacamuelas, *cavi denti*, dentistas, cirujanos barberos, cirujanos dentistas, médico cirujanos dentistas, odontólogos y estomatólogos son algunos de los nombres dados a quienes han ejercido el oficio y luego la profesión odontológica a lo largo de la historia.

El currículum expresa la historia y evolución de la enseñanza de cada profesión y la manera como ésta ha retomado y elaborado las causas a las que socialmente responde, según su particular visión, sus tradiciones y su capacidad de organización.

De oficio, la odontología pasó a ser una profesión alrededor del siglo XVIII. Su incursión en las universidades data de mediados del siglo XIX, tanto en Estados Unidos como en Europa; en México, la enseñanza sistemática de esta práctica comienza en los primeros años del siguiente siglo. Su origen, eminentemente técnico, ha marcado su evolución como profesión; sobre todo hasta el momento en el que se consolidó socialmente y su enseñanza quedó incorporada en las universidades.

Mario Chaves distingue cuatro periodos en el desarrollo de la odontología:

1. Etapa de ocupación indiferenciada. Cuando las afecciones de la boca son una actividad esporádica y ritual que atiende el grupo familiar o los curanderos.
2. Etapa de diferenciación ocupacional. Cuando la profesión es un oficio que se aprende al lado de un practicante reconocido; aunque el individuo se especializa en las técnicas curativas y ello le permite obtener ingresos, el oficio apenas tiene cierta regulación para ejercerla.
3. Etapa inicial del profesionalismo. Cuando los practicantes del arte de curar la boca se organizan y proponen cursos de capacitación formal en centros educativos y universitarios. Los requisitos de ingreso son mínimos, pero ya hay regulación legal.
4. Etapa intermedia del profesionalismo. Se caracteriza porque los profesionales proponen cursos de mayor duración, con requisitos más estrictos para el ingreso y la enseñanza de la odontología. En esta etapa su aprendizaje se consolida en un nivel superior.
5. Etapa avanzada del profesionalismo. Cuando la profesión alcanza un nivel elevado similar al de otras prácticas de la salud; la enseñanza no sólo ya es de grado superior sino que además cuenta con especialidades, gremios organizados y su ejercicio se regula técnica, ética y legalmente (Chaves, 1962:191-97).

Pese a que el desarrollo de la enseñanza de la odontología esta íntimamente ligado al de la profesión, no puede olvidarse la influencia que recibe de áreas como la pedagogía, la psicología o la tecnología educativa; lo mismo que de propuestas educativas como las de la Unesco para la educación superior.

Por otro lado, es importante recordar que la ideología de la sociedad global ha reforzado el modelo de práctica profesional individual impulsada por la competencia; no obstante, la realidad contradice el planteamiento: un mercado

saturado y un creciente número de profesionales sin empleo y sin capacidad de competir, por tanto una práctica atrapada dentro de su propio esquema (Luengas, 2000).

Cuando la educación odontológica incursiona en las IES, su enseñanza queda unida a las propuestas y cambios de las profesiones sanitarias; aunque con su propio e interesante desarrollo, relativamente autónomo durante los años setenta en América latina bajo el influjo de la Corriente de Innovaciones en la Enseñanza y Servicios Odontológicos: impulsada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y financiada por la Fundación K. W. Kellogg.

Los paradigmas que permean la enseñanza de las profesiones sanitarias, sobre todo en la sociedad norteamericana, se basan en los modelos de atención que requería la sociedad industrializada, lo mismo que en la creciente expansión de la industria médica: ejemplo para el resto del continente, actualmente todavía con vigencia.

Con el Informe de Flexner sobre la educación médica en Estados Unidos y Canadá, publicado a principios del siglo XX, se plantea un programa estandarizado de cuatro años para formar médicos: durante los dos primeros años, aseguraban, se impartirían las ciencias básicas; los años posteriores serían para las ciencias médicas y el entrenamiento clínico se llevaría a cabo en un hospital universitario.

Este modelo de enseñanza tenía como referente otro de práctica profesional fundada tanto en la atención especializada como en la hospitalaria, la cara, la tecnificada, la individual, la curativa, la de intervención tardía, la de alto costo y la de bajo impacto social; modelo que orientó la enseñanza médica en Estados Unidos y más tarde sería copiada de manera acrítica por las escuelas latinoamericanas. La odontología reinterpretó este enfoque abundando en las características del modelo individual y privado de atención (Martínez, en prensa; Rivas, 1994.).

Los problemas que la puesta en marcha del modelo flexneriano mostraron fueron: la desvinculación entre la teoría y la práctica, la enseñanza memorística y repetitiva, la orientación hospitalaria de segundo y tercer nivel, y la desvinculación de los conocimientos básicos de la práctica clínica. Además, este modelo de enseñanza favorecía una actitud pasiva del estudiante frente a su proceso educativo (Rivas, 1994).

De los problemas detectados en la enseñanza médica surge la crítica sobre la eficacia del modelo de atención en el que se fundamentaba; como consecuencia se buscan alternativas para superar las deficiencias identificadas, ya que era imposible sostener un modelo de atención médica tan oneroso y de efecto tan reducido incluso para los sistemas sanitarios, pues la población no contaba con una atención temprana preventiva. Es decir, se requería un aplicación más racional de los recursos destinados a la sanidad.

Así, en 1978 la OMS y el Unicef se reúnen para buscar más opciones de salud para amplios sectores sociales a un costo que el país y las comunidades pudieran solventar. De estas preocupaciones emerge la *Declaración de Alma Ata*: un punto de vista diferente al modelo médico dominante que redefinió el marco de la atención médica:

La atención primaria es la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación (...) Forma parte integral del sistema sanitario nacional y constituye la función central y el núcleo principal (...) representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud (...) comprende la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención

Declaración de Alma Ata

OMS/UNICEF 1978, UAMX, 1981

Este nuevo paradigma en la atención médica inspiró nuevas propuestas educativas como Macmaster en Canadá o Newcastle en Australia, por

mencionar algunas; sin embargo, a pesar de las innovaciones en la enseñanza médica, su alcance se ha visto limitado a unos cuantos programas en el mundo, con resultados que no han sido suficientemente contundentes como para modificar la enseñanza médica tradicional; que al igual que el resto de prácticas sanitarias continúa bajo la influencia del modelo flexneriano (Rivas, 1994).

La enseñanza de la odontología se ha visto sujeta al modelo educativo de principios del siglo pasado (estructurado en ciencias básicas, preclínicas y clínicas), con el agravante de que no es una práctica hospitalaria sino fundamentalmente de consultorio.

Lo que limita la experiencia profesional, con todo y que haya algunos servicios odontológicos en los hospitales e instituciones públicas de salud, es que los servicios odontológicos públicos prácticamente repiten el modelo de atención del consultorio privado; pese a que el significado de su quehacer sea completamente distinto en una institución pública que en una privada (Luengas, 2000).

En términos de propuestas y de programas de estudio, los años setenta fueron la época más creativa en la enseñanza de la odontología en América latina. El impulso de estos cambios partió de una reflexión ética que cuestionaba que el ejercicio profesional se diera al margen de las necesidades de salud de la mayoría de la población, en virtud de que los servicios dentales únicamente estaban al alcance de los grupos con capacidad de pago.

Como es natural, este enfoque mercantil ocasionaba que los tratamientos odontológicos fueran parciales, caros y dirigidos a las últimas etapas de la enfermedad (Gillespie, 1978). De igual forma se consideró problemática la organización del proceso de trabajo: el dentista trabajaba aislado en el consultorio y ejecutaba innumerables actividades sin que nadie lo auxiliara, salvo algún asistente que el mismo profesional entrenaba, por lo que su productividad era muy baja y el impacto social de sus acciones prácticamente nulo.

Asimismo, la práctica odontológica se orientaba a la curación, la mutilación y la rehabilitación; ni la prevención ni la promoción de la salud eran actividades de interés para el odontólogo. Como se consideraba a las enfermedades bucales algo aislado del resto del organismo, los dentistas no hacían un diagnóstico ni tampoco se apoyaban en otros profesionales de la salud para profundizar en el conocimiento del enfermo y hacer más seguras las intervenciones dentales (Gillespie et al, 1978. Gómez, 1978. Zárate, 1978).

Aunado a ello se identificaron en el continente diversas subregiones con alrededor de cien millones de habitantes pero en constante crecimiento, no sólo sin escuelas de odontología sino sin acceso a la atención bucodental (Gillespie, 1978).

Había acuerdo entre los exponentes de esta crítica de la necesidad de cambiar el paradigma flexneriano en la formación de odontólogos en Latinoamérica por otro basado en la prevención y promoción de la salud, dirigido a la población necesitada. No obstante al tratar de echar andar nuevos enfoques la Organización Panamericana de la Salud (OPS impulsora de esta corriente de pensamiento) se encontró con la ausencia de estudios sobre las condiciones de salud oral, así como de la situación de los odontólogos en la región, cuestiones imprescindibles para hacer propuestas realistas para la orientación profesional de los futuros dentistas. Ésta misma situación hizo evidente la falta de personal capacitado en salud pública, epidemiología, así como el poco desarrollo de la investigación (Gillespie, 1978, 2002).

A nivel teórico el análisis de la situación de la formación y práctica de la odontología se abordó de dos maneras: una por la preocupación “humanista” de los formadores de recursos que cuestionaban el modelo de enseñanza; otro proveniente de la Corriente Latinoamericana de Medicina Social que permeó el pensamiento sanitario, fundada en el materialismo histórico; cuya crítica se basaba en destacar el carácter clasista de la medicina y su modelo de atención (Brito, 1990). Así, se trató de explicar el desarrollo y la formación de la odontología desde el punto de vista histórico social, enfatizando el carácter

clasista de la atención dental (Breihl, 1979. OFEDO/UDUAL 1980). Se criticó también la teoría positivista como fundamento del pensamiento médico que explicaba a la enfermedad casi exclusivamente desde lo biológico (Foucault, 1975. Menéndez, 1990). Para rebasar los problemas anteriormente señalados se propuso integrar en los currícula de las escuelas de odontología materias de contenido social, preventivo y entrenar al recurso humano frente a la realidad social de los grupos mayoritarios (Zárate, 1978. Payares, 1990).

Algunas de las propuestas planteaban la falsa disyuntiva entre formar odontólogos para los servicios del Estado o para el pueblo “aquello que realmente demanda la población oprimida y marginada, es decir claramente, definir, formar recursos humanos odontológicos, para qué y para quiénes”, aunque los que hacían esta propuesta reconocían la necesidad “de negociar” con el Estado para “coordinar acciones y programas de salud” (OFEDO/UDUAL, 1980:9).

Con precisión se identificaron las limitaciones del modelo profesional en la solución de los problemas de salud bucal, la determinación estructural del proceso salud- enfermedad y de la práctica odontológica en una sociedad capitalista. En conjunto las escuelas de odontología latinoamericanas señalaron en sus documentos hacia dónde se debería orientar al recurso humano para crear en él una conciencia solidaria, empeñada en mejorar las condiciones de salud de las clases explotadas. Bajo esta premisa se propuso dar énfasis a la prevención, impulsando medidas masivas como la fluoruración del agua y la sal de mesa; así como modelos comunitarios de atención. Del mismo modo se tuvo presente la importancia de que los odontólogos formaran parte del equipo sanitario, y así pudieran integrarse a equipos multidisciplinarios, no solamente porque la salud-enfermedad eran problemas multifactoriales, sino para formar al profesional de una manera distinta en el cuidado de la salud (Villena, 1984. OFEDO, 1987. Gómez, 2000).

Se manifestaba desde entonces la preocupación por fundamentar científicamente el ejercicio profesional del dentista e impulsar la producción de conocimientos para resolver los problemas de salud bucal de los grupos

mayoritarios. Se definieron tres niveles que se relacionaban entre sí para desarrollar la investigación: el socioepidemiológico, el clínico patológico y el biopatológico (OFEDO, 1987)

Se pensaba que el desarrollo de la investigación en odontología tendría beneficios, no solo para conocer la realidad, las condiciones de salud bucal, sino para capacitar y formar recursos humanos en una práctica profesional fundamentada científicamente. Desde entonces se consideró la investigación una variable imprescindible en la educación profesional (Morales, 1987).

Aunque se tenía clara la determinación económico social de la salud bucal, se reconocían espacios relativamente autónomos para el trabajo científico-académico-político, enfocado a conocer y buscar soluciones a la salud del pueblo (Morales, 1987).

Bajo el impulso de esta corriente surgieron programas educativos innovadores en el Continente, lo que permitió ensayar experiencias diferentes y novedosas en la formación de los odontólogos. No obstante, la educación odontológica en muchas IES de AL se mantiene bajo el antiguo paradigma de la educación profesional tradicional basada en el modelo flexneriano (López Cámara, 2002). Desvinculada la enseñanza básica de la clínica, la teoría de la práctica y la investigación de la práctica frente al paciente.

Preocupaciones éticas que impactan los currícula de la salud.

Si bien los modelos de enseñanza innovadores puestos en marcha durante los setentas y ochentas en Latinoamérica lograron introducir nuevos enfoques y modelos en la enseñanza profesional, existían en el panorama mundial preocupaciones que cambiarían el desarrollo de las profesiones de la sanitarias provenientes de las luchas políticas por el derecho a la salud dentro de una sociedad que se democratizaba y exigía una ética profesional diferente, basada en una manera distinta de ejercer el poder entre médicos y enfermos. Esta tendencia a la fecha ha estado modificando las relaciones entre prestadores de

servicios y usuarios, y de manera muy importante la relación clínica (RC) o relación médico paciente (Luengas, 2003).

El impulso por introducir de manera importante los aspectos éticos se expresa desde los cuarentas como resultado de los Procesos de Nüremberg. De éstos surge el Código del mismo nombre (1947), donde por primera vez se presenta un acuerdo internacional para regular la investigación biomédica, después de conocer lo ocurrido en la Alemania nazi; como primer punto en el documento aparece el consentimiento voluntario de los sujetos de investigación, la utilidad del conocimiento obtenido, la necesidad de minimizar los riesgos y cuidar el bienestar de los sujetos de investigación.

Otra propuesta mundial cambiaría el concepto de salud y de los servicios médicos; la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el seno de las Naciones Unidas (1948), la cual contribuyó a conformar un marco de derechos humanos primero y más tarde de derechos sociales, políticos y culturales. A partir de ese momento continúan apareciendo códigos como el de Helsinki, que se actualizan constantemente a nivel internacional los cuales buscan acotar el desempeño de la medicina, dentro de un marco ético distinto.

Sin embargo es en el Informe Belmont publicado en 1978 (informe de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, creada en los EU para definir los principios básicos de la investigación biomédica en 1974) donde aparecen claramente definidos tres principios elementales para la investigación: la beneficencia, la justicia y el respeto. Más tarde algunos de los participantes en la Comisión como Tom Beauchamp y Janos Childress en su libro "*Principles of Biomedical Ethics*" publicado en 1979, extienden los principios de la investigación a la relación clínica, e incorporan uno más: la no maleficencia. Es aquí donde se conforma el marco axiológico de la práctica médica actual y constituye un avance en el terreno ético (Lolas, 2000).

Por otro lado la lucha de las mujeres y de las minorías por sus derechos abrieron la discusión sobre los derechos reproductivos y la manera como

debería de comportarse el personal médico frente a las decisiones de las mujeres y sectores marginados debido a sus preferencias sexuales, entre otros.

El sida no solamente cuestionó la sexualidad, sino que vino a descubrir el trato deshumanizado y discriminatorio en los servicios de salud, así como el poco cuidado que se tenía en el uso de material y equipo médicos. Esto trasladó una serie de demandas sociales a la relación clínica, lugar crítico donde se expresan conflictos de valores entre médicos y enfermos, prestadores de servicios y usuarios.

Las consecuencias de demandas en relación al trato al enfermo y los procedimientos rutinarios han impulsado modificaciones en las normas técnicas y éticas en el cuidado de la salud, y han favorecido la creación de una gran cantidad de actores sociales encargados de vigilar el desempeño de las profesiones sanitarias, factores todos que necesariamente están transformando la enseñanza sanitaria.

Las modificaciones en el marco ético de las prácticas de la salud han originado políticas públicas a nivel nacional e internacional encaminadas a mejorar la calidad técnica y humana de la atención médica.

Por otro lado el avance acelerado del desarrollo técnico científico y su aplicación en la medicina ha generado problemas impensables para el ser humano como la reproducción asistida, los trasplantes, el genoma humano, el control de la información médica puesta en los medios electrónicos, entre otros. Muchos de estos avances traen consigo situaciones inéditas para la humanidad que cuestionan las formas de vida conocidas, sobre las que se generan preguntas éticas para las que no hay respuestas únicas.

Dentro de los elementos que se están modificando se encuentra la medicina basada en evidencias, el avance en materia de derechos humanos que se traducen en derechos de los pacientes, la creación de comités de ética dentro de los hospitales y universidades por mencionar algunos. La incorporación de

la ética en los proyectos de investigación y su revisión por parte de dichos comités, la modificación en los criterios para otorgar financiamientos; la aceptación de publicaciones de resultados de investigación solamente si se han tenido en cuenta los cuidados mencionados.

La odontología se ve afectada de la problemática descrita de varias maneras: por los riesgos profesionales, por las normatividades técnicas, por el cuidado y el trato al paciente, es decir por los cambios en la ética médica y los códigos deontológicos y los nuevos problemas de salud. Todos estos elementos tienen que ser incorporados en la enseñanza odontológica actual puesto que están marcando las tendencias en el campo médico.

Las características del modelo hegemónico que orienta la educación odontológica

Si bien son muchos y diversos los factores que están impulsando las modificaciones de las prácticas sanitarias, existen por otro lado una resistencia al cambio, que se expresa en la permanencia del modelo hegemónico de la práctica odontológica, que se mantiene como guía de la enseñanza de los recursos humanos.

Hablar de las características del modelo médico no es algo simple no solamente porque teóricamente incluye muchos niveles como el epistemológico, el filosófico, entre otros sino por las consecuencias que tiene en el quehacer cotidiano de los trabajadores de la salud y por supuesto en quienes reciben la atención.

Eduardo Menéndez (1990) destaca los principales elementos del modelo médico hegemónico (MMH) en los siguientes términos:

- a) biologismo y reductivismo privilegian esta explicación sobre las demás y desmembran al individuo, b) concepción teórica evolucionista/positivista, c) asocialidad, d) ahistoricidad, e) individualismo, f) eficacia pragmática, g) salud/enfermedad como mercancías, orientación básicamente curativa, h)*

salud-enfermedad vistas como mercancías, i) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; j) práctica curativa basada en la eliminación de los síntomas; k) relación médico paciente asimétrica; l) relación de subordinación social y técnica del paciente, m) concepción del paciente como ignorante y poseedor de un saber equivocado, n) paciente como responsable de su enfermedad; o) inducción a la participación subordinada y pasiva de los consumidores de “acciones de salud; p) producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico; q) prevención no estructural; r) no legitimación científica de otras prácticas; s) profesionalización formalizada; t) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterios de exclusión de otros modelos médicos; u) tendencia a medicalizar los problemas; v) tendencia inductora al consumismo médico; w)predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad; x) tendencia a escindir la práctica de la teoría, correlativa a la tendencia de escindir práctica médica de la investigación (Menéndez 1990:87).

Aunque algunas de las características del modelo se están modificando y otras se reafirman o mantienen, el esquema es útil y explicativo para entender los elementos que sustentan la enseñanza y prácticas sanitarias.

Menéndez establece características especiales al modelo de la práctica médico hospitalario, la cual cambió el perfil de la profesión médica: de una práctica privada e individual a una institucional. Esta transformación se debió a la necesidad de desarrollar una medicina que atendiera a los sectores productivos. En el caso de México fue el Estado quien estableció las modificaciones curriculares necesarias para contar con médicos hospitalarios, instituyendo el internado rotatorio de pregrado a mediados del siglo pasado. En el caso de la odontología la atención hospitalaria constituye una experiencia poco significativa y el modelo de práctica privada individual mantiene su hegemonía (Luengas, 2003).

La preocupación por cambiar la enseñanza de la odontología surgida en los años setenta y ochenta ha modificado algunos aspectos de la enseñanza profesional como la integración de los aspectos preventivos en los currícula, la

incorporación de la investigación en la formación de pregrado, la introducción de las ciencias sociales en los programas de estudio, la implementación de las clínicas integrales, así como el establecimiento de los servicios dentales fuera de los campus universitarios y el desarrollo de trabajos en comunidad. No obstante, se mantienen tradiciones en la educación odontológica que la vinculan fuertemente al modelo profesional hegemónico; características que podemos resumir de la siguiente manera:

- a) una visión acrítica del estudiante frente al contexto social, político y cultural que determina las condiciones de salud y el acceso a la atención odontológica de la población,
 - b) un punto de vista parcializado y fragmentado de la salud,
 - c) atención bucodental centrada en el desarrollo de acciones específicas, más que en la solución de problemas,
 - d) orientación académica fundamentalmente técnica,
 - e) poco entrenamiento en el diagnóstico integral,
 - f) aplicación de terapias riesgosas para el enfermo,
 - g) atención centrada en etapas tardías de la enfermedad,
 - h) una evaluación académica sustentada en el cumplimiento de actividades,
 - i) una relación utilitarista entre estudiantes y usuarios, donde se subordina el beneficio del enfermo al logro de los objetivos académicos del estudiante,
 - j) ausencia de métodos para obtener la anuencia de los usuarios sobre sus tratamientos, o para favorecer la autonomía del enfermo en la toma de decisiones sobre su salud,
 - k) pocas acciones de educación, prevención y fomento a la salud,
 - l) escaso entrenamiento en el trabajo multiprofesional y en equipo,
 - m) pocas experiencias de trabajo comunitario,
 - n) ausencia de programas de colaboración interinstitucional entre IES y los servicios de salud,
 - o) poco entrenamiento en investigación,
- (López Cámara, 2000, Luengas, 2002,).

Los supuestos morales que sustentan este modelo educativo son: el utilitarismo, la visión parcializada y fragmentada del usuario, ignorancia de los

derechos y responsabilidades de médicos y enfermos, falta de solidaridad y autoritarismo. Valores totalmente distintos y no sólo distintos sino opuestos a los que se pretenden fomentar durante el proceso educativo.

Resulta imprescindible recordar que además del marco axiológico para la investigación y práctica médica basado en los principios ya descritos de justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia, al cual habría que añadir los valores de la educación. En México se encuentran aquellos valores establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como la solidaridad, la igualdad, la fraternidad, la democracia entre otros. Valores que deben de estar contenidos en los currícula y reforzados cotidianamente en la enseñanza.

La educación odontológica solamente está preocupada por el entrenamiento técnico y no por desarrollar una visión humanista e integral sobre la salud; si bien la educación superior actúa en etapas tardías del desarrollo moral de las personas de acuerdo con Kohlberg, es ahí donde se construye la identidad profesional, misma que tiene necesariamente que reforzar los valores ampliarlos o como se dice autoactualizarlos de acuerdo a las características de cada profesión.

Parte del problema ético recaer en la concepción epistemológica que los profesionales tienen sobre su objeto de estudio, ese es justamente uno de los pilares donde descansa el modelo médico hegemónico, mismo que puede ser modificado a través de la enseñanza.

En relación a la concepción sobre la salud y la enfermedad

La salud y la enfermedad son términos muy difíciles de definir puesto que implican complejos procesos multinivel que abarca los aspectos biológicos, sociales, históricos, genéricos, económicos y culturales, así como los subjetivos e individuales. La salud y la enfermedad son expresiones de la vida, formas de resolverla en sentido positivo o negativo que acompañan la humanidad desde el principio de los tiempos. Pero cada sociedad explica y define de diferente

manera la salud y la enfermedad de acuerdo al grado de desarrollo del conocimiento, la tecnología, la visión del mundo y su sistema de valores (Gracia, 1998. González, 1998). La salud y la enfermedad no se pueden considerar como algo local aislado de la experiencia vital del ser humano cargada de significaciones, conflictos y emociones. La salud-enfermedad son conceptos contruidos, históricos, que responden a las cosmovisiones. La salud y la enfermedad al expresarse en el cuerpo se encuentran indisolublemente integradas a construcción simbólica, genérica, social e histórica de éste. López Austin señala, que las concepciones acerca del cuerpo humano son "meollos receptores, ordenadores y proyectores de las esferas físicas y sociales que las envuelven", asimismo justifican el comportamiento práctico de los distintos componentes sociales (López Austin, 1989:7). La cultura introduce elementos para la comprensión y significado del cuerpo y de la enfermedad, aspectos que son poco considerados en las prácticas sanitarias, donde prevalece la visión biologicista encima de cualquier otro punto de vista.

La práctica médica se apropia del cuerpo objetivado que expresa la enfermedad observándolo, ajeno, distante para no perder una supuesta objetividad. Pero en ese cuerpo enfermo está un sujeto con sus experiencias, vivencias, sufrimientos, historia, valores, características sociales y culturales.

Ante este vasto panorama algunos investigadores han propuesto una definición dinámica, de proceso, delimitado por dos momentos el de la salud y el de la enfermedad, un proceso continuo dinámico en el que los individuos y grupos sociales se desenvuelven (proceso salud enfermedad) (Laurell, 1963). No obstante, una definición como esta tampoco resuelve el problema del todo, ya que es un concepto muy abstracto que supone que la enfermedad tiene como referente a la salud y viceversa.

La OMS, ha dado una definición de salud aceptada universalmente incorpora en ésta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, así como los político económicos al definirla como: "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un

derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos además de los de salud". El problema de una definición como ésta es que deja desarmado a cualquier trabajador sanitario frente al enfermo. Más que una definición de salud es una meta ideal, un propósito político y humano, pero le falta corporeidad.

El pensamiento médico se ha apropiado de un discurso legitimado por el conocimiento "científico" del cuerpo enfermo para transformarlo supuestamente en un cuerpo sano, libre de dolencias, apto para disfrutar la vida. Considerar a la salud-enfermedad como conceptos del campo médico de una manera casi exclusiva no solamente ha reducido y medicalizado este proceso sino que ha orientado formas específicas de ver y asumir la salud por parte de los sujetos sociales y particulares (Foucault, 1975).

Históricamente el concepto de enfermedad es sobre el que se ha estructurado el discurso médico más que sobre el de salud, de ahí su enfoque curativo más que preventivo y educativo.

EL saber médico, el desarrollo del conocimiento y de la práctica médico-odontológica no solamente han parcializado la visión sobre la salud o la enfermedad sino que al apropiarse del cuerpo biológico lo han fragmentado y se han adueñado de sus pedazos, territorios que han definido como sus objetos de trabajo y de poder; territorios que han sido jerarquizados. No tiene el mismo prestigio un médico internista que un ginecólogo, y por supuesto un dentista, que ni siquiera es médico (Foucault, 1975). Pero ¿cómo contrarresta la odontología el poco prestigio profesional de cara a la medicina? en parte con la tecnología, la odontología está centrada en su utilización, de ahí la dificultad de cambiar su forma de trabajo.

La Salud Oral

El concepto de la salud oral es resultado de la parcialización que hizo del cuerpo el pensamiento médico y de la evolución de la práctica profesional. Esta definición territorial no se utiliza para otras estructuras corporales (a nadie se le ocurriría decir salud renal, por ejemplo). El término de salud mental se usa para otro tipo de manifestación de la enfermedad.

La boca para la vida es fundamental, a través de ella se realiza el mayor intercambio con el medio exterior, participa en funciones vitales como la alimentación, en las de comunicación, en las manifestaciones del afecto y la sexualidad. Al nacer el primer contacto con el mundo se establece por la boca, ahí se da también la primera satisfacción y permite el vínculo entre la madre y el hijo. Para algunas teorías psicoanalítica la etapa oral es fundamental en el desarrollo de las personas. Por todo esto la boca tiene una fuerte carga simbólica, que a nivel cultural queda expresada en los mitos y a nivel personal en el inconsciente.

Actualmente la salud oral se considera dentro del complejo craneofacial que permiten realizar las funciones mencionadas por tanto el desarrollo de la vida con calidad; se ha encontrado que los trastornos orales restringen las actividades en la escuela, en el trabajo y en la casa, y que las enfermedades de la boca causan la pérdida de innumerable horas de trabajo por día en el mundo. Si impacto psicológico es significativo en la calidad de vida. Además existe una estrecha relación entre la salud oral y la general porque muchas enfermedades infecciosas y crónicas tienen repercusiones en la cavidad oral que pueden ser prevenidas. Algunas deficiencias nutricionales que pueden convertirse en graves se pueden detectar tempranamente por sus manifestaciones orales, lo que da la oportunidad de prevenir e intervenir tempranamente en trastornos que pueden volverse graves incluso mortales (Petersen, 2003)

Sin embargo, todos estos elementos no se encuentran considerados en los currícula de odontología, existe una gran ignorancia sobre la importancia de la boca para la vida de las personas. Las funciones bucales tampoco son

evaluadas por el dentista, excepto la masticación. Este es un campo que puede ampliar el quehacer profesional de los dentistas sobre todo ahora que la salud bucal se considera parte fundamental de la salud, de acuerdo con la OMS. Esta declaración tiene importancia porque puede ayudar acercar a médicos y dentistas.

La manera como se estructura la práctica profesional no obedece únicamente a su concepto sobre la salud, sin embargo, las concepciones hegemónicas sobre ésta refuerzan actitudes deshumanizadas. Por otro lado los factores económicos, políticos, sociales como lo hemos argumentado tienen una dinámica propia en la sociedad capitalista y han impulsado el desarrollo técnico y la industria ligada en el campo de la medicina y la odontología haciéndolas altamente tecnificadas, caras, inaccesible para la mayoría.

Como construcciones sociales e históricas el conocimiento y la práctica médica se modifican sobre todo en una sociedad que se moderniza y entra en la dinámica de la globalización y regionalización como México. Cuestionamientos viejos y nuevos sobre una práctica como la odontológica mercantil, enajenada, irrespetuosa, deshumanizada, parcializada que no da respuesta adecuada ni satisfactoria a la salud y que no ha logrado desarrollar estrategias adecuadas para abordar los problemas colectivos toman vigencia bajo supuestos como la democratización, los derechos humanos. Mientras que el mismo discurso global refuerza el modelo de práctica privada liberal.

De acuerdo a la manera como se ha desarrollado el conocimiento médico positivo, el componente biológico es al que se le ha dado mayor peso para explicar este proceso, los otros se han dejado de lado, se tratan marginalmente o se subordinan al primero. El énfasis en la explicación biológica tiende acentuarse con el desarrollo técnico científico, ejemplo de ello es el desciframiento del genoma humano que subraya la determinación genética, cuestión que puede tener implicaciones muy serias para las personas en términos de discriminación y exclusión.

Otro aspecto que acentúa el biologicismo es la aplicación de la tecnología en la solución de los problemas médicos, sin embargo esta misma aplicación abrió la posibilidad de reflexionar éticamente sobre su impacto en las formas de vida humanas, en situaciones no previstas para la humanidad; e incorporó en sus preocupaciones el cuidado del ambiente y el futuro del planeta.

El biologicismo a fin de cuentas enmascara y distorsiona una realidad, la realidad del enfermo, quien tiene una historia, un género, una ubicación social y una cultural. La enfermedad esta cargada de valores reales y simbólicos que impulsan a los enfermos a darle la suficiente importancia como para acudir a la consulta, es decir destinar tiempo, dinero y esfuerzo a curarse. A las enfermedades bucales generalmente se les resta importancia, la causa más frecuente por la que se acude al odontólogo es el dolor, experiencia que limita e incapacita. Marx Siegler identifica varias etapas en la relación clínica, la primera la denomina etapa prepaciente, que es cuando la persona reconoce que tiene un problema y que necesita ayuda (citado por Platts, 1997:121).

No es sólo el biologicismo ha limitado la comprensión sobre la salud, es el enfoque mercantil el que ha distorsionado su abordaje, el tipo de recursos con que se enfrenta la enfermedad, al convertirla en una mercancía. Los enfermos que están inmersos en una realidad que se expresa a través de la enfermedad y en los recursos que se destinan para enfrentarla

Presentar una visión distinta de la hegemónica sobre la salud que abarque diversos campos de la experiencia humana y destacar como la concepción dominante ha aprisionado y repercutido en la estructura de la práctica médica odontológica y señalar como la globalización abre escenarios nuevos el quehacer profesional son las justificaciones más importantes de este trabajo.

La práctica privada de la odontología es la práctica hegemónica, porque no hay otra alternativa para ejercer la profesión en México, ya que la demanda de profesionales en las instituciones públicas es prácticamente inexistente (FMFEO,2002), la odontología no ha tenido el impulso de la medicina para

desarrollarse como práctica hospitalaria, su evolución ha sido prácticamente a expensas del gremio, casi desde su inicio al menos en nuestro país.

No obstante las limitaciones mencionadas en la concepción sobre el objeto de trabajo de las profesiones sanitarias, la realidad cotidiana de ellas es la actividad clínica frente al enfermo. Este ha sido el pilar fundamental en el pasado, el presente y tal vez el futuro de la medicina.

El encuentro con el paciente es la razón de ser de estas profesiones, es ahí también donde se tienen que transformar. En la experiencia del pacientes es donde se confronta lo teórico con lo real, ahí es donde se cuestiona la eficacia terapéutica y la forma de solucionar los problemas que aquel encarna y que contradice muchas veces lo que afirma la ciencia en cuanto al pronóstico de la enfermedad.

Savater señala que nuestro maestro es el mundo, pero lo que determina el aprendizaje “es la vinculación intersubjetiva con otras conciencias el destino de cada humano no es la sociedad sino los *semejantes* y debe partir de este punto para transmitir saberes humanamente relevantes....aprender de nuestros *semejantes* es más importante para el establecimiento de nuestra humanidad que cualquiera de los conocimientos concretos que así se perpetúan o transmiten” (Savater, 1997:35-36). Los semejantes no solamente ofrecen la oportunidad de crecimiento intelectual, social y moral sino que además son espejos en donde nos reflejamos, su cercanía ayuda a la propia comprensión.

Lo valioso de este planteamiento consiste en que destaca la importancia del aprendizaje significativo, pero es el contexto histórico social los que nos permiten acercarnos de cierta manera, y con ciertos ojos a los semejantes, es más nos define a los semejantes.

Habría que añadir otros elementos si se habla de la educación de las profesiones sanitarias que refuerzan el planteamiento anterior; éstas tienen como principio fundamental procurar el bienestar de quienes atienden por encima de cualquier otro interés, entonces se requiere que el alumno cuente

además de los conocimientos y habilidades con madurez moral; de acuerdo con Kohlberg (1992) para enfrentar la relación clínica y la responsabilidad social, no porque las otras profesiones no lo hagan, pero las de la salud ofrecen sus servicios en momentos de incertidumbre y vulnerabilidad para el enfermo; así el profesional no solamente necesita conocimientos sino discernimiento, sensibilidad para proponer y colaborar en la toma de decisiones fundamentadas, respetuosas y prudentes y acompañar a sus pacientes en momentos críticos de su existencia (Gracia, 1998).

Esto significa que para los profesionales de la salud la parte significativa de su aprendizaje es la persona a la que atienden, no sólo para su entrenamiento clínico sino, fundamentalmente para su formación moral. En este sentido la relación clínica ofrece una posibilidad extraordinaria para la formación ética de los odontólogos, si realmente se busca un cambio en la profesión y los profesionales. Entonces se tendrían que hacer cambios importantes en la manera de abordar a los enfermos de los servicios universitarios, en las estrategias de aprendizaje, pero sobre todo en el marco axiológico sobre el que se van a estructurar estas reformas para aprovechar el encuentro con el paciente, conceptualizándolo como oportunidad de crecimiento para el profesional más allá de lo técnico (Ezequiel,1992), sobre todo en el momento actual donde se ha alcanzado consenso internacional sobre los valores de la práctica médica.

En este sentido después de analizar algunas de las declaraciones internacionales hechas por los organismos médicos y no médicos (Amnistía Internacional) se puede afirmar que ha habido un avance en el terreno ético en las profesiones de la salud que obliga a repensar y fundamentar la práctica y la enseñanza de estas profesiones, sobre todo si se quiere avanzar hacia una cultura de derecho fundada en un trato humano y digno por parte de los trabajadores de la salud hacia ellos mismos y sus pacientes.

Capítulo II

Sobre los métodos utilizados y el desarrollo del trabajo de investigación

Por las características del problema de investigación que fue identificar las tendencias en la formación de odontólogos en México (1989-2003) en la universidad pública dentro del contexto de la globalización se optó por realizar un estudio analítico, cualitativo, histórico, prospectivo y de campo; de tipo documental complementado con entrevistas a protagonistas relevantes de la educación odontológica en la Ciudad de México, donde se concentra el 19% de la oferta educativa de esta disciplina (ANUIES,2001); que implicó varios retos metodológicos, entre ellos, que no se utilizó un método único. Para entender la evolución y la situación actual de la enseñanza de la profesión se utilizó el método histórico, para analizar el efecto de las políticas públicas en la educación superior y odontológica otro, y para dilucidar lo expresado por los directivos de las escuelas se tomaron algunos elementos del análisis del discurso. Otra de las dificultades a las que nos enfrentamos fueron los pocos estudios que existen sobre la educación odontológica en México.

Se siguió el enfoque crítico propuesto para la investigación socieducativa que contempla los siguientes aspectos: a) que la investigación tiene que partir de situaciones reales sobre las que se pretende aportar elementos para su transformación, b) que utiliza métodos cualitativos y cuantitativos para abordar el problema de estudio, pero presta especial interés a las comunicaciones interpersonales, y c) que no se basa en un esquema rígido ni exclusivo de interpretación por las características de la educación (Eisenberg, 2003)

El trabajo se dividió en dos partes que corresponden a niveles de análisis distintos y a unidades temáticas específicas para darle una mayor coherencia a la investigación. Una general donde se analiza la dinámica de la globalización y el papel de la educación y de la salud dentro de ella, que corresponde al contexto macrosocietal. La definición de éste marco general brindó elementos para entender el proyecto neoliberal del gobierno mexicano las políticas

derivadas de él, las estrategias, los actores, los programas y las acciones para la educación superior y la odontológica. Algunas de las políticas y programas tienen efectos muy concretos en las instituciones educativas y en la operación de los programas de estudio, como la evaluación. Por eso ésta, sirvió de ejemplo para ver cómo los cambios sociales pueden impulsar las transformaciones y las tendencias en la enseñanza de la odontología.

El siguiente nivel bloque de análisis se centra en la dinámica propia de la evolución de la enseñanza de la odontología, y tiene una parte histórica donde se analizan las corrientes principales que han modificado la educación de esta profesión en México, de manera importante en las universidades públicas y de cómo estos cambios se han concretado en propuestas curriculares. El análisis de algunas de éstas propuestas muestran cómo los mismos planteamientos se interpretan de manera distinta por parte de cada una de las IES dentro de los programas innovadores, así como los límites y las posibilidades de cambio de la profesión; para de ahí derivar nuestra propuesta. El trabajo investigativo no fue lineal, muchos senderos se recorrieron para llegar al objetivo.

Así, para que pueda transformarse la enseñanza de la odontología tienen que haber las condiciones sociales para que ocurran cambios y propuestas desde la propia práctica que permitan concretarlas en la formación profesional.

Adicionalmente y como elemento fundamental de la visión con la que analizamos las tendencia en la odontología, le dimos un especial tratamiento a las preocupaciones que surgen del campo de la ética y que introducen en el análisis otros elementos a considerar en la educación de los dentistas; dichas preocupaciones cada día adquieren mayor vigencia en el mundo por el avance en los procesos de democratización social y por el crecimiento de la sociedad civil, la cual cada día interviene en la aplicación de las políticas públicas y en los servicios de salud.

1.Fuentes donde se obtuvieron los documentos

1.1 Fuentes personales y de colegas

Mi experiencia de más de 25 años enseñando e investigando en el campo de la odontología, me permitió contar con amigos y compañeros que contaban con documentos históricos sobre la educación odontológica en AL que generosamente compartieron conmigo, así como sus experiencia y puntos de vista, en partícula Víctor López Cámara, Norma Lara y Laura Patricia Sáenz. Muchas de las discusiones con ellos aclararon, enriquecieron o modificaron mis puntos de vista.

La información sobre las agencias y métodos de evaluación de los programas de odontología se obtuvo en parte gracias e un trabajo que realicé con el Dr. Francisco Domingo Vázquez, que en ese momento era el Vocal Ejecutivo del Comité Interinstitucional de Evaluación de la Educación Superior del Área de la Salud (CIEES).

1.2 Bases electrónicas

Las investigación electrónica se hizo en las páginas de las Secretarías de Estado de Educación, Salud y Gobernación, así como de organizaciones como ANUIES, CENEVAL; COPAES, CONACYT, CONAMED, SESIC, entre otras y en bases documentales como BIREME.

1.3 La Facultad de Odontología y el Centro de Estudios sobre la Universidad

Para el trabajo sobre la evolución del currículum en odontología, tuve el apoyo del Departamento de Historia de la Odontología de la Facultad e Odontología (FO) de la UNAM, a cargo de la Dra. Martha Díaz de Kuri, ella y su equipo me facilitaron el acceso a documentos originales de los planes de estudio y a otros materiales. De igual forma en el Centro de Estudios Sobre la Universidad (CESU) de la UNAM la Maestra Dora Pinzón generosamente me prestó los trabajos sobre la odontología que ha realizado, así como otros documentos importantes para el desarrollo del tema.

Los planes y programas de estudio que se analizaron se obtuvieron en las escuelas, algunos me los dieron los directores.

1.4 Análisis de las políticas públicas

Para analizar las políticas públicas hay dos enfoques, uno centrado en indagar su diseño (de el proceso) y otro en la manera como se aplican y sus posibles consecuencias (en el proceso) (Ruiz, 2001). de acuerdo con los objetivos del presente trabajo se eligió el segundo. Más allá de los enfoques existen distintos modelos para analizar las políticas pero en general todos coinciden en identificar los siguientes elementos: a) definir el problema objeto de la política, b) seleccionar los criterios las estrategias de acuerdo a una idea de país y de cumplimiento de la tarea del Estado, y c) identificar aquellos aspectos del problema que se pretenden modificar, d) considerar los esfuerzos que se hacen para conseguir los cambios ordenados por las políticas (implementación) (van Meter et al. citado por Ruiz, 2001:149), y e) de acuerdo al contexto los posibles resultados de la aplicación de la política. Este último apartado en nuestro caso correspondería a las tendencias (Ruiz, 2001). Las políticas públicas por ser las que aterrizan el proyecto del gobierno son las que marcan el destino y desarrollo del país y tienen un fuerte contenido ético.

Los elementos para la reflexión se desprendieron de los Planes Nacionales de Desarrollo (PND) y los Programas Nacionales Educativos (PNE), así como de estudios especializados sobre las políticas educativas y algunos datos sobre la educación superior y odontológica. El análisis partió del gobierno de Salinas de Gortari (1989) donde se inició la modernización del Estado, hasta el sexenio actual (Fox 2000-2006).

Se procedió de la siguiente manera:

a) Primero se identificaron aspectos que consideramos importantes de la propuesta del gobierno bajo el proceso global, se compararon los tres últimos sexenios (1989-2003) destacando algunas coincidencias y diferencias.

b) El diagnóstico de la Educación Superior (ES) y de la odontología se hicieron con base a los datos elaborados por la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), los Planes Nacionales de Desarrollo y los Programas Nacionales de Educación, así como de estudios especializados en el tema.

c) Se identificaron las estrategias, programas y actores diseñados para cumplir con los objetivos propuestos en los Planes y Programas.

d) Se hizo el análisis considerando: a) la situación de la Educación Superior (ES) y odontológica y b) las consecuencias de la aplicación de los programas en contraste con los objetivos señalados en los PND y PNE,

e) Con base en este análisis se identificaron las tendencias en la ES y odontológica

1.5 La evaluación como ejemplo

Para ilustrar de que manera las políticas intervienen en las transformaciones en la enseñanza dental, se eligió una de ellas: la evaluación. Consideramos que la evaluación era una política importante por su contenido ético, ya que los actores que se encargan de elaborarla emiten juicios valorativos sobre la operación de los programas de estudio; además de que es uno de los requisitos para la acreditación de los programas de estudio, por tanto se esta generalizando su aplicación y su efecto es directo en los currícula y los programas de estudio.

El análisis de la evaluación se hizo a través de los instrumentos, ya que la información que obtienen las agencias evaluadoras es confidencial; así el conocer los instrumentos hizo posible entender los límites y los alcances de este proceso en la calidad de la enseñanza y hacia donde irían las recomendaciones de los programas de estudio.

Se procedió de la siguiente manera.

- a) Se identificaron los actores encargados de evaluar distintos aspectos de la evaluación: Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES), el Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior (CENEVAL), Consejo Nacional de Educación Odontológica (CONAEDO).
- b) Se identificaron sus objetivos y métodos de trabajo
- c) Se sacaron conclusiones sobre la manera que estas agencias están impulsando cambios en la educación odontológica

1.6 El Estudio histórico sobre la Corriente latinoamericana y la evolución del currículum

La parte histórica que corresponde a los capítulos sobre la Corriente Latinoamericana y la evolución del currículum tuvieron un tratamiento metodológico distinto.

En el primer caso se hizo una revisión de documentos producto de reuniones internacionales, donde quedaron plasmadas las propuestas originales para la educación odontológica, los reportes y análisis de las experiencias educativas resultado de esos planteamientos, asimismo de las evaluaciones que hicieron las propias IES de lo ocurrido a lo largo de los años con sus propuestas innovadores. Aquí tuvo importancia mi experiencia profesional y el haber escuchado a los protagonistas latinoamericanos impulsores de esta corriente de pensamiento al inicio de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAMX); muchos de los planteamientos que se dieron fueron retomados por ésta institución, para el diseño de sus planes y programas de estudio de odontología.

Sin embargo, no todos las tendencias de cambio que proceden de esta Corriente de pensamientos se consideraron para el análisis, como ya lo mencionamos, sino de las preocupaciones surgidas en el terreno de la ética,

mismas que están introduciendo cambios en la práctica y enseñanza del área médica, aquí se revisaron algunos de los documentos y declaraciones internacionales que constituyen el marco axiológico de la ética médica moderna.

Para el análisis histórico de la evolución del currículum en odontología se tomaron como referencia acontecimientos que marcaron cambios en las relaciones entre la universidad, Estado y sociedad como: la lucha por la autonomía universitaria (1929), el movimiento del 68 y la masificación de la enseñanza (setentas), todas ellas con gran contenido moral.

1.7 La comparación de planes de estudio de la Facultad de Odontología de la UNAM, la FES- Zaragoza UNAM y la UAMX.

Para contar con ejemplos que ilustraran los cambios curriculares ocurridos en México se hizo el análisis de tres planes de estudio la FO, FES Zaragoza Y UAMX.

Los objetivos a cubrir al analizar diferentes planes de estudio de odontología fueron:

- a) conocer cómo habían interpretado las escuelas las propuestas innovadoras
- b) conocer como ha evolucionado un plan de estudios tradicional

Se escogieron programas que fueron una innovación en los años setentas tales como, el de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAMX) y el de Facultad de Estudios Superiores (FES, UNAM que en el momento de su fundación era la Escuela de Estudios Superiores ENEP-Zaragoza), que compartían lo siguiente: ambas instituciones se crearon durante los setentas como resultado del movimiento del sesenta y ocho y de la masificación de la educación, las dos pretendían ser una alternativa en la educación odontológica y basaban sus propuestas bajo los postulados que a continuación se describen :

- Orientar el currículo por problemas de salud bucal
- Orientar los servicios odontológicos a grupos mayoritarios
- Diseñar modelos de servicio donde se integrara la docencia-servicio
- Vincular al estudiante con los problemas de la realidad social y de la práctica profesional
- Integrar activamente al estudiante en el proceso de enseñanza-aprendizaje
- Fomentar la investigación

El análisis del plan de estudios de la Facultad de Odontología de la UNAM, se realizó por su importancia histórica y porque fue el hilo conductor a través del cual se observó la evolución histórica del currículum en México.

Las conclusiones derivadas del análisis de los planes de estudio, señalan algunos de los problemas que presentan tanto los programas innovadores como el tradicional. Estos elementos sirven de fundamento para identificar las tendencias del desarrollo de ésta profesión y para estructurar nuestra propuesta.

2. La Investigación de Campo

La investigación de campo consistió en entrevistas semiestructuradas a 4 directores y un exdirector de las Escuelas y Facultades de Odontología públicas del Distrito Federal, es decir en cinco de las seis instituciones que aquí operan. Solamente un director no aceptó la entrevista y la derivó a uno de sus colaboradores quien finalmente tampoco la hizo. Para analizar la información obtenida se tomaron elementos del análisis del discurso.

Cabe aclarar que las universidades públicas han sido las protagonistas de las grandes transformaciones educativas en este país y las que han generado la investigación en todos los campos del saber, y pese al incremento de la educación privada su papel sigue siendo fundamental en la tarea educativa en México.

El objetivo de la entrevista fue conocer la opinión de los directores de las escuelas y facultades de odontología sobre los problemas que se presentan en la operación de los programas de estudio y sobre las tendencias de la enseñanza de la odontología. Es importante aclarar que profundizar sobre cada uno de los siguientes aspectos estaría reservado para investigaciones futuras y rebasan el propósito del presente trabajo.

2.1 El universo de estudio

Fueron cinco directores y exdirectores, coordinadores o jefes de carrera como los llaman las distintas IES los que se entrevistaron, de las seis escuelas públicas que se encuentran en el Distrito Federal.

Las entrevistas se organizaron en diferentes rubros.

- a) los alumnos
- b) los profesores
- c) planeación educativa
- d) aspectos institucionales
- e) el sindicato
- f) los procesos de evaluación
- g) las tendencias de la enseñanza de la odontología

Se indagó sobre los siguientes aspectos:

a) En relación a los estudiantes

1.-Perfil del estudiante de odontología:

1.1-preparación previa

1.2-Motivos para elegir la carrera

1.3-Nivel socioeconómico

2.-Actitudes del estudiante frente al estudio

2.1-Interés por aprender

- 2.2-hábitos de estudio
- 2.3-dificultades psicomotoras
- 2.4-manejo de medios electrónicos

3.-Actitudes del estudiante en el servicio

- 3.1-Trato al paciente
- 3.2-Vocación de servicio
- 3.3-Conocimiento de los marcos legales y éticos de la profesión

4.-Participación universitaria

- 4.1-organización estudiantil
- 4.2-participación en la estructura universitaria

b) En relación a los profesores

- 1.-perfil de los profesores
- 2.-Condiciones de trabajo
- 3.-Actualización
- 4.-Compromiso con la docencia
- 5.-Trato al alumno
- 6.-Trato al paciente
- 7.-Conocimiento del modelo educativo
- 8.-Sistemas de evaluación
- 9.-Conocimiento del marco institucional
- 10.-Participación de los profesores en la planeación académica
- 11.-relación docente alumno

c) Sobre la planeación educativa

- 1.-Inconsistencias
- 2.-Vacíos de los programas
- 3.-Diseño curricular
- 4.-Contradicciones entre lo planeado y lo que se lleva a cabo
- 5.-Recursos para la operación

d) Sobre la Institución

- 1.-Estructura institucional
- 2.-Apoyo administrativo del programa
- 3.-Representación en la toma de decisiones
- 4.-Recursos con que cuenta para el programa

e) En relación con la participación del sindicato

- 1.-Problemas sindicales en la operación de los programas

f) Con respecto a la evaluación externa

- 1.-Si el programa está acreditado o ha sido evaluado
- 2.-Si la evaluación fue adecuada
- 3.-La idoneidad de los evaluadores
- 4.-La utilidad de la evaluación
- 5.-La pertinencia del método de evaluación

g) Sobre las tendencias

- 1.-Los principales problemas que enfrenta la educación odontológica
- 2.-Las modificaciones que tienen que hacer las escuelas en los currícula

Cabe aclarar que no se pidieron datos específicos, sino una opinión panorámica de lo que ocurre en cada programas de estudio.

2.1 Ejemplos de las preguntas que se hicieron en las entrevistas

La manera como se llevaron a cabo las entrevista fue la siguiente se planteaba la pregunta en términos muy generales, por ejemplo de acuerdo a su experiencia ¿cuáles son los problemas que se presentan en la operación del programa en relación a los alumnos?, sobre el listado de puntos que nos interesaba averiguar se puntualizaba en la plática. Sin embargo, hubo diferencias en la forma cómo se hizo cada entrevista, primero porque con

algunos de los directores había lazos de amistad o de trabajo de muchos años, mientras que con otros era la primera vez que teníamos contacto con ellos, por tanto el ambiente en el que se desarrollaron las pláticas varió; en los casos donde había más confianza entre el entrevistador y los directores la información fluyó más fácil y ampliamente.

Las siguientes preguntas son ejemplos, pero no se hicieron ni iguales ni en la misma secuencia.

¿Cuáles son los principales problemas que tienen los estudiantes, para llevar a cabo el programa de estudio?

¿Cuáles son los problemas de los profesores en el desarrollo de los planes de estudio

¿Cuenta con recursos suficientes para llevar a cabo lo planeado?

¿Cómo es la relación maestro alumnos?

¿Cómo es la relación estudiante paciente y profesor paciente?

¿Ha tenido problemas con el sindicato en el desarrollo del programa?

¿Cómo es la participación de los estudiantes en la institución?

¿Qué importancia le dan a la investigación?

¿Se ha sometido la escuela a los procesos de evaluación?

¿Qué cambios se tendrían que hacer en la educación odontológica para enfrentar el futuro?

Lo expuesto por los directores en la entrevista se sintetizó de acuerdo con las categorías de análisis identificadas, se tomaron frases dichas por ellos a

nuestro modo de ver significativas para ejemplificar sus opiniones y puntos de vista.

Capítulo III

Dinámica de la globalización, características del contexto que determina las tendencias en la educación y la salud.

El proceso de globalización está modificando la faz del planeta, no únicamente en el terreno económico, sino en las relaciones humanas; es un proceso cargado de valores culturales y contradicciones, donde por un lado se acentúa la pobreza y por otro se proponen paradigmas humanitarios. La globalización, por sus consecuencias socioeconómicas y políticas es un asunto central para comprender el rumbo hacia donde va el mundo y por tanto las tendencias que se avecinan sobre todo en México donde el Estado ha decidido incorporarse lo más rápida y eficientemente posible a la aldea global.

Para fines del presente estudio es importante entender la dinámica del proceso global, donde la educación tiene un papel fundamental, pero además es ésta dinámica la que está definiendo las tendencias de la Educación Superior y odontológica en México.

Características del proceso global

Actualmente el mundo enfrenta cambios rápidos y vertiginosos impulsados por los procesos de globalización y regionalización, estos cambios se caracterizan por: una mayor dependencia entre países, la pérdida de las fronteras geopolíticas, mayor necesidad de cooperación internacional, disminución de la autonomía de los Estados nacionales frente al capital transnacional y una creciente participación de la sociedad civil; nuevos actores sociales se presentan en el escenario planetario cuya ingerencia social está modificando las relaciones de poder estableciendo un orden mundial distinto.

Los Estados nacionales se redefinen al desdibujarse sus fronteras y reducir su capacidad de autonomía, la cooperación internacional aparece como la estrategia que articula la economía global; sin embargo, no todos los Estados tienen el mismo margen de decisión en el concierto mundial. La globalización

acentúa las diferencias entre los países pobres y ricos. Los países en desarrollo presentan muchas dificultades internas y externas para enfrentar con éxito una economía competitiva.

De acuerdo con Flores Olea y colaboradores, la globalización es “el proceso en que se generaliza la intercomunicación entre economías, sociedades y culturas, donde se desarrollan y aplican las tecnologías de la comunicación y la informática, junto con los acuerdos entre los Estados para facilitar todo tipo de intercambios, especialmente de orden económico: desregulaciones, eliminación de barreras arancelarias y otros procedimientos a una mayor interrelación económica entre pueblos y Estados” (Flores Olea, 1999:11).

Después de la década perdida América Latina quedó en malas condiciones económico-sociales, al reducir drásticamente los niveles de competitividad y desarrollo alcanzado en los setentas. La falta de iniciativa y creatividad económica y política de la región y la pérdida de interés estratégico en la zona de las potencias del antiguo orden bipolar, constituyeron un panorama desalentador para Latinoamérica (Kilksberg, 1994, Lowenthal, 1996). La deuda externa adquirida en las décadas anteriores por los gobiernos de la zona, constituyó uno de los principales obstáculos para el desarrollo, al disminuir sensiblemente los recursos financieros disponibles.

Esto ocasionó que países como México destinaran el 40% del Producto Interno Bruto (PIB) en los ochentas al pago de la deuda, por ejemplo. Con el agravante de que la mayoría de la población de América Latina se encontraba en situación de pobreza, era analfabeta, sin capacitación, desempleada, pluriétnica, así, los habitantes de la región no disponían de los satisfactores mínimos para su sobrevivencia y menos para una vida digna.

América Latina requería (y requiere) para el refinanciamiento de su deuda de dinero a corto plazo, que otorgan organismos financieros internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial (BM). No obstante el dinero fresco que ofrecen estas instituciones está condicionado a la puesta en marcha de un modelo

económico, diseñado por ellos. Un modelo fincado en el ajuste estructural de la economía, que no contemplan las condiciones sociales, históricas y culturales de cada país. Los efectos del modelo han sido negativos para las poblaciones de los países deudores. La deuda no sólo ha reducido el potencial económico de LA sino su capacidad de negociación por tanto de decisión a nivel mundial (Kliksberg, 1996. Lowenthal, 1996).

El Estado proteccionista se transformó bajo el impulso de la globalización en un Estado rector, que ha reducido su papel en la economía para convertirse en conductor y regulador de la misma, disminuyendo su participación en acciones de bienestar social, de salud, educación, etc. Sin embargo, para legitimar las reformas estructurales, el Estado establece un discurso favorable a la libre competencia, la democracia y a la participación creciente de la sociedad civil en todas las esferas de la vida social.

Las características del programa de ajuste diseñado para que supuestamente los países pobres alcancen el desarrollo se puede resumir así: a) sanear las finanzas públicas, que significa reducir el gasto social en salud, educación, vivienda, etc. b) controlar la inflación, c) promover las exportaciones, d) atraer la inversión extranjera, e) promover la inversión privada, f) disminuir las políticas proteccionistas, g) eliminar aranceles y h) volver eficiente la administración pública. Se trata de abrir la economía, fomentar el ahorro interno, aumentar la competitividad nacional e internacional (Laurell, 1994). Los efectos del programa de ajuste son: el adelgazamiento del Estado Nacional, la pérdida de autonomía y la subordinación de la economía a las leyes del mercado. Esta dinámica afecta a grandes sectores sociales, es un modelo económico que tiene un alto costo social y no brinda resultados a corto plazo, por tanto pone en duda la función y legitimidad del Estado y la viabilidad de la propia estrategia. La reducción en el gasto social tiene un impacto significativo en los sectores menos favorecidos; aunque se mantengan programas sociales dirigidos aquellos sectores que tienen importancia económica o política para el modelo; y algunos programas puntuales de combate a la pobreza.

La crisis del Estado aparece como elemento recurrente a nivel mundial, así como la necesidad de cambio en una sociedad que se moderniza, la crisis se expresa en la incapacidad del mismo de financiar compromisos sociales y afecta tanto a los países pobres y como a los ricos. Sin embargo, a pesar de la orientación mercantil franca de la economía, el Estado no puede sustraerse de atender las necesidades sociales y buscar el bien común; así, fomenta la cooperación entre los distintos sectores y la trata de redistribuir su responsabilidad social. La participación significativa de la sociedad civil en las tareas sociales favorece la toma de decisiones en las políticas públicas y puede ser un elemento de equilibrio ante tanta desigualdad.

Se crean nuevos grupos y actores sociales provenientes de sectores no hegemónicos que proponen alternativas y tienen voz, lo cual genera el desarrollo de nuevas identidades sociales y particulares; surgen redes sociales impulsadas por organismos no gubernamentales, grupos de mujeres, defensores de derechos humanos, etc. La reducción del Estado abre la posibilidad de ampliar la participación social, lo cual genera un mayor equilibrio en la sociedad. Esto es positivo sobre todo en los países que tienen un buen nivel de vida, servicios básicos para toda la población y una sociedad civil fuerte, pero en los países que no tienen estas condiciones, la reducción del Estado puede resultar catastrófica para los sectores menos favorecidos.

Nueva moralidad

El nuevo orden económico requiere asimismo de otra manera de comportamiento social, una moral distinta. Se renueva el interés de la población por alcanzar la democracia como un camino viable para que la sociedad civil crezca y mejore su participación en los procesos electorales, en la transformación regulación y vigilancia de las políticas sociales y en tareas como la educación y la salud, entre otras.

Por otro lado existe un gran consenso por parte de algunos organismos internacionales como Green Peace (GP), Amnistía Internacional (AI) de la necesidad de una mayor cooperación mundial y vigilancia para tratar de

mejorar problemas como el cuidado del ambiente, el respeto a los derechos humanos, la lucha contra el narcotráfico y la legalidad de los procesos electorales.

Surge el paradigma del desarrollo humano sustentable como una propuesta compartida internacionalmente para orientar el desarrollo social con una visión más humana. El paradigma coloca en el centro del quehacer social al ser humano; reconoce la pluralidad como una riqueza de la humanidad y propone la tolerancia como forma de convivencia, con ello se rebasan concepciones estereotipadas únicas de lo que es el ser humano.

El eje del paradigma es un cuestionamiento ético sobre la manera como se ha ejercido el poder, la estrategia para contrarrestar el autoritarismo, la exclusión y la discriminación es educar a los ciudadanos en una cultura de derecho. Los ciudadanos es una categoría que borra las diferencias.

En el discurso de la modernidad todos están incluidos: niños y niñas, mujeres, homosexuales, ancianos, indígenas; no obstante, si consideramos que existen 1300 millones de habitantes en condiciones de pobreza y de estos el 70% son mujeres, se puede deducir que una gran parte de la población en su mayoría mujeres se encuentra excluida de los beneficios del desarrollo social, aunque haya consenso en mejorar su situación (UNICEF, 1998). Incluso el Banco Mundial propone como estrategia contra la pobreza que se eduque a las mujeres, por el impacto que tiene la educación de ellas en el bienestar familiar (Banco Mundial, 1993).

Si bien existe acuerdo internacional para buscar mejorar las condiciones de vida de millones de personas, aumentar la esperanza y la calidad de vida, cuidar el medio ambiente, ampliar el acceso a los bienes culturales así como a otros satisfactores que favorezcan conformar al ser humano como un ente pensante, libre y participativo, como propone el paradigma; en la realidad ocurre lo contrario, los niveles de inequidad económica y social son abrumadores y el modelo global marca aún más las diferencias; la ONU calcula que el 20% de la población tiene el 80% del comercio y el 94 % de los

préstamos, mientras que el 80% restante casi no tiene nada (Kilksberg, 1996). En Brasil por ejemplo el 50% de la población recibió el 18% del ingreso nacional en 1960, este porcentaje se redujo al 11,6% en 1995, mientras que el 10% de la población obtuvo el 54% del ingreso nacional en 1960 y el 63% en 1995 (ONU,1998)

Revisemos otros datos, en los países en desarrollo más de 1000 millones de personas carecen de agua potable y 3000 millones casi la mitad de la humanidad no tienen condiciones de vida adecuadas en términos de acceso a los sistemas de salud y bienestar, lo que ocasiona que 3 millones de niños mueran a causa de enfermedades relacionadas con la falta de higiene y saneamiento. Solamente de diarreas mueren anualmente 2.2 millones de niños en el mundo (UNICEF, 1998).

Los indicadores para evaluar el desarrollo humano implementados por la ONU conjugan varios índices: la esperanza de vida al nacer (salud), el nivel educativo (conocimiento), el producto por habitante a paridad del poder de compra (nivel de vida aceptable). Canadá ocupar el primer lugar de desarrollo humano seguido por Francia y Noruega, México el 50 y Brasil el 68 sitios respectivamente¹ (ONU, 1998).

No obstante mejorar los indicadores económicos no implica necesariamente un mayor desarrollo humano, aunque sea una condición indispensable para alcanzarlo. La educación se presenta dentro del contexto de la globalización como la estrategia para amalgamar la sociedad y borrar las diferencias entre individuos y grupos. Pero educar no es una tarea simple en condiciones de marginación, pobreza y opresión. Se requiere de un esfuerzo social extraordinario, una gran voluntad política y suficientes recursos económicos y morales para avanzar en el logro de estos objetivos. Así, se hace necesario un compromiso ético de la humanidad consigo misma para revertir las condiciones

¹La ONU ha desarrollado otro índice para los países industrializados donde además de considerar los parámetros señalados para el de IDH se incorpora el de exclusión social el cual se mide por el tiempo de desempleo (ONU,1998).

actuales, que permiten que el 90 por ciento de la población a nivel mundial no controle su vida según la ONU (Kliksberg, 1996).

Uno de los factores de retroceso del desarrollo humano en algunos países de acuerdo con la ONU ha sido la crisis del Asia Oriental que afectó a: Filipinas, Indonesia, Malasia, la República de Corea y Tailandia quienes habían hecho grandes avances económicos en los últimos 20 o 30 años debido a la reducción del PIB, el desempleo, la inflación y la reducción del consumo (PNUPD, 98).

Con la caída del Muro de Berlín se pensó en un primer momento que el mundo evolucionaría hacia un orden mundial regido por organismos internacionales sin confrontaciones bélicas, pero con la desaparición del socialismo real surgió el racismo, la intolerancia religiosa, los conflictos étnicos y la discriminación en países del Este europeo; y con otras características en África. El Oriente Medio se mantiene como área de conflicto internacional; el liderazgo bélico de los EU en la Guerra del Golfo Pérsico mostró que esa nación está dispuesta a conservarlo a cualquier precio. El Oriente con China Continental, Corea y los otros países de la zona pueden convertirse también en el centro de otra confrontación internacional y disputarle la hegemonía a los EU.

Las consecuencias de las guerras tienen repercusiones a futuro, se calculó que en 1997 unos 50 millones de personas quedaron desarraigadas y perdieron sus hogares por las guerras, solamente en Afganistán 100 mil niños quedaron discapacitados (UNICEF, 1998).

Frente al aumento de los conflictos bélicos caracterizados por la xenofobia, el racismo, la intolerancia religiosa y el incremento de la violencia existe a nivel mundial una preocupación por que se respete y se avance en el terreno de los derechos humanos, que se tomen en cuenta los derechos de las minorías y que se reconozca la pluralidad, la pluriétnicidad, asimismo, se busca impulsar la tolerancia como forma de convivencia a expresiones políticas, culturales o religiosas diversas. Todas estas preocupaciones apuntan a que se está conformando un nuevo marco moral basado en el reconocimiento al derecho a

ser diferente sin que ello signifique que se atropellen los derechos de los individuos o grupos por este hecho. Es importante puntualizar que la noción de derechos humanos surge en un contexto de libertad y dentro de un Estado de derecho, hay algunos que no los son. La lucha por los derechos humanos y civiles, el avance de los movimientos feministas y de los procesos de democratización están generando relaciones de poder diferentes entre los distintos actores en el planeta que se expresan en cambios de los marcos jurídicos nacionales e internacionales, impulsados algunos de ellos por acuerdos a nivel mundial, que signan los países en las convenciones, declaraciones, códigos, entre otros.

La creación de un Tribunal Criminal Internacional permanente para juzgar a los acusados de genocidio, crímenes de lesa humanidad y crímenes de guerra aprobado por 120 países en julio de 1998 en Roma, así como la detención de Augusto Pinochet en Londres (aunque no se haya logrado juzgarlo como correspondía) muestran una esperanza para encontrar un orden mundial donde no exista la impunidad, independientemente del país de que se trate, ni del cargo que ocupe quien viole los derechos humanos de sus semejantes. Este indicio de una manera diferente de asumir por todos el castigo por los abusos cometidos permite prever (siendo optimistas y un poco idealistas) a largo plazo la conformación de una identidad solidaridad como seres humanos sin distinción de nacionalidad, razas o credos y alcanzar un *ethos* universal, común.

No obstante este marco moral, aún insuficiente, existen otras contradicciones en el modelo global que crean condiciones desestabilizantes por su propia dinámica y ponen en peligro la paz mundial, como manejo del capital financiero especulativo en la economía internacional. El capital especulativo no tiene límites, su forma de actuar no es un problema de índole económica únicamente, sino moral. La especulación ha adquirido gran importancia; el capital financiero "volátil" con el avance en las telecomunicaciones puede en cuestión de minutos apoyar o hundir la economía de los países, los cracks en las bolsas de valores o mercados financieros cada vez adquieren mayor impacto en el mundo. Los actores sociales como las empresas multinacionales o el capital financiero especulativo son actores decisivos a nivel

macroeconómico en la toma de decisiones. El capital especulativo internacional por sus características no apoya proyectos productivos a mediano o largo plazo.

La gran explosión del capital financiero sin regulación se inicia con Nixon, cuando dismanteló el sistema *Bretton Woods* hace mas de veinte años, desde entonces casi un billón de dólares fluye diariamente en los mercado financieros. Anteriormente el capital financiero se manejaba así, alrededor del 90% se destinaba al comercio y el 10% a especulación, según un reporte de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Comercio y el Desarrollo (UNCTAD por sus siglas en inglés) esta cifra se ha invertido, el resultado es un escaso crecimiento económico bajos salarios y altas ganancias para muy pocos (Chomsky, 1997)

La inestabilidad y la fragilidad de los mercados de valores internacionales se agudizan, porque el objetivo del modelo global es obtener el mayor volumen de ganancias en el menor tiempo posible. Aparece entonces, la necesidad de contener la manera de comportarse del capital financiero, ponerle un freno y orientar los recursos para que apoyen proyectos productivos a mediano y largo plazo. Los gobiernos, los organismos internacionales tanto financieros como políticos tendrían que retomar el control para este tipo de capital, no obstante, por el momento no existe la estructura ni el marco legal, político o ético para oponérsele.

Las naciones pobres son las más vulnerables a los embates especulativos por la fragilidad de sus economías, es difícil para ellas oponerse a que les lleguen recursos aunque sea temporalmente, aún considerando los riesgos que implica dejar entrar y salir capitales, los países ricos tampoco lo han podido impedir. Surgen contradicciones entre los propios planteamientos del modelo económico y lo que sucede realmente. Se exige la liberalización pero se sufren los efectos de la misma, se habla de democracia y unos pocos, los poderosos son quienes deciden ¿cómo se encontrará entonces el equilibrio entre los intereses económicos nacionales y los internacionales? ¿Realmente la globalización con las características del proceso actual es la alternativa que la

humanidad necesita para desarrollarse en paz y con amplio beneficio social?, o ¿se perfila un orden internacional menos justo y más discriminatorio, donde millones de seres humanos son condenados a la marginación? las respuestas las encontraremos a largo plazo.

Por lo pronto solamente estamos señalando algunas contradicciones presentes entre el discurso y los hechos que muestran claramente la dinámica del proceso global.

Disparidad mundial en la toma de decisiones

Para poder participar en la toma de decisiones a nivel mundial se requiere ser una potencia económica o militar (capacidad destructiva con armas nucleares). Los países ricos aglutinados en el Grupo de los Siete se unen para decidir el rumbo económico del mundo, los precios de algunos productos estratégicos, los tipos de cambio de sus monedas, etc. Esta forma de actuar representa un cambio radical en la historia y muestra las tendencias futuras en un proceso de mayor interdependencia mundial. El Consejo de Seguridad Permanente de la ONU, es otro ejemplo de la concertación de los militarmente poderosos en cuestiones bélicas.

Bajo este esquema los países en desarrollo se encuentran marginados de la toma de decisiones, amarrados prácticamente a las decisiones de los ricos por el peso sus deudas. El costo para un país en desarrollo por negarse a pagar la deuda externa o de no cooperar en la lucha contra el narcotráfico o el ambiente siguiendo las políticas y los intereses de los países ricos es muy alto. También son limitadas las iniciativas para lograr acuerdos regionales de cooperación sin el liderazgo de alguna superpotencia, como es el caso de Brasil con el Mercosur en Latinoamérica. Brasil plantea un tratado de libre comercio con los países del Cono Sur que comprenda alianzas económicas, comerciales, políticas o militares, buscar con socios de la región, fuera de los EU. Frente a esta posición EU parece interesado en ir integrándose cada vez más a América Latina, primero con la propuesta de libre comercio de Bush "Empresas para las Américas" que incluía a toda América Latina y más tarde con tratados como el

Tratado de Libre Comercio con América del Norte, para ir incorporando bajo su liderazgo a los países más competitivos de la zona. El Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC) políticamente es un contrapeso para las iniciativas regionales propias de América Latina y un factor para la individualización de las mismas (Lowenthal, 1996).

Revertir el orden mundial entre los países en desarrollo y desarrollados no parece modificarse en el corto o mediano plazo.

Organización del proceso de trabajo

Se presenta una regulación inédita del orden social una transnacionalización creciente de la producción, comercialización y comunicación. Las organizaciones mundiales como la Organización Mundial del Comercio (OMC) que sustituyó al Acuerdo sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT), entre otras muestran el avance y el consenso por establecer formas más homogéneas de funcionamiento y regulación internacionales; lo cual permite crear nuevas relaciones de poder nuevas alianzas y estrategias económicas.

Uno de los cambios más importantes en la globalización es la organización del proceso de trabajo. El trabajo en cadenas de montaje se transforma en sociedad de organizaciones, las empresas líderes trabajan en redes de colaboración con otras empresas, que realizan partes especializadas de la producción (Drucker, 1996). La fortaleza o competitividad de una empresa ya no se basa en que tenga grandes activos o fábricas o que se encuentre diversificada una planta productiva donde laboran ejércitos de trabajadores; las nuevas teorías de la administración señalan que la empresa tiene que centrarse en el logro de sus objetivos, y que éstos deben considerarse necesarios y útiles para la sociedad y no distraerse en otras actividades (Drucker, 1996). Para cubrir sus necesidades puede contratar a otras compañías; por ejemplo una institución educativa por lo único que se debe preocupar es por formar a los estudiantes con calidad, las tareas de vigilancia,

limpieza, etc., necesarias para su funcionamiento pueden ser contratadas a otras compañías que se especialicen en dar estos servicios, así se evita que la institución se distraiga de sus funciones.

Aunque la empresa tiene que considerar su trabajo útil a la sociedad, subyace el propósito de generar ganancias competir eficientemente y sobrevivir, es decir se tiene que ser "la mejor del ramo", capaz de crear mercados, ampliarlos y diversificarlos, desarrollar satisfactores específicos para distintos tipos de clientes, ser capaz de manejar la información y la tecnología de punta, innovar los procesos productivos y generar grandes ganancias en el menor tiempo posible para competir en una lucha a muerte (Drucker, 1996. Reich, 1993).

Dentro de este esquema el conocimiento pasa a ser un recurso fundamental y desplaza a un segundo plano a la tierra, al trabajo y al capital. Pero el conocimiento especializado no produce nada si no se incorpora a una tarea. La sociedad de organizaciones se caracteriza por articular el conocimiento especializado con las tareas específicas, y plantearse cuestiones como la "destrucción creativa". Este concepto elaborado por Joseph Schumpeter se refiere a que la sociedad de organizaciones tiene que estar dispuesta a transformarse constantemente, incluso transformar sus propias creaciones en plazos cortos de 2 a 3 años. Esta dinámica es compleja y difícil de entender y llevar a cabo puesto que entra en conflicto con las relaciones sociales, instituciones y formas de vida tradicionales como la familia, la comunidad y los valores que las sustentan (Drucker, 1996. Reich, 1993).

Bajo esta dinámica de trabajo es necesario mantener una organización plana, articulada, flexible, subcontratar a aquellas fábricas, grupos o empresas que le permitan producir con los mayores márgenes de ganancia y calidad, independientemente de los países donde se encuentren. Por ejemplo los equipos profesionales de hockey sobre hielo se diseñan en Suecia, se financian en Canadá, se arman en USA y Dinamarca. Los equipos se hacen de una aleación que se investigó en USA y se fabrica en Japón. Se establecen entonces redes empresariales, que construye la idea de la "aldea mundial" o

"global" bajo el liderazgo de las empresas multinacionales y la participación activa y subordinada de los gobiernos (Reich, 1993).

Los trabajadores calificados o como ahora se les llama "recursos humanos especializados" son los activos más valiosos del capital. Los conocimientos de estos recursos los hace independientes y competitivos. La inversión en ellos es muy alta; para mantener su lealtad a la empresa no es suficiente un buen salario; la empresa los incorpora como asociados, y los considera iguales. El conocimiento es en este caso un factor democratizador dentro de la organización productiva.

Para las empresas llamadas de "alto valor" la creación creciente para generar ganancias es lo importante y el factor humano es determinante en este proceso. La motivación para asegurar la permanencia de los especialistas es cualitativamente distinta a las de las empresas tradicionales. Sin embargo la masa de trabajadores manuales vive una situación muy distinta, son prácticamente desechables y cualquiera los puede sustituir si ellos no son capaces de producir a bajo costo y con calidad, la empresa puede busca a otros en cualquier lugar del planeta. Muchos trabajadores han tenido que aumentar sus horas de trabajo diversificar sus funciones y reducir sus salarios para no ser despedidos en los EU, no hay seguridad en el trabajo y proliferan las maquiladoras (Chomsky, 1997).

Los sindicatos tradicionales se vuelven un obstáculo para los objetivos de la empresa se acabó el escalafón, los derechos laborales, la antigüedad, etc., el trabajador se encuentra totalmente indefenso frente al capital. El desmantelamiento del sindicalismo es una estrategia de la globalización, que se ha manifestado visiblemente en el mundo como lo veremos en el caso de la educación superior.

Las empresas al contar con fábricas en distintas partes del mundo los movimientos sindicales incluso la huelga pierden efectividad puesto que las empresas pueden mantener su flujo de mercancías. Así se reduce la capacidad

de negociación de los trabajadores y quedan expuestos a un mayor control y subordinación (Chomsky, 1997).

El motor de cambio de la sociedad global proviene de la ciencia, la técnica, las formas de manejar las finanzas y de la manera de producir. La administración participa muy dinámicamente de las sociedad de organizaciones bajo conceptos novedosos como: a) mejoramiento permanente en todos los ámbitos de la empresa, 2) generación de nuevos conocimientos y mejor aplicación de los que se tienen, 3) innovación sistemática para mantener un buen rendimiento y capacidad de adaptación a nuevas necesidades o generación de las mismas.

La Administración

Al transformarse la organización del proceso de trabajo en la producción y los servicios se transforma también la administración así como la visión y el papel del proceso administrativo se habla incluso de una "Revolución de la Administración". Ahora se diseña y planea para un objetivo claro y específico, solamente así se puede conocer su rendimiento y su valor según esta visión. La administración se convierte en una área clave para las nuevas formas de organización de la producción caracterizadas por el trabajo flexible, mayor autonomía y capacidad de decisión multinivel del personal; relaciones menos normadas y burocráticas. El poder no radica en la jerarquía sino en la capacidad de desarrollar redes, el liderazgo surge de quienes pueden identificar los problemas y las soluciones. Los líderes y sus seguidores pueden independizarse y formar una nueva red, lo que significa que las redes son dinámicas y se multiplican rápidamente.

La información es la principal herramienta para el ejecutivo, pero no basta disponer de ella, hay que saber cual información se necesita, como obtenerla y como usarla. Pero sobre todo hacerla útil para la tarea que se desarrolla, es decir para generar ganancia.

El reto es cómo compaginar los datos o la información disponible con la contabilidad. La contabilidad se ha convertido en el área más eficiente, si se combina adecuadamente con la información y la administración para la toma de decisiones.

La Distribución

La distribución adquiere relevancia en la sociedad global: la distribución organizada con base en la información; la información sobre qué y cuándo producir. Qué permite elaborar y llevar los productos justo a tiempo y planear con base al "tiempo real", del fabricante al cliente. Eliminar los tiempos muertos de la mercancía en las bodegas, (los productos no permanecen ni 12 horas en las bodegas) esto ha permitido utilizar los espacios y aumentar las ganancias de productores y distribuidores (Drucker 1996).

La información expedita del mercado directo del consumidor ayuda a complementar y actualizar los costos de manufactura, lo cual da una visión global del proceso producción-consumo que mejora la planeación y elimina pasos y costos innecesarios. Esta planeación permite dejar de lado a una gran cantidad de intermediarios y generar grandes ganancias. La información constituye una herramienta clave en la nueva manera de comerciar lo que sería la "manufactura flexible " producción organizada con base a la información (Drucker, 1996).

Mito y realidad del libre comercio

La globalización se fundamenta en las premisas de que el libre comercio sin barreras es el motor del desarrollo y que el mercado es capaz gracias a la competencia de equilibrar las economías. La única alternativa para cualquier país es eliminar: los subsidios, el proteccionismo, las restricciones arancelarias, abrir las fronteras, favorecer el flujo de capitales y las inversiones extranjeras.

La gran barrera que señalan los economistas favorables a la globalización en la economía de mercado es el proteccionismo, sin embargo autores como Bairoch

señalan que el proteccionismo nació en los EU y fue adoptado por otros países como Gran Bretaña. Esta estrategia permitió a las potencias económicas asegurar grandes ganancias, el más grande mito destaca éste mismo autor es que el libre mercado provee el sendero del desarrollo. Después de la Segunda Guerra Mundial el Pentágono ha sido el principal promotor de subsidios públicos al sector privado por ejemplo, lo que muestra que las fuerzas del mercado no son el estímulo suficiente para favorecer el desarrollo de ciertos sectores. Las empresas que han enfrentado con éxito los estancamientos económicos han recibido fondos de los gobiernos como es el caso de la General Motors o de la Boeing en los EU (Chomsky, 1997).

Existen, otros ejemplos que contrarían la idea de que los subsidios gubernamental son necesarios para el desarrollo de las empresas, tal es el caso de la agricultura en los EU la cual ha recibido subsidios estatales y sin embargo ha contraído y reducido su desarrollo (Chomsky, 1997).

El trasfondo del modelo parece ser que los subsidios públicos apuntalan las ganancias privadas extraordinarias de unos cuantos. Los fondos estatales disponibles provienen de los recortes en los subsidios en salud, educación vivienda que afectan a los sectores más desprotegidos y la conclusión parece ser que los pobres subsidian a los ricos.

Los resultados han sido ricos extremadamente ricos para quienes existe una gran cantidad de concesiones y un aumento de la pobreza para la mayoría. De acuerdo con los datos anteriormente expuestos la globalización solamente favorece a un 20 % o menos de la población ¿que sucede entonces con el resto? la respuesta es simple y brutal están fuera de los beneficios del modelo económico y lo dramático es que tampoco se ha creado una alternativa para ellos; sus condiciones son exclusivamente de sobrevivencia. Autores como Flores Olea y Mariña Flores, proponen una mundialización basada en principios de solidaridad y justicia, el problema es como aterrizar una propuesta como esa frente a tanta inequidad (Flores Olea, 1999).

Chomsky señala que el neolinberalismo es un régimen totalitario que pretende imponer un modelo único bajo principios contradictorios que presenta como verdades incuestionables como el libre comercio, ejemplo de ello es que los países que han seguido al pie de la letra los designios del BM tampoco han tenido el éxito económico que se esperaba.

El paradigma del consumidor.

Nuevas categoría sociales aparecen para la organización y funcionamiento de los servicios, entre ellos los que el Estado ofrece. En el caso del consumidor el paradigma es particularmente importante para las profesiones liberales y de servicios, como la odontología.

El cliente surge no solamente como actor, ocupa un lugar determinante para la planificación y el control de calidad de productos y servicios y como centro de las reformas del Estado para algunos países (Crozier, 1995. Kilisberg, 1994).

Lo novedoso del paradigma del consumidor es que le confiere poder al público al colocarlo en el centro de la reforma. Este cambio en Gran Bretaña se refleja en La Carta del Ciudadano propuesta por Major en 92, donde propone que el ciudadano vigile los servicios públicos y que su intervención sirva para tomar decisiones. Asimismo para velar el uso adecuado de los recursos públicos y para que la prestación de servicios sea eficiente, ya que el contribuyente es también consumidor. Sin embargo, a pesar de la buenas intenciones expresadas en el documento se presentan limitaciones operativas puesto que no existe una cultura ciudadana participativa, sobre todo en los países en desarrollo, el ser ciudadano significa ejercer derechos y asumir obligaciones (Kilisberg, 1994).

Algunos autores consideran que el paradigma del cliente en la reforma del Estado significa "reinventar el gobierno", eliminar la corrupción y buscar recuperar la credibilidad del mismo, descentralizarlo, organizarlo en redes y no como pirámide, capacitar al personal a hacer los procedimientos mas rápidos y expeditos dentro del gobierno, permitir una organización flexible, revalorizar al

personal y sus funciones mejorar sus ingresos, y borrar las diferencias salariales entre ellos. Centrar la acción del gobierno en el ciudadano, significa volverse un "Estado inteligente" (Crozier, 1995).

La población espera ser mejor atendida puesto que la reforma del gobierno y la falta de legitimidad ocasionada por los ajustes requieren que los servicios a cargo de aquel sean los que ella necesita. La descentralización aparece como parte de la estrategia administrativa y como propuesta de los gobiernos de casi todos los países, su propósito es dar mayor autonomía a los estados o regiones en el uso de sus recursos y en la toma de decisiones.

La descentralización rompe con el esquema administrativo anterior, vertical, centralizado, rígido y altamente normado. Sin embargo a pesar que este enfoque administrativo representa un avance existen en la práctica dificultades para adaptarse a él, porque es una manera diferente de ejercer el poder (Crozier, 1995).

Para mejorar los servicios de salud bajo este paradigma, el paciente se transforma en cliente, usuario o consumidor. Los derechos de los enfermos se vuelven centrales para la atención médica. Cuando se habla de calidad de la atención se menciona como un componente fundamental la satisfacción del cliente o consumidor, la cual solamente se puede lograr si se incorporan las expectativas de este en la planeación y desempeño de los servicios médicos y dentales.

Para mejorar la calidad de la atención a la salud se incorporan nuevos elementos a las normativas de sanitarias, mecanismos para evaluar los servicios, como el consentimiento informado, se desarrollan los comités de ética en los hospitales no únicamente para vigilar la investigación biomédica sino para tomar decisiones sobre la atención de los pacientes y el comportamiento de los médicos y personal de salud.

La educación en la sociedad global

Dentro de este contexto la educación como en cualquier proyecto de desarrollo tiene un papel fundamental para el modelo económico. Así las instituciones de educación básica y superior son las que primero entran en la lógica de la modernización.

El conocimiento en la sociedad global se vuelve un elemento clave para el logro de los objetivos y las tareas de las empresas así como para el mejoramiento de la sociedad. El "capital humano" adquiere una importancia fundamental para obtener ganancias. Invertir en capacitación se vuelve redituable, la educación de adultos es fundamental para las empresas privadas o públicas, pero hay que cambiar la orientación de la educación de acuerdo a las necesidades del mercado.

Durante la primera Conferencia del Banco Mundial sobre el Desarrollo en AL y el Caribe se señaló que uno de los principales obstáculos para que la región alcanzara niveles de desarrollo aceptables era la insuficiente formación de capital humano y que la única manera de revertir esta situación era haciendo fuertes inversiones en educación ya que la fuerza de trabajo analfabeta funcional continuaba creciendo (Banco Mundial, 1993).²

La UNESCO ha identificado a nivel internacional los obstáculos que se presentan para que la educación tenga el impacto esperado en la población. Entre ellos destacan el acceso y el analfabetismo, la calidad con equidad, la relación entre educación y empleo, la necesidad de cambios curriculares y los métodos de enseñanza.

La UNESCO ha identificado problemas urgentes que atender a nivel educativo para los cuales se han diseñado estrategias y acciones como: a) el acceso a la educación y superación del analfabetismo, b) educación de calidad con

²La OCDE ha establecido para evaluar las destrezas de la alfabetización en tres esferas: a) alfabetización de prosa, que analiza la comprensión y utilización de textos impresos incluidos artículos y poemas, este nivel refleja nivel muy bajo. b) alfabetización de documentos, los conocimientos y aptitudes requeridas para utilizar información de diferentes formatos, gráficos c) alfabetización cuantitativa, que se refiere a la aplicación cuantitativa para aplicar secuencias aritméticas. Estos dos últimos niveles muestran habilidades más complejas(OCDE, 1997).

equidad para todos a lo largo de la vida, c) educación como tarea de todos, d) educación como derecho humano para la paz, la tolerancia y la democracia e) Investigación e información para la toma de decisiones (UNESCOa, 1998).

Acceso a la educación y analfabetismo

Aunque se reconozca que la educación es un factor básico para el progreso de los individuos y comunidades y un derecho fundamental de los individuos; y los organismos internacionales junto con los países se propusieron como meta para el año 2000 el acceso universal a la educación básica y que el 80% de los niños en edad escolar completen la primaria, todavía existen en los países en desarrollo 130 millones de niños que no cursan la primaria (UNESCOb, 1998).

Al principio de los noventa la población matriculada en los cuatro niveles educativos en AL era de 113 millones, la cual se distribuía de la siguiente manera: 9 % en educación preescolar, 73 millones el 65% cursaban educación básica, 22.6 millones el 20% estaban en la secundaria, 6 millones el 6% en la educación superior (UNESCO, 1996). De acuerdo con ese mismo informe un alumno en promedio cursaba 4.2 años y las instituciones educativas no podían retenerlo. La educación pública atendía fundamentalmente el nivel básico.

El acceso a la educación es un primer paso para superar el analfabetismo que sigue siendo un factor de atraso para personas, comunidades y países (UNESCO, 1996). No obstante el avance que ha habido a nivel mundial en cuanto a acceso a la educación el panorama mundial indica que casi una cuarta parte de la población es analfabeta, de los 855 millones de adultos que no saben leer ni escribir se encuentran básicamente en los países en desarrollo, y de estos dos terceras partes son mujeres (UNESCO, 1996)

Todavía existen en el mundo millones de criaturas que no han ido nunca a la escuela; en América Latina y el Caribe el 11% y 10%, de niños y niñas respectivamente están en ésta situación. En los países en desarrollo el 90% de los escolares que comienzan sus estudios de primaria, solamente el 25% la concluyen (UNICEF, 1998).

El acceso a la educación y superación del analfabetismo son problemas de origen estructural ligados a factores económicos, étnicos, pobreza, lugar de residencia, aunque se ha avanzado en aspectos tales como el acceso igualitario de jóvenes menores de 25 años a la educación y haya mejorado la participación de las mujeres en los diferentes niveles educativos en algunos países. En el Caribe las tasas de participación de las mujeres se han invertido, son ellas las que están participando en mayor medida en la educación (UNESCO, 1996).

El problema del acceso se incrementa notablemente cuando se conjugan varios de los factores señalados como pobreza y marginación. Las más afectadas son las mujeres indígenas que viven en el campo; por ejemplo en Haití y Guatemala las tasas de analfabetismo femenino alcanzan el 52.6% y el 52.9% y constituyen las más altas de la región. En suma son los grupos más desprotegidos del medio rural quienes tienen menores posibilidades de enfrentar con éxito la tarea educativa (UNESCO 1996).

Algunos países entre ellos México han implementado programas puntuales focalizados como el de Programa de Instructores Comunitarios, el de Chile de las 900 escuelas, el EDUCO en el Salvador o Escuela Nueva en Colombia pero estos no modifican en nada las condiciones que determinan el escaso acceso a la educación de sectores mayoritarios de la población (UNESCO, 1996)

La alfabetización se considera un factor determinante para que el individuo pueda tener opciones u oportunidades vitales. La alfabetización se refiere a la competencia de los individuos para leer y mantenerse al tanto en una sociedad competitiva, en rápida evolución donde el conocimiento es determinante. Según la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) la alfabetización es un "un continuo de niveles de destrezas que indicaban el uso que hacían los adultos de la información escrita para funcionar en la sociedad"(ONU, 1998:24).

La posibilidad de que la mayoría de la población menos favorecida tenga acceso a la educación se vuelve remota por la creciente pobreza y el incremento de la privatización educativa en AL la proporción de la educación privada ha alcanzado el 50 % en la educación superior. Lo cual implica elitización e individuación de la misma.

Aunado a lo anterior la tendencia de incorporar en las IES estándares curriculares de eficiencia competitividad y evaluación del primer mundo en AL restringe aún más el acceso de estudiantes a la educación sobre todo de aquéllos que no tienen recursos materiales e intelectuales. Los procesos de selección de estudiantes se vuelven más estrictos y son una barrera real para un sector importante de la población.

Autores como Dieterich afirman que eficientar las formas y contenidos de la enseñanza desde la primaria hasta el posgrado son medios de dominación de los países desarrollados (Dieterich, 1997)

En este sentido las Instituciones Educativas podrían diseñar otras estrategias para el aprendizaje volver más flexibles sus currícula, fomentar el trabajo grupal, en equipo colaborativo y apostarle a otra manera de enseñar.

Calidad educativa con equidad

Otro problema urgente a resolver es el de la calidad educativa con equidad. Generalmente existen diferencias entre las escuelas públicas y las privadas, entre las urbanas, urbano marginales y rurales. Según la UNESCO los puntajes de medición de logros de aprendizaje en los estudiantes de educación básica oficial alcanzan el 50% mientras que en la educación privada son del 100%. Este dato es significativo si añadimos factores tales como el tipo de instalaciones físicas con que cuentan las escuelas, el perfil de los docentes, que en el caso de las escuelas rurales o urbano marginales no han completado su formación y los bajos salarios de los mismos los resultados en cuanto a inequidad son desastrosos (UNESCO, 1998).

La equidad en la educación es uno de los principios relegados mientras se mantengan las desigualdades sociales. Esta situación difícilmente se modificará aunque se destinen mayores recursos a la educación. La equidad como mencionamos es un factor estructural y el presupuesto que se destine a educación no logra borrar las injustas diferencias por más programas puntuales que se echen andar.

Otro factor preocupante a nivel educativo son las diferencias existentes en el gasto en educación entre los países ricos y los pobres, en los sesentas se invertía catorce veces más por alumno en los países desarrollados que en los no desarrollados, en los ochentas esta diferencia aumentó a cincuenta veces (Dieterich, 1997. Martínez Rizo, 2000).

Es importante señalar que además de las diferencias estructurales de los escolares, existen diferencias individuales que tampoco son afrontadas por los sistemas educativos, donde se privilegia el nivel de la mayoría. En este sentido se ha observado que los recursos didácticos y metodológicos no se orientan a cubrir las diferencias, los currícula tampoco, lo cual tiene impacto en la inequidad.

Situación de la educación superior

La educación superior (ES) es resultado del sistema social y educativo, de éste es su último eslabón. Las tendencias mundiales en este tema apuntan a que la ES sea accesible, de calidad, con equidad, flexible, orientada hacia el empleo, especializada, con salidas intermedias, diversificación de la oferta educativa y un proceso para toda la vida. Además, considera de manera importante la incorporación de la tecnología en el proceso educativo.

En América Latina los sesentas y setentas se caracterizaron por un incremento de la ES, mientras que en los ochentas la matrícula se redujo como consecuencia de la crisis económica que ya se mencionaron. Sin embargo en los noventas nuevamente se está ampliando la demanda y la oferta de educación superior en el Continente (Tünnermann, 1996).

No obstante estas nuevas propuestas, la situación de la educación superior en AL tenía problemas estructurales como la baja calidad de la enseñanza a todos niveles, el acceso limitado a la ES, la concentración de la demanda en carreras con mercados de trabajo saturados, el escaso entrenamiento en investigación, modelos pedagógicos tradicionales, por mencionar algunos (Ruiz, 1997. Bobadilla, 1997. Tünnermann, 1996. Martínez Rizo, 2000).

El acceso a la ES ha ido mejorando debido a varios factores, uno es la recuperación económica que ha tenido la región (muy limitada), la proliferación de instituciones educativas y la ampliación y diversificación de las públicas (escasa todavía). En este sentido existen distancias importantes entre la cobertura educativa entre los países ricos y pobres. Canadá y USA contaban en los noventas con una tasa bruta de inscripción de 70.4 mientras que AL tenía en ese mismo período una de 18.7 (Martínez Rizo, 2000), esta situación ha ido mejorando, aunque todavía existen diferencias abismales entre países desarrollados y no desarrollados.

Otra diferencia importante en el mundo en el terreno educativo es el fomento a la investigación; en los países desarrollados se destina en promedio un porcentaje de 2.5 a 3.6 del PIB a esta tarea, mientras que en México por ejemplo es solamente el .4% del PIB (Martínez Rizo, 2000).

Si bien la educación puede ser un instrumento para la competencia y la vinculación entre los países las desigualdades que se mantienen en términos de recursos y calidad son prácticamente insuperables esto marca diferencias importantes de desarrollo e independencia tecnológicas; así como en la movilidad de los profesionales entre los países que tienen tratados comerciales.

Educación y empleo

Existen contradicciones entre la propuesta educativa y las necesidades de formación del recurso humano para el empleo. Las perspectivas de desarrollo

del empleo muestran que no habrá trabajo para la población educada si se mantiene la actual dinámica del modelo económico. Según el economista J. A. Eisenach gracias a los avances tecnológicos las tendencias de empleo serán: reducidas en manufactura, menores en empleos de conocimiento y mayores en servicios. En el siglo XXI el 70% de los puestos de trabajo en los EU por ejemplo no requerirán de personal con educación superior de acuerdo con la *Mobil Corporation* (citado por Dieterich 1997:109).

Es importante considerar que el desempleo es uno de los resultados más lacerantes y socialmente frustrantes del modelo económico. Frente al discurso educativo como competencia y medio para conseguir un trabajo bien remunerado. Los miembros de la OCDE consideran que el desempleo atenta incluso con los procesos democráticos y pone en entredicho las virtudes del sistema. El desempleo es un problema importante aún en los países ricos para el cual no se prevé solución a corto y mediano plazo (OCDE, 1995).

Recursos, métodos de enseñanza y currículum

La OCDE señala en su informe que las deficiencias curriculares son otro de los problemas en la educación, puesto que éstas no facilitan que el alumno reflexione sobre su realidad y use los conocimientos previos, los programas de enseñanza aprendizaje no rescatan los conocimientos populares ni la tradición oral (UNESCO, 1996)

La UNESCO señalan que sería importante para revertir esta situación buscar apoyos didácticos y pedagógicos innovadores, modificar el papel del profesor y privilegiar una educación orientada a la reflexión y la crítica constructiva y superar la educación frontal, repetitiva, escolástica que ha prevalecido y que no ha redituado los resultados esperados sobre todo en sociedades altamente desiguales y competitivas. Independientemente de los factores estructurales que limitan la equidad en la educación es posible modificar la planeación y la organización del trabajo docente para cualquier institución educativa. Pero se requiere de imaginación, conocimientos y un compromiso moral para

transformar la tarea educativa sobre todo cuando hay una gran inercia para no hacerlo (UNESCO; 1996).

Cambios valorativos de la educación y nuevas demandas. La educación como derecho humano para la paz, la tolerancia y la democracia.

La educación desde la perspectiva internacional esta preocupada por formar personas³. Formar personas no es una tarea fácil y formarlas de una manera integral para desarrollar sus distintas capacidades, en un contexto de respeto a sus derechos, tolerancia y solidaridad menos.

Una preocupación fundamental es la de crear una cultura de la paz y no de guerra como la que prevalece actualmente; así como, fomentar el entendimiento como forma de convivencia para solucionar los problemas. La educación bajo esta perceptiva es un medio idóneo para introyectan conocimientos y valores sociales; fomentan actitudes positivas (aquellas que la sociedad ha definido como buenas) y formas de relación para la convivencia armónica. Sin embargo una educación con esas características va más allá de las aulas, e involucra a la sociedad en su conjunto a los medios de comunicación; quienes han contribuido a presentar la violencia como la única manera de superar las diferencias entre naciones, como lo muestra la guerra contra Irak.

Crear una cultura para la paz rompe de tajo con el mensaje agresivo y reiterado de estos valores sociales que abiertamente se manejan, por ejemplo el asesinato sistemático contra luchadores sociales por la paz como Martin Lúther King, Gandhi, por mencionar algunos. Aquí se manifiesta abiertamente que quien quiera luchar en contra de la corriente lo paga con su vida y que la manera de sobrevivir en esta cultura es mediante la corrupción (como medio de éxito económico y reconocimiento social). Entonces ¿cómo se pueden infundir valores de honestidad servicio solidaridad cuando se destaca que para ser el mejor hay que acabar con la competencia y mediante una lucha a muerte?.

³Ser persona significa tener autonomía, recursos vitales, opciones y capacidad de decisión.

Se requiere de un esfuerzo social y moral mayúsculo para modificar esta situación por parte de la sociedad en su conjunto.

Surge la necesidad de incorporar en la educación temas como los: los derechos humanos, la ética, la paz, la democracia, la salud (incluida la educación sexual, la prevención de la drogadicción y la fármaco dependencia y del sida), el cuidado del medio ambiente, la igualdad entre géneros, la conformación de un consumidor consciente, la vialidad, el uso de la informática y los medios electrónicos, temas todos que impactan la calidad de vida y la participación ciudadana. Estas nuevas demandas necesariamente tendrán que dar una orientación curricular distinta y un nuevo marco moral a la educación. Sin embargo, los cambios no pueden ser inmediatos y existe una lucha, al menos en México, para que aspectos como la educación sexual no se aborde de una manera clara durante la educación básica por parte de algunos grupos de padres de familia. Asimismo la participación de la Iglesia en la tarea educativa limita la implementación de los temas sobre la sexualidad.

A pesar de que las demandas sociales sobre la educación son claras y urgentes, existen pugnas e intereses distintos entre los actores sociales encargados de la educación que dificultan los cambios necesarios en la formación de los recursos humanos. Sobre todo aquellos que modifican ciertas formas de vida y la visión del mundo.

La salud en la globalización

La salud es uno de los principales indicadores del grado de desarrollo de los países, los índices epidemiológicos muestran las condiciones de vida y de salud de la población. Así, en un modelo económico que concentra la riqueza en unos pocos e incrementa la pobreza en la mayoría refleja esta situación en el perfil socio epidemiológico. En México se presenta una situación sanitaria conocida como la transición epidemiológica la cual se caracteriza por la presencia de dos condiciones de salud: una correspondiente a una sociedad industrializada y urbana de enfermedades crónico degenerativas y

cardiovasculares, la otra por enfermedades de la pobreza asociadas a la desnutrición, la carencia de servicios médico asistenciales, y otros satisfactores esenciales, cuya expresión son las enfermedades infectocontagiosas y de la reproducción. No obstante, no todos los autores están de acuerdo con el concepto de la transición epidemiológica, y hablan de una “polarización epidemiológica” en donde los más pobres aumentan los factores de riesgo, disminuyendo sus salud, mientras que los ricos tienen acceso cada vez mayor a los adelantos médicos y tecnológicos.

Aunado a lo anterior el deterioro ambiental del planeta y el uso de sustancias riesgosas en productos como los alimentos o de limpieza aumentan los riesgos de daños a la salud. El acceso precario de grandes sectores sociales a los satisfactores esenciales entre ellos los servicios de salud también tiene un impacto negativo en ésta.

El incremento de la pobreza y sus consecuencias: la malnutrición, el alcoholismo, la migración campo ciudad y la falta de atención médica, han traído como consecuencia que enfermedades como la tuberculosis vayan en aumento en el planeta. Desde el punto de vista médico las personas que tienen más riesgo de adquirir la enfermedad son aquellas con problemas respiratorios, los desnutridos, los fumadores, los diabéticos y los inmunocomprometidos.

Enfermedades como el cólera supuestamente restringida a unas cuantas áreas geográficas se han convertido en pandemias, Según el Director de la Organización Panamericana de la Salud el cólera resurge por el deterioro higiénico sanitario de la región y se requiere una inversión de 200 millones de dólares para revertir la situación epidemiológica a los niveles que tenía en la década en los sesentas (citado por Dieterich, 1997:173).

El surgimiento de nuevas epidemias como el sida, y el uso generalizado de drogas como el tabaco, el alcohol, los fármacos y otras sustancias constituyen retos no resueltos en el mundo. El aumento de la esperanza de vida al nacer y por tanto el mayor número de años que vive la población a nivel mundial está

cambiando el perfil epidemiológico, por el incremento de enfermedades crónicas degenerativas en grupos poblacionales cada vez mayores.

Si bien la salud es uno de los indicadores más importantes del bienestar humano y de las condiciones de vida y de desarrollo económico, algunos de estos indicadores son más sensibles como: la mortalidad infantil y materna, puesto que se considera que la mayoría de estas muertes son atribuibles a causas evitables (Mora, 1994).

Según la UNICEF en los países en desarrollo mueren anualmente casi 12 millones de menores de 5 años, aproximadamente 23 mil por día por enfermedades prevenibles. Las principales causas de mortalidad en menores de 5 años, que es un grupo de alto riesgo son: las infecciones de vías respiratorias entre ellas las infecciones respiratorias agudas (IRAS) que alcanzan una mortalidad de 2.2 millones; las enfermedades diarreicas suman también 2.2 millones; las complicaciones perinatales llegan a afectar a 2.1 millones; las enfermedades no contagiosas (incluyendo los problemas cardiovasculares, el asma y los problemas digestivos no infecciosos) cobran 1.2 millones de vidas; el sarampión 0.8 millones, la difteria, tosferina, tétanos y poliomielitis 0.7 millones, otras enfermedades contagiosas (sida y tuberculosis) 0.7 millones, lesiones 0.7 millones, paludismo 0.6 millones y otras causas 0.4 millones. En suma para los países menos desarrollados la tasa de mortalidad en menores de 5 años alcanza los 171 por 1000 nacidos vivos, tasa 25 veces superior a la existente en países desarrollados (UNICEF, 1998).

Como se puede observar aproximadamente la mitad de las causas de muerte se deben a enfermedades estrechamente relacionadas con la nutrición, la disponibilidad de servicios como agua potable y la atención médica oportuna. Se calcula que unos 183 millones de menores de 5 años en el mundo tienen peso moderado o gravemente menor al que les corresponde por su edad. Aproximadamente 2000 millones de personas sobre todo mujeres y niños sufren problemas por no consumir micronutrientes como vitamina A, yodo o hierro (UNICEF, 1998).

En cuanto a la mortalidad materna 585 mil mujeres mueren anualmente durante el embarazo o el parto, 300 mil viven con incapacidades por complicaciones durante el embarazo o alumbramiento. El 99% de las muertes por dichas causas ocurren en los países en desarrollo. Las probabilidades de morir por la maternidad es una en trece mujeres en África, una en 215 en América y una en 3,200 en Europa Occidental (UNICEF, 1998).

Ante esta situación existen propuestas internacionales sobre la manera de enfocar las políticas de salud: unas provenientes de los organismos financieros internacionales FMI y BM y otras de instituciones como la OMS, UNICEF, quienes coinciden en reconocer que la salud es consecuencia de factores estructurales como las condiciones de vida, que la pobreza impacta directamente la salud, que el trabajo de las mujeres es determinante en el cuidado de la salud familiar y de la salud reproductiva, que la educación sobre todo de las mujeres tiene impacto en el bienestar familiar y que muchas enfermedades pueden prevenirse si se modifican estilos de vida, se cuida el medio ambiente y se tiene acceso a los servicios de salud (Banco Mundial, 1993).

Otros puntos donde coinciden dichos organismos es el énfasis que se da al hogar, al autocuidado y al entorno ambiental en la producción de la enfermedad o la prevención de la salud, así mismo la importancia en las acciones de educación y promoción de la salud.

El BM señala que debe haber cuatro niveles de atención, el hospital especializado, el hospital de distrito, el centro de salud, las clínicas familiares y el hogar; que la mayor atención debe darse en los primeros niveles y decrecer en los hospitales. La incorporación de la población en el cuidado de la salud y la definición del hogar como el lugar privilegiado de atención y prevención de la salud son uno de los aspectos positivos de la estrategia institucional internacional. Sin embargo, el peso del cuidado de la salud no se distribuye equitativamente entre toda la población son las mujeres quienes participan más ampliamente. Y aunque políticamente este reconocimiento es positivo para las mujeres puesto que se derivan políticas para incrementar la escolaridad de

ellas, mayores oportunidades de trabajo, igualdad de salarios, leyes contra la violencia familiar, etc. lo cierto es que las mujeres absorben con su trabajo el peso de la crisis en el hogar (Banco Mundial, 1993). En el cuidado de la salud lo privado y lo público se desdibujan. El trabajo de las instituciones de salud se apoya en el trabajo genérico de las mujeres, las políticas para mejorar su condición son para que ellas desarrollen con mayor efectividad su rol como madres y cuidadoras y que utilicen adecuadamente los servicios de salud. La intervención oportuna cotidiana e informada de las mujeres en el hogar representa un ahorro para el sistema sanitario.

Al analizar la salud y la educación como factores interdependientes resultado de los factores estructurales, las políticas estatales derivadas para la atención de ellos presentan grandes similitudes, ambas están preocupadas por: el acceso universal con equidad, la calidad con eficacia, abrir la participación social. Esto se presenta bajo el planteamiento de que la salud y la educación son derechos humanos sin los cuales y no puede haber desarrollo social.

La OMS señala que las reformas al sistema sanitario tienen que mantener los objetivos del sector salud que son:

- 1.-equidad, destinar mayor presupuesto y facilitar el acceso a quienes presentan mayores carencias y se encuentran en condiciones de mayor desventaja social.

- 2.-calidad, brindar tratamientos efectivos y dar un trato satisfactorio al consumidor de los servicios.

- 3.-eficiencia, contempla varios aspectos primero que la distribución de los recursos tenga los mas altos rendimientos, que se cuente con una administración efectiva, y que las acciones de salud sean aplicadas con eficiencia técnica bajo costo y alto beneficio (Madrid, 1998).

La OMS propone que para lograr estos objetivos se requiere de los llamados factores habilitantes tales como: la solidaridad, la participación social, el financiamiento adecuado, el costo efectividad significativos, para que mejore el acceso, la eficiencia y el uso racional de los recursos. Elementos esenciales

para que estos los factores habilitantes realmente contribuyan al funcionamiento y calidad de los sistemas sanitarios serían la transparencia en el uso de los recursos, la elección y la competencia; por lo tanto se requeriría controles y legislaciones efectivas (Madrid, 1998); es decir una reforma integral a los sistemas de salud. El Estado en este caso sería el regulador de la reforma y quien establecería normatividades técnicas para el ejercicio profesional, los prestadores de servicios, la industria farmacéutica, etc.

Por otro lado, las propuestas de organismos como el Banco Mundial, aunque coinciden en algunos aspectos con los de la OMS difiere en el enfoque. En el Informe sobre el Desarrollo Mundial (BM, 1993) donde aparece puntualizada la estrategia "Invertir en Salud" se explicita la manera cómo los países en desarrollo (bajo o mediano) pueden afrontar la atención médica de una manera redituable, con la participación de compañías privadas sobre todo en el segundo y tercer nivel de atención. Se pretende dejar al Estado la responsabilidad de atender solamente las necesidades básicas de salud (vacunas, planificación familiar, atención perinatal etc.) acciones de bajo costo y alto impacto, dirigidas a sectores sin capacidad de pago que puedan paliar la pobreza.

Mientras que la atención para los sectores con capacidad de compra de acuerdo con el BM tendrían que financiarse con los seguros médicos privados, donde el cliente puede elegir. Según este organismo la atención en los servicios públicos ha sido de mala calidad lo cual ha creado desconfianza de los usuarios, por eso proponen volver los ojos a la medicina privada.

El derecho a la salud bajo esta perspectiva es un asunto individual y privado que tendría que solucionarse con la compra de servicios en un mercado competitivo mediante los seguros médicos privados individuales y colectivos. La cobertura de salud como derecho social queda restringida como señalamos a acciones poco redituables para las empresas privadas pero significativas para justificar ideológicamente la acción estatal.

La Salud bucal

Aunque existe acuerdo de que la salud bucal es un componente fundamental de la salud y de que no pueden separarse (OMS, 1994), la manera como se abordar el cuidado de la boca muestra una brecha entre el planteamiento y la realidad. La salud bucal, no se contempla como prioridad, hasta hace muy poco tiempo en México, la atención odontológica se considera parte de las acciones básicas de salud, por ejemplo (Ley General de Salud. 1997). La atención bucodental ha estado a cargo de la práctica privada. Mientras que los servicios institucional se han restringido prácticamente a las urgencias.

A nivel internacional existe el interés de que los países implementen políticas para adicionar fluoruros al agua o la sal de consumo para prevenir la caries dental, y que se incrementen las acciones de promoción y educación para la salud como parte de la atención odontológica (OMS, 1994).

Según la OMS casi un tercio de la población en los países en desarrollo, unas 1300 millones de personas requieren alivio del dolor bucodental por lo menos unas tres veces en su vida, los otros dos tercios restantes aproximadamente 2400 millones de personas necesitan unas cinco extracciones (OMS, 1994). En el medio rural donde no hay acceso a la atención odontológica la población presenta dolores dentales durante toda su vida, lo cual impacta negativamente su calidad de vida y no favorece una cultura de la conservación de los dientes.

Si uno de los principales problemas es el acceso a la atención médica en el caso de la atención odontológica la situación se vuelve más grave, puesto que no solamente se requieren personas especializado, sino agua, instrumental, luz, equipo, materiales (no siempre de bajo costo) para realizar actividades curativas.

El enfoque sobre la atención de la salud bucal se ha ido modificando, ahora se considera un indicador positivo de salud el número de dientes sanos presentes en la boca. Bajo este enfoque la práctica tendría que transformar su orientación de una práctica mutilatoria enfocada a la enfermedad a una práctica preventiva y conservadora preocupada por mantener la salud. El cambio parece que se

está llevando a cabo; por ejemplo, para la Comunidad Europea el impacto del quehacer profesional se mide por el número de dientes sanos presentes, más que con el número de obturaciones o extracciones (a veces innecesarias) colocadas (Congreso de la International Dental Federation, FDI, Barcelona, 1997).

Por otro lado hay que considerar que las enfermedades se modifican con el desarrollo social, por ejemplo, el perfil epidemiológico de la caries esta cambiando a nivel mundial. En EU la caries dental en los escolares se ha reducido en un 50% en los últimos 20 años; de acuerdo con la Base de Datos de Saludo Oral de la OMS, en 1980 el índice de caries (CPOD, dientes cariados, perdidos y obturados) era de 3 dientes afectados en niños de 12 años, en el 50% de unos 173 países; mientras que en el 2000, para la misma condición, el 68% de unos 187 países sus niños presentaron menos de 3 dientes afectados por caries. Tener caries en 3 dientes o menos a los 12 años se considera una situación de salud muy aceptable. La *Internacional Dental Federation* (FDI) la propuso como meta para el año 2000 (Petersen, 2003:8). Aunque la reducción de caries es una tendencia a nivel mundial por el uso de fluoruros, los cambios en las condiciones de vida y el autocuidado. Los países menos desarrollados que en los sesentas presentaban una menor prevalencia de la enfermedad frente a los ricos, que entonces tenían una alta o muy alta prevalencia (5 a 7 dientes afectados, y más de 8 a los 12 años); ésta situación se invirtió en las siguientes décadas, sin embargo los países en desarrollo no han logrado reducir la incidencia de caries a los niveles que lo hicieron los desarrollados en el mismo período de tiempo. América Latina actualmente es una de las regiones que tiene altos índices de caries a nivel mundial (Jong, 1988. Petersen, 2003).

Con el aumento de la edad de la población el manejo odontológico de enfermos involucrados sistemicamente se vuelve más complejo y costoso; se calcula que la población mayor de 65 años ha aumentado a un 13.5% a nivel mundial y que alcanzará el 24.7% hacia 2050 (FUNAP, 1998). Un buen número de enfermedades crónicas tienen manifestaciones orales que impactan el estilo de vida de esta población, la dieta tiene efectos en la producción de caries y ne la

enfermedad periodontal, ambas son responsables de la pérdida prematura de dientes (Petersen, 2003)

El sida en el mundo afecta a 30.6 millones de personas, y aparecen 16 mil casos cada día, el 90% de los infectados viven en los países menos desarrollados. A nivel mundial se estima que el 50% de las nuevas infecciones de sida se producen en jóvenes entre 10 y 24 años, cada minuto cinco personas de este grupo adquieren la enfermedad (Valdespino, 1992). El sida presenta manifestaciones orales importantes como leucoplasia, úlceras, gingivitis (inflamación de las encías) y sarcoma de Kaposi (un tipo de cáncer) entre otras afecciones. Por tanto requieren estos pacientes un tratamiento especializado, cuidadoso y a veces recurrente.

En México se han reportado 35,119 casos de sida, la enfermedad se presenta en un 86 % en hombres y en el 14% a mujeres, la población mas afectada es joven entre 15 y 44 años (La Jornada, Letras 6 de agosto,1998).

Por lo expresado anteriormente la atención a la salud bucal es una necesidad urgente e impostergable en el mundo, situación que tiene que ser considerada en la formación de los odontólogos; si bien la responsabilidad de estos profesionistas es limitada dentro de un orden mundial tan injusto, tampoco se puede dejar de lado la lucha por mejorar la salud de la población como parte del compromiso social de los profesionales y de las IES.

1.-Tendencias en el mundo global

De acuerdo a lo expuesto en el desarrollo del presente capítulo, trataremos de resumir cuales serían las tendencias que se desprenden del proceso global de una manera esquemática.

Transformaciones a nivel macrosocial

1.1-Cambios en las relaciones internacionales por una mayor vinculación económica entre los países

1.2.-Transformación del papel de los Estados nacionales de benefactores a rectores del desarrollo social.

1.3.-Reducción de la intervención estatal en acciones de beneficio social.

1.4.-Incremento de la participación de la sociedad civil en las tareas sociales y en la regulación y vigilancia de las políticas y servicios estatales

1.5.-Impulso de reformas del Estado de acuerdo con el modelo global.

1.6.-Incremento de la participación del capital especulativo en la economía mundial

1.7.-Aumento de la brecha entre pobres y ricos

1.8.-Acuerdos regionales comerciales

1.9.-Incremento del número de pobres

1.10.-Mayor regulación económica y social

1.11.-A nivel de discurso nuevos paradigmas están orientando el desarrollo con rostro humano

1.12.-Existe una creciente preocupación y vigilancia internacionales por el respeto a los derechos humanos

1.13.-Se transforma el papel del consumidor de servicios, de agente pasivo a supervisor y vigilante de los mismos

1.14.-La democracia aparece como el medio para equilibrar la sociedad y el ejercicio del poder

2.-En la educación superior

2.1.-Ampliación del acceso de la población a la educación superior

2.2.-Mayor preocupación por mejorar la calidad de la enseñanza

2.3.-Implementación de sistemas de evaluación

2.4.-Mayor vinculación entre mercado y universidades

2.5.-Incremento en la especialización

2.6.-Diversidad y flexibilidad de los programas educativos

2.7.-Aumento de la participación de la mujer

2.8.-Se mantienen las desigualdades entre la educación de los países ricos y pobres

2.9.-Se mantiene y profundiza la dependencia tecnológica y científica entre economías desarrolladas y no desarrolladas

2.10.-Control y vigilancia del Estado a las Instituciones de Educación Superior

3.-En las condiciones de salud

3.1.-La pobreza incrementa los riesgos a la salud de enfermedades médicamente solucionables

3.2.-El aumento de la esperanza de vida al nacer incrementa la población de mayor edad, por tanto las enfermedades crónico degenerativas y aumenta el costo y la complejidad en la atención médica y odontológica

3.3.-La aparición de nuevas enfermedades como el sida,

3.4.-Las enfermedades bucales prevalentes como la caries están siendo controladas en los países ricos,

3.5.-Las manifestaciones bucales de las enfermedades sistémicas están volviendo más complejas las intervenciones dentales

3.6.-En los países en desarrollo se mantienen necesidades de atención bucodental sin solucionar sobre todo en la población del medio rural

Si bien la economía global empuja los países hacia procesos similares, existen propuestas para contraponerse a este impulso general, propuestas que postulan una resignificación de las identidades culturales de los pueblos y una mayor cooperación y entendimiento, más que competencia y eficiencia. Se tendría que valorar los aspectos positivos y negativos de este modelo económico en el contexto de la realidad latinoamericana y de cada país para arribar a proyectos educativos y sociales que realmente favorezcan el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Capítulo IV

Tendencias en la educación superior y odontológica en México como resultado de las políticas educativas de los últimos años. Situación de la educación superior y odontológica.

El proceso global como quedo dicho en el capítulo anterior está imprimiendo características particulares a los proyectos nacionales. En México el Estado se encuentra empeñado en implementar un modelo neoliberal para integrarse rápidamente a la economía global. La educación dentro de este proyecto tiene una importancia fundamental, así las políticas educativas tienden controlar más estrechamente a las IES y es en esta dinámica donde se definen las tendencias de la ES y de la odontológica en nuestro país. En el presente capítulo se hace un análisis general de las políticas del Estado hacia la Educación Superior desde 1989 hasta el 2003, comparando las propuestas de los diferentes gobiernos. Posteriormente se revisa la situación de la ES y de la odontológica para identificar sus tendencias.

Antecedente

La educación superior en México ha recibido una atención especial por parte del Estado en los últimos tiempos; a partir del gobierno de Carlos Salinas de Gortari se hicieron las reformas para transformar al Estado mexicano y abrir la economía al mercado mundial. El presidente Salinas promovió cambios en la relación Estado-Iglesia que repercutieron en la educación, esta apertura tenía el propósito de estimular una participación social más amplia y reducir las cargas del gobierno federal en la tarea educativa; asimismo disminuir la orientación ideológica nacionalista revolucionaria que caracteriza al sistema educativo en México (Loyo,1997) Este escenario activó nuevos pactos sociales, con actores estratégicos que le permitieron al gobierno consenso y apoyo para la modernización educativa; pactos basados en algunos casos en mantener los privilegios de grupos poderosos. Dentro del nuevo contexto las relaciones Estado y actores educativos se volvieron más amplias y complejas (Loyo, 1997).

La modernización ha sido una de las estrategias utilizadas para cambiar el perfil del Estado desde el sexenio de Salinas hasta el de Vicente Fox; que ha tenido un fuerte impacto dentro de las Instituciones de Educación Superior (IES) transformando en pocos años la relación entre éstas y el Estado.

La educación fue uno de los principales bastiones del Estado posrevolucionario para lograr consenso y legitimidad, que favoreció el desarrollo del sistema educativo mexicano. Las políticas educativas han sido moldeadas tanto por el proyecto económico del grupo en el poder y como por las demandas sociales. Sin embargo, a pesar de los avances que ha habido en el campo educativo en términos de cobertura, diversificación de programas y mecanismos de evaluación, subsisten todavía problemas como la calidad, la cobertura universal o un sistema coherente, articulado y confiable de evaluación y acreditación.

Durante cada sexenio se diseñan políticas que caracterizan a los Planes Nacionales de Desarrollo, donde los gobiernos expresan su visión sobre los problemas detectados, sus prioridades, las políticas y estrategias para solucionarlos; sin embargo, no hay una evaluación sistemática de los logros o fracasos obtenidos resultado de esas políticas, así, muchas veces se repiten o se refuncionalizan errores que podían haber sido superados o se eliminan aquellos programas que realmente funcionan.

En la educación, dado su carácter estratégico el Estado delimita cada vez con mayor precisión la senda por donde tienen que transitar las IES; lo cual marca las tendencias de la educación y de la formación de odontólogos como parte de ella en el corto y largo plazo. Así, para conocer las tendencias educativas en odontología resulta necesario analizar las políticas y el impacto de éstas en los programas de estudio.

Definición de la Políticas nacionales: Los Planes Nacionales de Desarrollo de 1989-2006. Tres propuestas una misma intención.

Cada sexenio el gobierno elabora y presenta ante el Congreso un Plan Nacional de Desarrollo desde los setentas. Los planes se consideran

instrumentos que orientar las acciones y las políticas públicas; en ellos se plasma el diagnóstico de los problemas que el gobierno considera más importantes, ahí señala como tratará de solucionarlos mediante programas específicos y actores sociales que se encargan de realizar diferentes tareas.

Entre las limitaciones de los PND, es que definen los problemas de una manera muy general, y el país es heterogéneo, con diferencias culturales, geográficas, demográficas de desarrollo, cada región presenta retos especiales. Otro problema es que los afectados por las políticas no participan en la elaboración de los PND, como sucede en el caso de la educación, por tanto estos proyectos incorporan los puntos de vista de muy pocos; ésta situación se ha tratado de subsanar fomentando la participación social y recogiendo a través de distintos mecanismos las opiniones de un mayor número de actores.

No obstante al final de cada sexenio no se hace una evaluación sistemática bajo parámetros objetivos sobre los avances (que los hay), retrocesos o estancamientos en la solución de los problemas. La falta de evaluaciones confiables impide adecuar los Planes a los procesos reales (Casillas, 1997).

De cualquier manera los PND nos muestran el proyecto del grupo en el gobierno y son una referencia obligada para analizar las políticas educativas.

Plan Nacional de Desarrollo de Salinas de Gortari 1989-1994

El gobierno de Miguel de la Madrid y con más énfasis el de Carlos Salinas de Gortari sentaron las bases para la modernización del Estado en México, de acuerdo con las políticas propuestas por los organismos internacionales para que el país se integrara en la economía global.

La política de modernización de Salinas proponía, primero, modernizar al Estado y después a la sociedad. Esta tarea significó la reducción en la participación efectiva de aquél en la economía, el bienestar social e impulsó una mayor participación social y política. Sin embargo a pesar de la reducción del Estado, su presencia se mantenía fuerte para conducir el proceso de

transformación social; Salinas hablaba de un “ejercicio moderno” de la autoridad, que significaba, realizar las acciones con responsabilidad, consenso y sin rehusar al ejercicio y fortalecimiento del poder del Estado.

La modernización significaba en palabras del gobierno: “hacer frente a las nuevas realidades económicas y sociales. Es por tanto innovación para producir y crear empleos, eliminación de obstáculos para desatar la iniciativa y creatividad de los mexicanos....obligación de ser rector (el Estado) en el sentido moderno: conductor promotor, articulador de las actividades dentro de las cuales cada quien debe perseguir el interés nacional....apoyar los esfuerzos para que los menos favorecidos dejen de serloes dirimir diferencias sin paralizar la acción colectiva por medio de la concertación y el ejercicio moderno de la autoridad, conjugar esfuerzos individuales y de grupo mediante el convencimiento de que cada uno suma su parte a los demás con justicia y responsabilidad” (PND 1989-1994:xii-xiii).

La educación dentro del proyecto de modernización se basaba -según ellos- en la Constitución de 1917, la cual definía a la educación como “el factor de emancipación y ascenso social y el instrumento para consolidar una nación democrática, soberana e independiente”; así como en el desarrollo histórico del sistema educativo mexicano. Retomaba este proyecto los principios rectores de la educación: democracia, justicia, igualdad, desarrollo que aparecen en la Constitución. El proyecto de modernización requería volver al sector educativo participativo, eficiente, de mejor calidad y una tarea de todos.

Dentro de este proyecto la educación era prioritaria para alcanzar niveles aceptables de bienestar, por tanto se requería mejorar la cobertura y la calidad de la misma. Para alcanzar los objetivos planteados la educación necesitaba: reestructurar planes y programas de estudio, proponer nuevos, incrementar la formación de los maestros y sus niveles de vida, realizar nuevos pactos sociales, así como adecuar la gestión administrativa y descentralizar el sistema educativo (PND 1989-1994).

Si bien el énfasis de la estrategia educativa iba dirigido a la educación básica (hay que recordar que durante ese sexenio, se amplió hasta el nivel de secundaria), por ser la opción más amplia y significativa para la mayoría de los mexicanos; la educación superior tendría que cumplir objetivos propios como mejorar la eficiencia interna y orientarse a la solución de problemas nacionales y regionales, mejorar su productividad e incrementar su acción con el entorno social ((PND 1989-1994).

El principio de solidaridad tendría que tener su máxima expresión durante la formación superior, en la medida que la universidad se vinculara con su entorno y se preocupara por abordar y proponer soluciones a los problemas sociales más importantes (Programa para la Modernización Educativa 1989-1994).

Las políticas educativas derivadas de esta propuesta fueron: la federalización, el reconocimiento a la carrera docente, la participación social y la calidad educativa.

Para la educación superior se propusieron los siguientes objetivos:

a) Mejorar la calidad de la educación superior para formar los profesionales que requiere el desarrollo nacional

b) Atender la demanda de la educación superior universitaria y tecnológica en la medida que lo necesite la modernización de la sociedad, asegurando la oportunidad de ingreso a los estudiantes que procedan de las regiones y grupos sociales más desfavorecidos, con aptitud para cursar sus estudios de nivel superior.

c) Vincular a las instituciones de educación superior con la sociedad para orientar participativamente el desarrollo de este nivel educativo y contribuir a resolver, con los recursos del conocimiento y la organización institucional, los grandes retos sociales, económicos y científicos del país.

d) Fortalecer el sistema de coordinación y planeación nacional de la educación superior; orientar su actividad mediante un esfuerzo de evaluación y reordenación interna de las instituciones con apoyo sostenido del Estado para su consolidación, e impulsar una mejor y más amplia participación social.

Para alcanzar dichos objetivos se plantearon los siguientes lineamientos estratégicos:

- Descentralización regional
- Simplificación y agilización de los procedimientos de la administración pública respecto a la educación superior
- Apoyo decidido a la educación superior
- Aplicación de manera óptima los recursos disponibles y
- Evaluación permanente de los logros y procesos de la educación superior a partir de los trabajos realizados por la Consejo Nacional de Planeación de la Educación Superior (CONPES) y el Programa Integral para el Desarrollo de la Educación Superior (PROIDES).

Una de las preocupaciones expresadas por el gobierno de Salinas fue la pertinencia de las propuestas educativas frente a las necesidades sociales. Esta preocupación sigue vigente y es uno de los cuestionamientos más importantes que la sociedad mantiene sobre la oferta educativa que fortalece el consenso sobre los procesos de evaluación.

Con la firma del Tratado de Libre Comercio (TLC) se introdujeron nuevos elementos en la política educativa. La educación tenía que ser lo suficientemente competitiva para permitir el intercambio de recursos humanos entre países con diferentes: niveles de desarrollo, evolución institucional, financiamiento, tradiciones académicas y culturales. La posibilidad de intercambiar recursos humanos hizo evidentes las asimetrías entre los socios comerciales, lo cual puede ser una ventaja para nuestro país, ya que obliga a las IES a mejorar su oferta educativa y su funcionamiento. Pero también muestra rezagos insuperables en cuanto a gasto otorgado a la educación entre los países, por ejemplo. Intercambiar no significa necesariamente homogeneizar sino abrirse a nuevas posibilidades, pero partiendo de ciertos acuerdos mínimos de equivalencia (Méndez, 2001). Pero con tantas asimetrías es difícil establecer los mínimos.

Sin embargo, no todas las profesiones tienen la misma posibilidad de movilidad y de competitividad; el área de la salud presenta buenas perspectivas. La Academia de Medicina ha identificado algunas áreas donde podría haber oportunidad de intercambio como: la exportación de servicios, el movimiento de demandantes, el establecimiento de unidades de atención en otros países y la vinculación en proyectos conjuntos internacionales (citado por Méndez, 2001).

La federalización de Salinas es el hecho más relevante de la política de ese régimen implicó una recentralización afín con los intereses de la tecnocracia; las autoridades federales ejercieron un mayor control del sistema. Dentro de este esquema, la evaluación fue uno de los más poderosos instrumentos estratégicos para manejar a las IES y a todo el sistema educativo en su conjunto.

Plan Nacional de Desarrollo de Ernesto Zedillo 1995-2000

El gobierno de Zedillo amplió de alguna manera la propuesta salinista y trató de fortalecer al Estado como conductor del proceso de modernización; impulsó la vida democrática y continuó con el adelgazamiento del Estado. Se puede decir que es un gobierno de transición en la reforma estructural del Estado. Su Plan de Desarrollo no difiere mucho del de Salinas, excepto que el del primero era mucho más preciso y con una estrategia bien definida como fue la modernización.

El gobierno de Ernesto Zedillo se proponían como estrategia normativizar mejor las condiciones legales, administrativas e institucionales con el fin de garantizar los derechos de los ciudadanos, así como impulsar el desarrollo democrático de los partidos, mediante la reforma electoral; buscando un mayor equilibrio entre los poderes de la Unión.

Es necesario señalar que la modernización del Estado en los EU, tuvo entre sus obstáculos el exceso de regulaciones, los cuales, de acuerdo con su experiencia paralizan la acción del Estado y de sus servicios. Esto no quiere decir que no se sistematicen ciertos aspectos de los servicios públicos, pero

uno de los propósitos del Estado moderno es volverse más eficiente y eficaz, para lo cual requiere de flexibilidad en su estructura administrativa (Crozier, 1995). En México sabemos que una gran cantidad de regulaciones, son obsoletas que no corresponden con las necesidades actuales, asimismo han cambiado algunos criterios técnicos y éticos sobre los servicios públicos que se tienen que incorporar en las reformas administrativas.

El objetivo que el gobierno de Zedillo se proponía era alcanzar una nación con un desarrollo sustentado en la equidad de oportunidades, con una política social nacional e integral, federalista y participativa, incluyente, eficaz y cuidadosa del medio ambiente (PND 1995-2000).

Esta imagen del país solo sería posible si se eliminaba la extrema pobreza, se incrementaban las oportunidades, se equilibraba el desarrollo regional y social; con la participación de las mujeres, los jóvenes, los indígenas, los discapacitados y los de la tercera edad.

Los grandes capítulos del PND 1995-2000 fueron; La Soberanía, Por un estado de derecho y un país con leyes, Desarrollo democrático, Desarrollo social y crecimiento económico.

La educación en este Plan se encontraba enmarcada en la Política de Desarrollo Social que proponía ampliar la cobertura de los servicios básicos. Hay que aclarar que el gobierno de Zedillo se caracterizó por definir los servicios mínimos a cargo del Estado.

Con una visión realista, la educación era vista por ese gobierno como parte de una estrategia más amplia orientada al crecimiento económico y social, donde la educación, la salud y el mejoramiento de los niveles de vida se encontraban entrelazados y a todos había que atender.

Los cambios que se requerían hacer en la educación para que esta pudiera ser un apoyo decisivo al desarrollo sólo serían posibles, con la participación del gobierno federal, estatal, municipal y la ayuda de maestros, padres de familia, estudiantes, etc.

La educación superior era considerada como un acervo estratégico para el desarrollo nacional. Así, se definieron las características que debía tener la educación media superior y superior, que quedaron expresados de la siguiente manera:

- Contar con personal académico calificado

- Formación integral de los alumnos

- Planes y programas pertinentes y flexibles

- Educación de calidad

- Fortalecimiento de la capacidad de investigación orientada a la comprensión de los problemas nacionales y que contribuyera al progreso del conocimiento y ofreciera opciones útiles y realistas para el avance de México.

Por tanto el gobierno iba a dotar de recursos crecientes a las instituciones de educación media superior y superior, a fomentar el aumento de la matrícula bajo los requisitos de aptitud y vocación. Asimismo pretendía actualizar planes y programas de estudio, renovar los métodos de enseñanza y mejorar los servicios de apoyo al aprendizaje. De igual manera favorecería una mayor vinculación entre docencia, investigación y extensión en los programas académicos, al interior de las IES y con los sectores productivos. De igual manera daría un apoyo decidido a la formación de investigadores mediante un sistema de becas de posgrado. La evaluación se consideraba una prioridad.

Para este gobierno la educación era el elemento que transformó el país, valores como la solidaridad, la justicia, la libertad, la búsqueda de la verdad, el respeto a la dignidad de las personas, el aprecio a la naturaleza y el cuidado del ambiente eran producto de aquella (PND 1995-2000).

Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006

El gobierno de Fox propone en el PND impulsar el crecimiento del país a través del desarrollo humano; aquí hay un cambio en la manera de enfocar su propuesta, parte de lo individual para alcanzar lo colectivo. El desarrollo

humano es definido en el documento como un proceso de cambio sustentado en la educación con equidad. El objetivo -señala el PND- es reducir las desigualdades extremas, las inequidades de género y favorecer el desarrollo de las capacidades educativas; así como, volver a los ciudadanos más concientes de sus derechos y obligaciones, respetuosos del Estado de derecho y del medio ambiente. Lo cual, dentro de esta visión, permitirá una mayor cohesión social. Todos estos planteamientos coinciden con la visión de la UNESCO (1998).

Una de las estrategias identificadas por el gobierno, es planear a largo plazo mediante la programación estratégica, este método define una imagen objetivo a la que se pretende llegar en un plazo establecido, que en este caso sería el perfil ideal del país en dos momentos 2006 y 2025. Con esta base el gobierno pretende cumplir objetivos a corto, mediano y largo plazo con la intención de alcanzar un futuro deseable. La planeación ha sido una preocupación constante desde hace muchos años en México, así se han creado una gran cantidad de actores sociales encargados no sólo de planearla sino de evaluar los resultados como el Sistema Nacional de Planeación Permanente de la Educación Superior (SINAPPES) la Comisión Nacional para la Evaluación de la Educación Superior (CONAEVA) por mencionar algunos.

Las características del país que el gobierno propone alcanzar en el 2025, serían las siguientes:

- Un país democrático
- Con alta calidad de vida,
- Sin desequilibrios extremos
- Con oportunidades de desarrollo humano integral
- Convivencia basada en el respeto a la legalidad
- Con un ejercicio real de los derechos humanos
- Con liderazgo mundial
- Con crecimiento estable e incluyente
- Orgullosos de sus raíces políticas y culturales y
- Con profundo sentido de unidad nacional

La misión del Estado en términos del documento sería:

a)-Establecer el desarrollo humano como eje rector de su acción, para diseñar e instrumentar políticas públicas que den lugar a un desarrollo económico dinámico, incluyente y en armonía con la naturaleza.

b)-Llevar a cabo una revolución educativa que permita el desarrollo del país y una alta calidad de vida para toda la población.

c)-Sentar las bases irreversibles de un nuevo comportamiento y cultura política basada en una ética pública.

Los principios que orientan al ejecutivo federal serían:

Humanismo, equidad, cambio,

- El humanismo entendido como desarrollo integral de la persona,
- Equidad igualdad ante la ley e igualdad de oportunidades,
- Cambio a un sistema democrático con responsabilidades compartidas.

Los criterios para el desarrollo de la nación serán entonces: inclusión, sustentabilidad, competitividad y desarrollo regional.

La educación es la columna vertebral del Plan Nacional de Desarrollo, dada su importancia estratégica ésta requerirá mayor cantidad de recursos y acciones que la hagan cualitativamente diferente y se pueda implementar una auténtica “revolución educativa”.

Algunas de las características que a futuro alcanzaría el sistema educativo serían:

-Informatizado, estructurado, descentralizado, con instituciones de calidad, con condiciones laborales dignas para que los maestros sean profesionales de la enseñanza y el aprendizaje.

-Educación con la participación social y el reconocimiento y aprecio social a la educación y el apoyo a las reformas propuestas.

El Programa Nacional de Educación se propone los siguientes objetivos para la educación superior:

- Educación superior de buena calidad
- Ampliación de la cobertura con equidad
- Integración, coordinación y gestión del sistema de educación superior

Los objetivos estratégicos planteados son:

-Promover una educación de buena calidad que forma profesionistas, especialistas, científicos, humanistas, tecnólogos y profesores capaces de aplicar, innovar y transmitir conocimientos actitudes, académicamente pertinentes y socialmente relevantes en las distintas áreas y disciplinas.

-Impulsar la consolidación y desarrollo de las instituciones públicas de educación superior.

-Propiciar la ampliación y el fortalecimiento de los cuerpos académicos en las dependencias de Educación Superior para fomentar su capacidad institucional de generar y aplicar conocimiento y así poder responder con mayor oportunidad y niveles crecientes de calidad a las exigencias del desarrollo nacional.

En el siguiente cuadro se hace un resumen de las políticas de los tres sexenios, donde se destacan algunos aspectos significativos para su comparación.

Cuadro 1. Cuadro Comparativo de los principales elementos contenidos en los Planes Nacionales de Desarrollo de Carlos Salinas de Gortari a Vicente Fox

Gobierno	Objetivos	Estrategias	Principios	Papel de la educación	Políticas educativas
Carlos Salinas de Gortari 1989-	1.- Defender la soberanía y	Estrategia a la Modernización del	Fortalecimiento del Edo. Moderno Democracia	Educación factor indispensable para mejorar	Políticas en educación: federali

1994	<p>preservar los intereses de México en el mundo</p> <p>2.- Ampliar la vida democrática</p> <p>3.- Recuperar el crecimiento económico con estabilidad y precios</p> <p>4.- Elevar productivamente el nivel de vida de los Mexicanos</p>	<p>Estado, del sistema productivo y de la vida política</p> <p>Creación actores para la evaluación</p>	<p>cia</p> <p>Justicia</p> <p>Cuidado del ambiente</p>	<p>la calidad de vida y las expectativas ciudadanas</p>	<p>zación</p> <p>reconocimiento a la carrera docente participación social calidad educativa</p> <p>Evaluación</p>
Ernesto Zedillo	<p>1- Fortalecer el</p>	<p>Fortalecer la capacidad</p>	<p>Justicia</p> <p>Democracia</p>	<p>La educación factor</p>	<p>Nuevo federalismo</p>

<p>Ponce de León 1995-2000</p>	<p>ejercicio pleno de la soberanía nacional, como valor supremo de nuestra nacionalidad y como responsabilidad primera del Edo. Mexicano 2- Consolidar un régimen de convivencia social regido pleneamente por el derecho, donde la ley sea aplicada</p>	<p>d del Estado de garantizar la soberanía nacional La vigencia del estado de derecho Presencia institucional en todo el territorio nacional Proyectar la identidad nacional mexicana</p>		<p>decisivo para la superación personal y el progreso social La educación prioridad para el programa de gobierno</p>	<p>Participación social Sistema nacional de actualización educativa para lograr la excelencia académica Evaluación sistemática Modernización institucional y vinculación con los sectores productivos</p>
--------------------------------	--	---	--	--	---

	<p>a todos por igual y la justicia sea la vía para la solución de conflictos</p> <p>3- Construir un pleno desarroll o democrát ico con el que se identifiqu en todos los mexicano s y sea base de certidum bre y confianza para una vida política pacífica y una intensa participac</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>ión ciudadan a 4- Avanzar a un desarroll o social que propicie y extienda en todo el país las oportunid ades de superació n individual y comunita ria bajo los principios de equidad y justicia 5- Promover un crecimien to económic</p>				
--	---	--	--	--	--

	o vigoroso, sostenido y sustentable en beneficio de los mexicanos				
Vicente Fox Quezada 2000- 2006	1- Establecer el desarrollo humano como eje rector de su acción, para diseñar e instrumentar políticas públicas que den lugar a un desarrollo económico	La educación es la estrategia central y el instrumento más importante para incrementar la inteligencia individual y colectiva y lograr la emancipación de las personas	Humanismo Equidad Cohesión social Cambio hacia un: sistema democrático de responsabilidades compartidas Cuidado del ambiente	La educación es la estrategia de este programa de gobierno	Participación social Descentralización Calidad educativa Evaluación sistemática Capacitación docente

	<p>dinámico, y la incluyent sociedad. e y en Es la armonía primera y con la más alta naturalez prioridad a para el 2-Llevar desarroll a cabo o del país una revolució n educativa que permita el desarroll o del país y una alta calidad de vida para toda la población 3-Sentar las bases irreversibl es , de un nuevo comporta miento y cultura política</p>			
--	--	--	--	--

	basado en una ética pública				
--	--------------------------------------	--	--	--	--

Los Programas Institucionales

Los mecanismos con que cuenta el Estado para implementar sus políticas son los programas institucionales de las diferentes Secretarías de Estado, las comisiones y los actores sociales que el Estado impulsa directamente o bien que la sociedad civil organiza como respuesta a las políticas y acciones del Estado.

Los tres gobiernos han desarrollado una serie de programas para impulsar el fortalecimiento de la educación superior con fondos propios para cubrir aspectos específicos o bien ha creado actores que en un primer momento han dependido de él y que posteriormente han caminado con su propio pie.

Los programas recientes para el desenvolvimiento de la Educación Superior son:

Programa de Mejoramiento al Profesorado (PROMEP)

El PROMEP es un programa de becas y apoyos a la producción académica, para realizar estudios de posgrado y para financiar los estímulos académicos del personal docente. Fue elaborado en 1996 por la Subsecretaría de Investigación Tecnológica (SEIT), Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica (SESIC), CONACYT y ANUIES. En el PROMEP participan universidades públicas y privadas. El propósito actual de estos programas es desarrollar los cuerpos académicos, apoyar la formación de profesores, fomentar el posgrado, la vinculación de cuerpos académicos y de los programas del SESIC (www.promep.sep.gob.mx).

El PROMEP durante el ciclo escolar 2001-2002 proporcionó 482 becas a profesores de tiempo completo para que realizaran estudios de posgrado, propició la creación de 786 nuevas plazas para profesores de tiempo completo. Asimismo otorgó 324 apoyos económicos a profesores de nuevo ingreso. Para asegurar la permanencia del personal docente de tiempo completo se destinaron recursos por 401 millones de pesos, mismos que beneficiaron a 4 mil 733 profesores.

Fondo para la Modernización de la Educación Superior (FOMES)

El FOMES es un programa estratégico apoyado por el gobierno federal para impulsar la consolidación de las IES, mediante el otorgamiento de fondos con recursos extraordinarios no regularizables, para modernizar la infraestructura del trabajo académico de los cuerpos académicos y sus alumnos. De 1995 al 2000 este programa apoyo la creación de infraestructura y cambios organizativos de las IES, del 2001 en adelante busca apoyar la consolidación y la excelencia de las ES. Las propuestas para el FOMES tienen que estar integradas en los Programas Integrales de Fomento Institucional (PIFI) (www.sesic.sep.gob.mx).

El FOMES en los último año, asignó recursos por 737.7 millones de pesos, para apoyar 400 proyectos de desarrollo institucional, en 46 instituciones educativas, y se prevé alcanzará un monto de 979.5 millones de pesos en el presente ciclo escolar (2do Informe de Gobierno de Fox).

Programa Nacional de Normatización Administrativa (PRONAD)

El PRONAD tiene como objetivo integrar un sistema nacional único y estandarizado de información administrativa en las IES, útil para las propias instituciones y la SEP, basado en estándares internacionales.

Este programa puso en marcha en 1997 el Sistema Integral de Información Administrativa (SIIA). El cual tiene datos de contabilidad, presupuesto, recursos físicos, humanos, control escolar, planeación y evaluación. El PRONAD ofrece apoyo financiero para mejorar la administración, en gastos técnicos, asistencia y capacitación para instalar el SIIA en las IES (www.sesic.sep.gob.mx).

Programa de Apoyo al Desarrollo Universitario (PROADU)

El PROADU es un programa de cooperación interinstitucional e internacional para fortalecer los programas de las IES mediante el intercambio de académicos.

El PROADU canalizó 218 millones de pesos ente 1995 y 2000, para programas trilaterales y bilaterales con EU y Canadá de intercambio y cooperación.

Fondo de Aportaciones Múltiples (FAM)

El FAM es un programa aprobado en 1998 por el H. Cámara de Diputados para apoyar a las Universidades Públicas Estatales en proyectos de construcción, ampliación de infraestructura, equipamiento y mantenimiento.

Fondo de Inversión para Universidad Públicas Estatales (FIUPEA)

El FIUPEA tiene como objetivo la ampliación y modernización de la infraestructura de las Universidades Públicas Estatales (UPE) para apoyar la docencia, como: laboratorios, centros de idiomas, cómputo, etc. El financiamiento se otorga a UPE cuyos programas han sido evaluados y acreditados. El FIUPEA es un fondo no regularizable para aquellas instituciones que hayan alcanzado niveles reconocidos de calidad (www.sesic.sep.gob.mx).

Programa Integral para el Fortalecimiento Institucional (PIFI)

Actualmente se ha puesto en marcha el PIFI por parte del gobierno foxista. El PIFI tiene como objetivo lograr que las IES mejoren la calidad de sus servicios y programas educativos y alcancen escenarios deseables en el año 2006. Una característica del PIFI es que pretende integrar tres niveles institucionales: el general, el de las Dependencias de Educación Superior (DES) y el de los programas educativos (PE) con una sola visión y misiones; mediante la planeación estratégica elaborada con la participación de la comunidad; el programa incorpora proyectos particulares como el PROMEP o el Programa Institucional de Fortalecimiento al Posgrado (PIFOP). Apoya principalmente programas acreditados o evaluados o que cumplan con la norma internacional ISO 9000 (www.sesic.sep.gob.mx).

El PIFI es definido como una estrategia que impulsa y apoya el gobierno federal para mejorar la calidad de los Programas de Enseñanza (PE). Se pretende que los PIFIs se orienten a solucionar los principales problemas que a las instituciones les han impedido acreditar sus programas y asegurar que se mantenga acreditado los que ya están.

Conforme se va avanzando en la implementación de los programas se van incrementando los requisitos para obtener los financiamientos, el PIFI establece como criterio para otorgar financiamiento que las IES hayan mostrado cierta calidad en su desempeño por una instancia ajena es decir que se hayan sometido a la evaluación externa o bien que estén acreditados, estos últimos requisitos son determinantes para obtener los apoyos económicos.

En el segundo informe de gobierno de Vicente Fox se destacaron algunos de los resultados de los fondos otorgados a las IES mediante los PIFIs, suma que alcanzó poco más de 2 mil millones de pesos; de los cuales se invirtieron mil 154.9 millones de pesos en 402 proyectos para mejorar la calidad de los programas educativos de 39 universidades públicas. El resto fue para financiar 308 proyectos de construcción, ampliación y mejoramiento de espacios educativos en 42 universidades públicas estatales y en 22 universidades tecnológicas, unos 862.3 millones de pesos.

Programa Integrales para el Fortalecimiento del Posgrado (PIFOP)

El PIFOP tiene el propósito de fortalecer el posgrado, mediante la mejora continua de la calidad de los programas. Resultado de la planeación estratégica y participativa bajo una sola visión institucional. Se trata de que los programas de posgrado logren una amplia aceptación social y una sólida formación de sus graduados (<http://www.conacyt.mx>).

Programa Nacional de Becas y Financiamiento para estudiantes de Tipo Superior (PRONABES)

El PRONABES, otorga a los estudiantes apoyo financiero, la beca consiste en 750 pesos mensuales durante el primer año de estudios, 920 pesos durante el segundo año, 1000 pesos para el cuarto y quinto año. Los fondos de las becas son aportados por el gobierno federal mas una cantidad equivalente por los Estados, se prevé otorgar unas 100,000 becas durante el presente sexenio (www.sesic.sep.gob.mx).

En lo que se refiere a los programas de becas, el gobierno federal destinó beneficios por 225.8 mil becas para la realización de estudios de licenciatura y posgrado, además de 19 mil más que otorgó el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Asimismo, se informó que la creación, en el año 2001 del PRONABES ha implicado una inversión de 500 millones de pesos a la fecha, que benefició a 44 mil estudiantes. Para el ciclo 2002-2003 se pretende llegar a las 134 mil becas, para que beneficien a un número semejante de estudiantes (2do. Informe de gobierno del Presidente Fox).

Algunas consideraciones sobre los Planes y Programas.

Si bien los tres planes de desarrollo reconocen la situación de desigualdad que prevalece en el país, los abismos entre las regiones, las diferencias entre el medio rural y las grandes ciudades, la pobreza extrema, las inequidades de género, así como la necesidad de impulsar el desarrollo económico para alcanzar mayor bienestar para la población y la vinculación más competitiva de nuestro país con el resto del mundo. Lo cierto es que las políticas económicas

implementadas por los gobiernos para insertarse en el mundo global, profundizan las desigualdades. El paradigma de la globalización no es para los pobres, para los que no tienen acceso a una vida digna, es para aquellos que tienen las condiciones materiales, sociales, culturales y mentales para hacerlo. El discurso de la globalización es incluyente, pero la realidad económica y social es excluyente como quedó dicho anteriormente.

Como podemos observar para la educación superior hay una gran coincidencia en los Planes de Desarrollo, se mantiene una preocupación constante por que ésta responda o encuentre respuestas a los problemas urgentes de la nación y que contribuya al desarrollo nacional.

Los valores sobre los que se sustentan los Planes de Desarrollo también son los que emanan de la Constitución por tanto tienen una amplia coincidencia en que éstos sean: la justicia, la solidaridad, la equidad, la responsabilidad, la participación entre otros.

Las diferencias de los PND son más bien en cuanto a las estrategias:

La modernización es la estrategia que orienta la inserción de México al mundo desde el gobierno salinista, el cual concreta la firma del TLC, la entrada a la OCDE.

Zedillo no identifica una nueva estrategia, continua el proceso de modernización; define muchos objetivos en su PND, el eje de su programa es la democratización del país.

Fox tampoco tiene una línea estratégica tan bien definida como Salinas, pero su punto de partida es diferente. Su propuesta de modernización toma como eje el desarrollo humano; bajo la premisa de que si se cultiva la inteligencia individual la sociedad mejora. Hay un cambio de sujeto, la reforma del Estado se orienta en asegurar las condiciones para que el ciudadano desarrolle sus capacidades. Aunque no se abandona las reformas del Estado y se habla por primera vez de una ética pública.

El fondo de las propuestas es la reforma del Estado, un Estado moderno que se adapte a las exigencias internacionales, abierto al exterior, menos burocrático, democrático, eficiente y con capacidad de gestión efectiva en la conducción del desarrollo social.

Todos los Planes destacan la importancia de la evaluación como instrumento para asegurar la calidad educativa, en sus diferentes modalidades, la autoevaluación, la evaluación externas y la acreditación. Las evaluaciones permite un mayor vigilancia del desempeño del proceso educativo, asimismo fortalece a los actores sociales que evalúan y acreditan a la ES. Pero sobre todo fortalece el control del Estado sobre las IES.

La evaluación no se limita al control de lo que sucede dentro de las IES, la certificación de la práctica profesional es otro de los mecanismos para presionar a los gremios a mejorar y actualizar su trabajo.

La evaluación como una política decidida del gobierno dio sus frutos durante el sexenio de Salinas de Gortari. En 1990 los rectores y directivos de las IES en la Asamblea de la ANUIES propusieron a la Comisión Nacional de Evaluación (CONAEVA) la creación de un Sistema Nacional de Evaluación de la Educación Superior (SNEES) que abarcara 3 elementos: la autoevaluación de las IES, la evaluación global del sistema y subsistemas de educación superior y la evaluación interinstitucional a cargo de los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES). Se crearon entonces algunos de los principales actores sociales que se encargan de esta tarea como el CENEVAL, los CIEES entre otros; de igual manera este proceso sentó las bases para construir una cultura de la evaluación en nuestro país.

Dada la importancia de la evaluación como un mecanismo útil, éticamente pertinente, que supuestamente no lesiona la “autonomía universitaria” es una política que cruza los tres programas de gobierno que estamos analizando, y que lejos de disminuir su importancia se fortalece y adquiere nuevos elementos, sobre todo dentro de un proyecto de gobierno que toma a la

educación como la columna vertebral de su programa de gobierno como el foxista (Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006). Así, se ha creado por decreto presidencial el 8 de agosto del 2002 el Instituto Nacional para la Evaluación Educativa (INEE).

De igual manera la evaluación es un requisito para el otorgamiento de apoyos adicionales para el desarrollo de las IES. El Programa Integral de Fortalecimiento Institucional (PIFI) brinda apoyo económico extra a aquellas IES que lo soliciten y que hayan sido evaluadas y dictaminadas con cierto nivel de calidad, o que cuenten con la opinión favorable de los CIEES.

Lo cual significa que las IES hayan demostrado cierto grado de coherencia con sus propuestas educativas es decir el ideal educativo (lo deseado) y la realidad educativa (lo logrado) (www.snee.gob.mx). Así, las IES no tendrán otro remedio que someterse a las evaluaciones y acreditaciones si quieren obtener recursos adicionales. Aunque la evaluación no es obligatoria, en términos realistas ésta va a ser la única vía para el fortalecimiento institucional.

La planeación estratégica se impone como la manera de programar el desarrollo institucional. Estos dos requisitos la evaluación y la planeación son imprescindibles para la obtención de fondos.

Otro mecanismo que se tiene para asegurar la calidad en los posgrados es el incluirlos en los padrones de excelencia del CONACYT y el PIFOP.

La acreditación de los programas de estudio es resultado de los procesos de evaluación y por tanto no es algo aparte, aunque tiene su objetivo particular. Acreditar un programa significa dar fe públicamente que cumple cabalmente lo que se propone. Algunos estudiosos señalan que la década de los noventa ha sido la de la evaluación y que ésta se convirtió en un eje del desarrollo de la educación superior (Mendoza, 1997).

Algunas consecuencias de las políticas públicas

El PND actual propone un crecimiento con equidad asociado a la buena calidad, a la planeación estatal y al federalismo. Así como un incremento significativo en la tasa de cobertura educativa en la población de 19 a 23 años de edad. El PNE propone un crecimiento de la matrícula en las modalidades escolarizadas y no escolarizadas del 36.5% entre 2001 y 2006.

Actualmente existen 2.2 millones de estudiantes inscritos en estudios superiores, se pretende llegar a los 2.8 millones en el 2006. México tendría entonces una tasa de cobertura del 28% sobre el grupo de edad de 19 a 23 años, porcentaje superior en ocho puntos al actual, pero aún bajo para lograr la universalización de la ES que corresponde a una cobertura del 50% en dicho grupo de edad. En la modalidad escolarizada, el crecimiento propuesto representa el 27.3%, proporción menor que el 44.2% registrado en el sexenio anterior; pero en términos absolutos, el crecimiento proyectado es mayor que el ocurrido entre 1994 y 2000; durante ese período la matrícula de licenciatura, posgrado y normal alcanzó los 627 mil nuevos estudiantes, mientras que entre 2001 y 2006 el crecimiento esperado es de 750 mil estudiantes. Se pretende abatir el porcentaje de no titulados en licenciatura del 55 al 65% y en el posgrado de 40 a 55% (PNE 2001-2006). Si bien se prevé un incremento real en la cobertura, el incremento en dinero que el gobierno propone destinar a la ES no corresponde con un crecimiento significativo de las IES, lo cual hace suponer que la ampliación de la cobertura se dará con la instituciones públicas actuales (Álvarez, 2002).

Como se ha discutido en un buen número de trabajos la ampliación de la matrícula se ha considerado como un factor negativo para la calidad educativa, si no va acompañada de mayor infraestructura y una modificación de los currícula. En el documento no queda claro cómo serán los mecanismos para incrementar la cantidad e impulsar la calidad con recursos limitados, el conflicto entre excelencia y justicia sigue pendiente para la educación superior (Álvarez, 2002.).

De acuerdo con Ruth Vargas Leyva en los objetivos estratégicos para la ampliación de la cobertura con equidad resaltan tres líneas de acción: a) la ampliación y diversificación de la oferta pública de educación superior e

impulso a la educación no presencial y a distancia; b) la flexibilización de los programas de licenciatura y tránsito entre los niveles del posgrado; y c) el Programa Nacional de Becas (Vargas, 2002). Para fortalecer el desarrollo académico se propone la creación de Cuerpos Académicos (CA).

Lo que se observa es que cada vez se estrecha más el vínculo entre el gobierno y las universidades bajo las reglas del Estado. Las instituciones se subordinan para obtener financiamientos a través de los fondos extraordinarios de los diferentes programas. Pero también hay una orientación diferenciada del destino de los fondos. Los PIFIs se dirigen a universidades, pero no a institutos tecnológicos ni universidades tecnológicas, el FIUPEA es un programa exclusivo de las universidades estatales, y deja de lado a las federales. Las IES privadas no se les obligan a normatizarse, seguirán sin ningún control, ni planeación, ni una clara idea de cómo participaran en la cobertura de la educación superior, siendo un sector muy dinámico en este campo.

Los PIFIs retoman la experiencia de los noventa de modelos discrecionales de intervención estatal que “aparentemente” no lesionan la autonomía universitaria, pero que cada vez restringen el marco de acción de las instituciones educativas. El control se da fundamentalmente por los fondos etiquetados de gastos operativos (FOMES, PROMEP, FAM, FIUPEA, PROADU), por las auditorías externas y por el desempeño académico mostrado por las instituciones en las evaluaciones y acreditaciones (Álvarez, 2002. Varela, 1997). Entonces la igualdad de oportunidades, la equidad para las IES con este sistema es difícil de alcanzar, sobre todo si se fomenta que cada institución proyecte individualmente sus planes estratégicos, sin establecer vínculos con las otras IES, en un sistema de colaboración, de redes y apoyos interinstitucionales, donde existan áreas especializadas por institución, sin que esto represente un desequilibrio entre las escuelas, como sucede actualmente.

También llama la atención que los gobiernos estatales no aparecen como claros actores en la conducción de los cambios educativos, solamente en las cuestiones financieras, entonces como se va a lograr el federalismo, si la participación, se mantienen bajo los viejos esquemas de gobierno centralista, aunque se hable de nuevos estilos de gobernar.

Una de las cuestiones que no se mencionan en los Planes de Desarrollo es la participación de los estudiantes en la conducción de su propio proceso educativo, se habla de una mayor responsabilidad de los actores; pero no se especifica de que manera los estudiantes intervendrán en los diferentes momentos del proceso educativo, de la planeación y de la evaluación. Esto es crucial en una propuesta que pretende diseñar la educación por los aprendizajes, por los resultados obtenidos, por la calidad profesional de sus egresados. Los que están afectados por las normatividades no participan de su diseño y a veces las desconocen, esto es un problema ético importante; sobre todo si se quiere avanzar hacia una cultura democrática, de mayor compromiso, donde la educación cumple un papel estratégico fundamental.

Los modelos centrados en los aprendizajes obligarán a las instituciones a generar cambios en sus ofertas, así como a promover nuevas opciones educativas. Además planear la autoevaluación y la evaluación de otra manera y por supuesto destinar recursos a este fin. Se propone en el PND un Programa de Acción denominado Enfoques Educativos Centrados en el Aprendizaje. Incluso en los PIFIs este aspecto tendrá que estar contemplado. Después de casi una década de evaluación, hay pocos datos sobre el aprendizaje, los resultados que presentó la OCDE con las limitaciones que se quiera dan un panorama de la educación superior en nuestro país y los retos que enfrenta (Álvarez, 2002. Bobadilla, 1997).

Proponer a la educación como un eje para el desarrollo del país, es un buen punto de partida como intención, pero si no existen las condiciones materiales para que una parte importante de la población pueda aprender; podrán asistir a clases todos los niños mexicanos –nadie niega que esto es importante y un avance- pero esto no elimina las desigualdades, en el desempeño escolar, el cual no es equiparable entre la población que tiene acceso a un buen nivel de vida y la que se encuentra en niveles de subsistencia, entonces ¿cómo se pretende alcanzar una cobertura con equidad en medio de tan grandes desigualdades? ¿con los PIFIs?.

La calidad educativa no sólo depende de la oferta, ésta es una cara de la moneda y es correcto que el gobierno la mejore; la otra es la calidad de la

demanda, sobre la cual el gobierno también tendría que empeñarse en mejorar, puesto que el nivel de vida de los mexicanos es una condición sustancial para aprender.

Los PiFis pretenden ser evaluados con indicadores que han sido cuestionados como la eficiencia terminal, la tasa de retención y la inserción del egresado en el mercado de trabajo. Veamos como ejemplo algunas críticas a los índices de eficiencia terminal (IET). Para mejorar el IET se sugiere establecer requisitos de ingreso que filtren a los mejores, asimismo se recomienda diseñar mecanismos laxos para facilitar la conclusión de los estudios, en suma un perfil de ingreso y egreso que favorezca la eficiencia terminal, que es un parámetro discutible para evaluar la calidad educativa. Éste es hasta el momento la herramienta más difundida para medir la productividad del sistema educativo. El IET busca medir la eficiencia de egreso comparando el número de egresados de un año o ciclo escolar, frente al número de alumnos de primer ingreso del mismo ciclo. Esta manera de medir tiene sus problemas según los especialistas: a) supone una misma cantidad de alumnos de nuevo ingreso, b) no filtra el rezago de las generaciones anteriores, c) no discrimina datos correspondientes a otras generaciones, d) no incorporar datos específicos de la generación que se busca estudiar. Blanco y colaboradores expresan que “el IET es excesivamente rudimentario y, por lo tanto, de poca utilidad práctica, por que no mide lo que cree estar midiendo” (Blanco, 2000).

Con estos índices es muy difícil destacar el fondo de la problemática de las IES y de sus PE. Nuevamente las baterías se enfocan en las cuestiones formales y no cuestionan la orientación de los programas que en el caso de la odontología es central, esto es un problema ético de la calidad de los programas.

Por otro lado, la población en México es heterogénea, proviene de contextos socio culturales, regionales y sociales distintos que requieren de estrategias de aprendizaje diferenciadas. Sin duda esto requiere un costo y una gran creatividad, ¿cual sería entonces la estrategia y el financiamiento para impulsar una propuesta con estas características? si se habla de la cobertura con equidad y calidad.

En el discurso de la globalización se exaltan valores como la tolerancia o la inclusión. Esto significaría aprovechar la diversidad para que ésta enriquezca la experiencia educativa individual y socialmente. Sin embargo, todavía no se ha construido una propuesta pedagógica que contemple incorporar y desarrollar habilidades no únicamente intelectuales, sino emocionales, estéticas, manuales, entre otras, que puedan contribuir a una mejor convivencia social, y no que empobrezca y reduzca a la educación en una visión única. Actualmente se reconoce que la educación, no puede orientarse por un sólo paradigma. Entonces se tendrían que construir paradigmas que incorporen y cuestionen lo que ha sido la marginalidad, basados en la diferencia, la inequidad y la desigualdad para impulsar propuestas educativas en un sentido amplio y desde una visión más panorámica.

La educación tendría que contemplar y capitalizar justamente lo que hace a los estudiantes distintos y potencializar estas diferentes habilidades, una contribución diferente de los estudiantes en los procesos educativos, partiendo del reconocimiento de que todos aprendemos y enseñamos juntos. Por ejemplo, crear espacios para entender la manera como los habitantes del medio rural leen la naturaleza, su capacidad de sobrevivir, las habilidades manuales y artísticas desarrolladas para cubrir sus necesidades mediante la artesanía, así como la importancia de los saberes populares sobre el uso de las plantas para la curación, entre muchos otros. Estos significarían cambios en la concepción de la educación, en las estructuras académicas, en la participación de los estudiantes en los procesos de enseñanza y aprendizaje, transformaciones que cuestionarían de fondo la manera como se ha llevado a cabo la tarea educativa, en fin, modificaciones que las IES no están dispuestas a hacer. La educación tiene que romper la idea de que hay estudiantes de primera, segunda o tercera clase y cambiar su propuesta educativa.

Las desigualdades que han sido motivo de preocupación por la UNESCO son las diferentes capacidades y ritmos de aprendizaje de los alumnos, mismos que no son considerados en los sistemas educativos y que muchas veces no tienen que ver con el nivel social, sino con características individuales. Entonces la preocupación de que el sistema educativo solamente planea para un estudiante

promedio está, pero en un sentido negativo, no en el positivo como lo estamos proponiendo. Sin embargo las dos cuestiones se tienen que contemplar en la planeación educativa como parte de la equidad (UNESCOb, 1998).

Sí consideramos que el punto de partida del actual gobierno es el individuo y no la sociedad, entonces las diferencias se tienen que considerar con mayor énfasis. Países como Suecia estructuraron las reformas del Estado tomando como punto de partida al ciudadano, hay que considerar que en estos países no existen diferencias abismales en su población, y el Estado brinda cobertura aceptable en bienes y servicios a los ciudadanos (Crozier, 1995).

Por otro lado el desarrollo humano sustentable como eje del desarrollo económico ha sido propuesto como un objetivo mundial por organismos internacionales como la ONU, desde hace varios años. Sin embargo, surgen algunas preguntas para el caso mexicano: ¿se puede hablar de personas humanas cuando no hay un mínimo de bienestar para toda la población?, la respuesta no es simple, el individualismo tiene su origen en los EU, y tiene su lado positivo; el problema es que en México somos producto de otras tradiciones culturales, como es la base comunitaria de un número importante de habitantes del medio rural, que casualmente son los más marginados, y justamente este apoyo comunitario les ha permitido sobrevivir. De igual manera el Estado mexicano moderno surge de un movimiento social que busca fundamentalmente la justicia, entendida como distribución de bienes y oportunidades que tampoco se puede soslayar. El sistema educativo superior se ha desarrollado en nuestro país más por un interés político, que ligado a la industria como en el caso Norteamericano (Bartolucci, 1994).

Partir de lo individual puede funcionar muy bien en algunos países de la Unión Europea o en Suecia en donde la gente tiene acceso, a la salud, la educación, solidaridad social, donde hay un soporte social que asegura cierto bienestar. Pero cuando esto no existe entonces el discurso desde lo individual se apoya muy mal. No es que no se pueda tomar esta propuesta como ideal, pero hay que tener cuidado cuando se tienen desigualdades severas como en nuestro país.

La política de cobertura con equidad es interesante, sin embargo el gobierno define la equidad como igualdad de oportunidades, la equidad es algo más complejo que eso. La equidad se basa en el reconocimiento de las desigualdades. La equidad significa darle a cada quien lo que necesita, pero sobre todo es proporcionar acceso universal a bienes y servicios.

Un ejemplo ilustrativo de equidad son las necesidades de atención médica; no requieren lo mismo los hombres que las mujeres, ancian@s, discapacitad@s, deportist@s, los diabétic@s, por mencionar algunos casos. Pero las vacunas en la primera infancia las necesitaríamos todos para el bien común. El concepto de la OMS de universalidad y equidad en el acceso a los servicios de salud es el siguiente:

“No significa que el gobierno deba prestar servicios de salud en forma gratuita para todos, ni que todos los individuos deban recibir igual atención. Más bien, requiere que la elección de los mecanismos para el financiamiento y la prestación permitan el acceso a todos los individuos y que haya justicia en la distribución de la salud, lo que requiere dirigir los servicios hacia los mas necesitados” (Madrid, 1998:4)

Aunque se está hablando de hacer más flexibles los planes y programas de estudio y ofrecer nuevos, no hay una regulación de la oferta. Se propone una diversificación de planes y programas pero las instituciones privadas abren carreras para las que puede haber demanda y que no requieran una gran infraestructura, aunque el mercado esté saturado de ese tipo de profesionales, como serían las áreas de Derecho y Administración. Si bien, está creciendo la cobertura de las instituciones privadas, se puede orientar desde el Estado el tipo de oferta que éstas deban hacer, sobre todo en las licenciaturas y el posgrado mediante los permisos y convenios que otorga la SEP. Se tiene que articular mejor el esfuerzo social en la educación para que sea más coherente y pertinente.

Sobre los Cuerpos Académicos

El CONACYT los define como "grupos de profesores de tiempo completo que comparten una o varias líneas de investigación o de estudios en temas disciplinarios o multidisciplinarios y un conjunto de objetivos y metas académicas" (www.conacyt.com). Los cuerpos académicos son una forma no estructural de organización del trabajo académico, fuera de las líneas de mando, de los organigramas y sindicatos; sobre los que se pretende hacer caer la responsabilidad del avance del conocimiento, el fortalecimiento de la investigación, así como parte del desarrollo institucional. Pero esta estructura, "extra institucional" solamente va a tener recursos para su consolidación y operación si forma parte de los PIFIs o de algún otro programa. Lo cual significa que estos grupos de profesores van a tener que nadar entre dos aguas, en la estructura formal de sus instituciones, con sus dinámicas, políticas y desarrollos, y la otra subordinada a las reglas del juego de la política externa. Cuestión complicada, puesto que conciliar situaciones distintas requiere de una gran energía y capacidad de negociación, energía que debe ser distraída del trabajo académico. El fortalecimiento de cuerpos académicos incrementará y profundizará las asimetrías que ya provoca el sistema de estímulos en los docentes (Varela, 1997). Por ahora es difícil predecir su impacto en la calidad de la enseñanza.

La organización basada en cuerpos académicos vinculados por la investigación y producción deja de lado la organización tradicional de las universidades por carreras o departamentos. Desde el punto de vista político constituye un peligro, porque los profesores no solamente son académicos, sino fundamentalmente son trabajadores asalariados. Esta escisión aumenta la presión laboral de los profesores que prácticamente luchan individualmente por mejorar o mantener sus condiciones laborales y de vida y le resta fuerza a la lucha colectiva (Abortes, 2003). También incrementa las cargas de trabajo sobre ellos, y como los recursos disponibles son pocos cada vez son sometidos a mayores exigencias para obtener un salario decoroso.

Por otro lado el sindicalismo universitario aunque tuvo sus desaciertos, va cada día en franco retroceso por la falta de consenso dentro y fuera de las IES. Por otro lado hay que considerar que el desmantelamiento de los sindicatos es

parte de la estrategia global (Flores Olea, 1999) Su importancia estratégica fue utilizada por Salinas de Gortari quien que hizo una alianza con el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE) para firmar el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica (ANMEB) en 1992, convirtiéndolo con ello, en un promotor activo de la modernización educativa.

Dejar el sindicalismo universitario excluido de la propuesta es un error, puesto que los avances en condiciones de trabajo de los universitarios se lograron por años de lucha sistemática, lo cual también marcó el destino y el desarrollo de la educación superior en nuestro país; impulsó la apertura en las propuestas educativas, permitió el repensar la universidad como un sitio de demanda, protesta y cambio social. Los universitarios son trabajadores asalariados, y el problema con los estímulos es que son temporales, el monto de los mismos es a veces a criterio de las autoridades, depende de los fondos que el Estado otorga a cada universidad, y no impactan el salario como tal, ni la jubilación como mencionamos (Varela,1997). Hay muchos problemas que los universitarios como trabajadores tienen que enfrentar en el terreno laboral y es difícil pensar la solución sin la participación sindical. Sobre todo si consideramos que son los profesores, sobre los que está cayendo la mayor vigilancia y responsabilidad de la tarea educativa. Aquí también hay una asimetría entre gestores y educadores. Jamás se evalúa la gestión universitaria, hasta el momento las autoridades a pesar del supuesto control sobre el presupuesto que hacen los cuerpos colegiados, cuentan con fondos discrecionales para gastos, en este sentido se tiene que avanzar hacia una evaluación más amplia, de cada aspecto de las instituciones educativas, y no únicamente centrar la evaluación en el desempeño de los maestros que si bien es uno de los eslabones más visibles, no es el único. Algunas veces los problemas en la operación de los programas tienen mucho que ver con una eficiente y eficaz gestión administrativa y una política flexible empeñada en apoyar el trabajo académico.

Los directivos de las IES han perdido capacidad de decisión ya que se ven forzados a participar de los programas estatales para mejorar su financiamiento, por tanto gran parte de su labor va encaminada a planear, a

informar y evaluar el destino de estos fondos. Los puestos directivos en las universidades se están transformando en puestos de burocráticos más que de liderazgo.

Los Planes señalan que muchos de los recursos financieros son absorbidos por administrativos hay que hacer modificaciones para cambiar este aspecto, sin embargo, no hay ninguna acción o programa que recoja esta preocupación (Bobadilla, 1997).

Uno de los aspectos centrales de la ES públicas es su dependencia absoluta de los fondos federales o estatales ya que en las épocas de crisis la educación se ve fuertemente afectada. El diversificar el financiamiento es una de las principales preocupaciones que deben enfrentar las IES públicas. Por ejemplo la Universidad de Guadalajara ha impulsado la venta de servicios para obtener fondos adicionales. Sobre estas experiencias es que se tendría que avanzar; puesto que el financiamiento es crucial para el aseguramiento de la cobertura y la calidad educativas (Comboni, 2002).

El lado positivo de la evaluación institucional es que todas las IES son tratadas con los mismos parámetros, el problema son las desigualdades en el desarrollo de cada una de ellas, que no se pueden subsanar con el cumplimiento de las políticas federales. Es más las políticas federales tal y como se han planteado van a zanjar aún mas las desigualdades entre las IES, fortaleciendo las más consolidadas.

Si se ve particularmente a cada institución y no al sistema en su conjunto, no es posible detectar las áreas problemáticas o las mejor desarrolladas en cada una de las IES, lo cual permitiría equilibrar la oferta educativa, un plan macro ayudaría a esto; independientemente que particularmente la institución realice su planeación institucional

Son muchos los aspectos que hay que cuidar en la educación para que ésta sea de calidad. El enfoque parece limitado al mejoramiento de los PE. La calidad educativa basada en el aprendizaje tiene que estar centrada en el desarrollo de personas, sujetos autónomos, críticos, creativos, responsables,

que pueden disentir de las propuestas educativas, de las políticas y esquemas neoliberales como única vía para el desarrollo social. Se requiere fomentar cambios significativos en la manera de ser, en la visión ética del profesional.

Situación de la Educación Superior

Características de la Oferta

El Sistema de Educación en México está conformado por 1,500 instituciones públicas y privadas. En 1990 atendía al 12.2% de los jóvenes entre 19 y 23 años, actualmente cubre al 20% de ésta población. Durante el año 2001, se brindó educación a más de 2.1 millones de estudiantes, 100 mil más que el ciclo anterior, un incremento del 4.8%. El 82.4% de la matrícula se registró en programas de licenciatura universitarias y tecnológicas, el 8.5% en la educación normal, el 6.2% en el posgrado y el 2.9% a nivel técnico superior universitario y/o profesional asociado (PND 2002-2006).

La matrícula de la educación superior ha sufrido avances y retrocesos en las últimas décadas, en los noventa disminuyó en un 2% en las universidades públicas y actualmente se esta incrementando, como se señaló (PND 2002-2006). El crecimiento en la matrícula se debe fundamentalmente a la mayor participación de las mujeres en la educación superior (Kent, 1995).

Los programas de licenciatura tienen una duración de cuatro años en promedio; atienden a 1, 664,384 estudiantes, de los cuales 1, 141,898, se encuentran matriculados en instituciones públicas y 522,486 en instituciones particulares. En 1990, el 18% de los estudiantes estaban inscritos en instituciones privadas, en el 2001, esta cifra se había elevado a 32%. El sector privado creció 254.8% en diez años; incremento que contrasta con el 66.3% del crecimiento registrado en el sector público (Álvarez, 2002, PND 2000-2006). Las instituciones privadas están aumentando su participación en la cobertura de la educación nacional, esta tendencia se expresa en otros países latinoamericanos (Comboni, 1997).

No obstante, la educación privada no es sinónimo de oferta bien regulada y de calidad; solamente 52 de las 100 IES que integran la Federación de

Instituciones Mexicanas Particulares de Educación Superior (FIMPES, 2001) han sido acreditadas, por ese organismo. Es posible que las instituciones acreditadas por la FIMPES concentren alrededor del 50% de la matrícula del sector privado, pero la otra mitad de estudiantes se encuentra inscrito en pequeñas instituciones de dudosa calidad, que se expandieron durante los noventa (Álvarez, 2002).

De los alumnos inscritos en el sistema público, 828,779 (72.6%) estudian en universidades y 313,119 (27.4%) en institutos tecnológicos. Los atienden 208,692 profesores, 28.9% de tiempo completo, 8.7% de medio tiempo y 62.4% por horas. De los profesores de tiempo completo 26% cuenta con grado de maestría y 6% con doctorado (PND 2001-2006. PNE 2001-2006).

El 50% de los estudiantes de licenciatura terminan los estudios y el 40% el posgrado. Por tanto tendría que preverse salidas intermedias en los diferentes niveles educativos, no solamente porque se encarece el costo por estudiante, sino porque se desperdicia la capacitación recibida (PNE 2001-2006).

La manera como se está comportando la educación superior muestra por un lado la dinámica demográfica del país, una población de jóvenes que buscan en la educación mejores oportunidades; una exigencia de mayor escolaridad por parte de los empleadores, así como un incremento de la cobertura de la educación básica, media y superior.

En la última década se han creado 2,500 programas de posgrado, sólo 430 se encuentran en el Padrón de Excelencia del CONACYT (www.conacyt.com). Esto significa que aunque hay una proliferación en la oferta del posgrado, éstos no cumplen los requisitos de calidad establecidos por las agencias evaluadoras y financieras.

Si bien, existe una mayor oferta de posgrados, no quiere decir que sea la mejor, ni la que el país requiere para su desarrollo; aun cuando los programas académicos hayan sido avalados por instancias que certifiquen su calidad. El posgrado tiene una importancia estratégica en el fortalecimiento de las IES, por

lo que habría que poner mayor atención en su calidad y pertinencia (Kent, 1995)

El Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES) creado en el 2000 con el propósito de reconocer la idoneidad de organismos no gubernamentales para acreditar los programas de estudio, ha reconocido a 14 instituciones capaces de acreditar los programas; únicamente 100 de ellos han sido acreditados. Si consideramos que existen unos 10,000 programas de pre y posgrado la situación es crítica. Los Comités Interinstitucionales de Evaluación de la Educación Superior (CIEES) en diez años evaluaron unos 2000 programas, así es que hay una distancia significativa entre el número de programas que operan y los que han sido evaluados y acreditados. Los programas evaluados por los CIEES cuentan con un diagnóstico, una opinión externa y recomendaciones para mejorar su operación únicamente, no significa que estén operando óptimamente. La evaluación a pesar de ser una política importante para la educación superior todavía no se reflejan sus frutos en la calidad de la misma.

Los resultados que obtuvo la OCDE en un estudio comparativo realizado en 32 países en cuanto a habilidades de lectura y matemáticas, en la educación básica; México ocupó el último y penúltimo lugares para una y otra. Aún con los problemas que puede presentar una evaluación de la OCDE, el resultado obtenido por México habla muy mal de la educación básica en nuestro país y obliga a pensar sobre el contenido de los planes y programas de estudio, los métodos pedagógicos y la capacitación de los docentes (OCDE, 2003).

La OCDE señala que una de las características del sistema educativo mexicano es su alto nacionalismo, calificada como una vocación excesiva hacia el proyecto nacional; una mexicanidad que para algunos observadores es un rezago en vez de un estímulo para repensar la educación, cuestión indudablemente discutible (OCDE, 2003. Albornoz 2002).

De acuerdo con el diagnóstico del PND 2001-2006 sobre los programas académicos se destaca que: la mayoría son extremadamente rígidos, tienen un enfoque altamente especializado y una pedagogía centrada en la enseñanza,

que fomenta una actitud pasiva de los estudiantes. Las licenciaturas promueven una especialización temprana, de diversa duración sin salidas intermedias, no se ocupan de la formación de valores, ni de la capacitación de personas emprendedoras, creativas, comprometidas con su realidad, empeñadas en buscar cambios en su profesión, o bien interesadas en desarrollar habilidades intelectuales superiores en los estudiantes.

Si bien las IES realizan exámenes de admisión estos no presentan perfiles específicos por carrera sino que evalúan conocimientos generales que deben tener quienes egresan del bachillerato, las universidades privadas hacen exámenes de habilidades de aprendizaje y la UNAM de conocimientos. Actualmente el CENEVAL está implementando un examen para el ingreso a la educación media superior y superior.

EL financiamiento

El financiamiento de la educación pública se hace con fondos gubernamentales, los estudiantes pagan mucho menos por su educación de lo que cuesta, lo cual tiene un impacto en el desarrollo de las instituciones públicas, aunque se guíen por criterios de justicia y redistribución sociales. En algunos países desarrollados los estudiantes pagan un 20% aproximadamente de su educación, en las instituciones públicas en México, ni siquiera eso; no estamos diciendo que el factor económico limite el acceso a la educación, pero existe una gran cantidad de alumnos (70% de la matrícula en la ES) en instituciones públicas que podrían pagar un mayor porcentaje y este ingreso transformarse en mayores recursos. Mientras que en el sistema privado los estudiantes pagan la totalidad de su educación (30% de la matrícula), a un costo más elevado que en el sector público ((PND 2002-2006). Lo cual significa que se está conformando un sistema inequitativo y comercial en la ES (Álvarez, 2002).

El problema del costo de la educación es complejo, los países desarrollados con los que se firmó el TLC como Canadá y EU destinan 14 veces más recursos por estudiante en educación superior que en México. Según la OCDE en nuestro país se gastan unos 16,390 dólares por alumno durante la

educación media superior, mientras que en Suiza y EU eso se gasta en un año por estudiante. La diferencia de recursos es insuperable, la educación superior en nuestro país está subfinanciada, lo cual repercute en su calidad. Pero no basta solamente incrementar el financiamiento estatal, hay que saber cómo gastarlo (OCDE, 2003. Tünnermann, 1996).

El gobierno mexicano invierte más recursos conforme el estudiante avanza en el sistema escolar 27% del PIB per cápita se destina a la educación media superior y el 57% al nivel superior (en los países miembros de la OCDE el promedio es del 44%), resulta contradictorio pensar que quienes se benefician de los grandes subsidios públicos son aquellos que tienen mejores ingresos y por tanto alcanzaron la educación superior (OCDE, 2003). Entonces si se busca el acceso con equidad al sistema educativo lo que se tiene que fortalecer son otros aspectos económicos sociales del modelo de desarrollo social, que favorezcan que cada vez más jóvenes accedan y cursen exitosamente la ES.

La demanda

Otro de los problemas que presenta la ES es la manera como se distribuye la demanda educativa, ya que existe una matrícula concentrada en pocas carreras con mercados laborales saturados, mientras que áreas como Ciencias Naturales y Exactas presentan una escasa demanda. De acuerdo con la ANUIES durante el 2001 las Ciencias Sociales y Administrativas captaron el 49% de la población escolar a nivel licenciatura, 33.1% la Ingeniería y Tecnología, 9% las Ciencias de la Salud, 4.4. % Educación y Humanidades, 2.5% Ciencias Agropecuarias y 2% Ciencias Naturales y Exactas. Del 9% de las Ciencias de la Salud, el 20% corresponde a la Odontología (ANUIES, 2001).

Las 15 licenciaturas más pobladas en el 2001 fueron: Derecho con 27.4%, Administración 11.5%, Contador Público 8.7%, Ingeniería Industrial 5%, Medicina 4.3%, Informática 4.2%, Ing. en Sistemas de Computación 3.3%, Psicología 3.2%, Arquitectura 3%, Ingeniero en Electrónica 2.7%, Ciencias de la Comunicación 2.2%, Diseño 2.2%, Ingeniero Civil 1.9%, Cirujano Dentista 1.8% y Mercadotecnia 1.6% (ANUIES 2001).

Las tres carreras que ocupan los primeros lugares generalmente se ofrecen en instituciones privadas, donde se requiere un gasto mínimo para su operación. Mientras que licenciaturas que están orientadas a la investigación y que necesitan de infraestructura, laboratorios, como las ciencias naturales solamente se ofrecen en las IES públicas. El caso de la medicina y la odontología tendría que verse aparte, primero porque son carreras que permiten el autoempleo, por un lado, por otro la medicina cuenta con prestigio social y las prácticas clínicas se hacen en las instituciones del sector salud, es decir que no se requiere infraestructura hospitalaria por parte de las escuelas, sino el establecimiento de convenios. El problema de la licenciatura de medicina es que es larga, de dedicación exclusiva, además que el profesional se tiene que especializar para enfrentar con cierto éxito el mercado de trabajo. La odontología es una carrera más corta, muchos estudiantes la toman como segunda opción en caso de no ser admitidos en medicina, pero para formar odontólogos la institución educativa necesita contar con clínicas propias. Mantener una clínica tiene un costo alto, sin embargo en las universidades tanto públicas como privadas esto no parece ser un problema se pagan cuotas por el derecho a clínica, los pacientes o los estudiantes pagan parte de la atención, los alumnos llevan materiales e instrumental es decir que hay mecanismos para amortiguar los costos, que funcionan tanto en las escuelas privadas como en las públicas, ya que existen muchas instituciones de ellas que tienen escuelas de odontología y no han dejado de proliferar (existen más de 62 programas de odontología, Martínez, en prensa).

En el caso de las universidades públicas las colegiaturas son muy bajas y el costo de los estudiantes se incrementa, en licenciaturas que requieren de infraestructura. Sin embargo, de la mitad de los estudiantes que se titulan, el 73% corresponde al área de la salud de acuerdo con el informe de la OCDE, en este sentido las carreras del área médica son rentables, ya que más estudiantes logran terminar sus estudios y recibirse, lo cual disminuye su costo económico y social (Comboni, 2002).

El Servicio Social

Sobre el diagnóstico del Servicio Social en el Plan Nacional de Educación 2001-2006 se menciona, que debe tener mayor articulación con los programas educativos, además de ayudar a consolidar habilidades, destrezas y actitudes profesionales, así como contribuir a la solución de los problemas prioritarios del país; ésta opinión no aporta nada nuevo a lo que fue la idea original del servicio social. Sin embargo, los problemas que se han presentado con la expansión del sistema educativo ha sido la falta de proyectos y espacios bien estructurados para que el Servicio Social cumpla su función, tampoco las IES han elaborado una propuesta académica interesante para este momento de transición del recién egresado hacia su vida profesional. La manera como se cubre el Servicio Social actualmente es heterogénea, muchas veces se ve como un impedimento y un trámite para la titulación y no como una oportunidad para afianzar y proyectar lo aprendido (Ruiz, 1995).

La evaluación y acreditación

A pesar de los logros obtenidos en cuanto a la evaluación y la acreditación en la educación todavía existen algunos problemas, entre ellos hacer que la evaluación se convierta en un ejercicio sistemático y cotidiano por parte de las IES, que los resultados realmente contribuyan a mejorar la operación de los programas, que los instrumentos de evaluación se perfeccionen y positivamente midan cuestiones de fondo como sería la pertinencia del programa frente los problemas que le dan origen y no sólo se centren en buscar la coherencia interna de los mismos y que se conforme un cuerpo especializado de evaluadores por área. No se trata únicamente de crear actores sociales con distintas funciones que trabajen desarticuladamente sino contar con un sistema confiable de evaluación (Mendoza, 1997). La propuesta del actual gobierno de crear un sistema nacional de evaluación y acreditación de programas educativos no gubernamental, solventado en pares académicos de reconocido prestigio y solvencia moral no es mala, pero hay que diseñar este sistema a partir de las experiencias que han tenido las diferentes organismos evaluadores y buscar la coherencia de este sistema al interior y al exterior de las IES.

Aunque la acreditación y la evaluación expresan una relación moral distinta entre los actores de la educación dentro de una sociedad más exigente, no se puede, como se pretende actualmente, condicionar el apoyo financiero extraordinario a los resultados de la evaluación y de la acreditación; sí se habla de equidad como valor fundamental de la propuesta educativa en término de igualdad de oportunidades, ya que con esto se fomenta justamente lo contrario.

La investigación

La investigación científica y humanística en el país se realiza fundamentalmente en las universidades públicas, está distribuida heterogéneamente en el país dependiendo de las áreas de que se trate. Los recursos que se destinan a la investigación son muy pocos, existe un rezago importante en esta actividad. Para impulsarla se requiere personal calificado, infraestructura, equipo, organización del trabajo académico y tradición institucional, cuestiones todas que no se pueden modificar de un día para otro. Dentro de los planes de desarrollo institucional se tendría que apuntar hacia proyectos a mediano y largo plazo para ampliar y diseminar la investigación, tal vez al principio de manera interinstitucional. Pero cualquier propuesta que se quiera impulsar requiere de fondos. En AL la inversión en ciencia y tecnología es aproximadamente el 0.5% del PIB, mientras que los países desarrollados gastan el 3.0% en este rubro. La UNESCO recomendó hace 10 años que se destinara el 1% del PIB al desarrollo a la investigación (Tünnermann, 1996. Martínez Rizo, 2000).

La tarea investigativa recae en las IES públicas, mientras que las privadas se dedican fundamentalmente a la repetición del saber, es decir que cumplen objetivos distintos dos instituciones que aparentemente se dedican a lo mismo.

La calidad educativa y las condiciones salariales

El diagnóstico que hizo la OCDE sobre la educación superior en nuestro país encontró que los bajos salarios de los profesores, son un problema, sobre todo frente a una creciente exigencia y vigilancia sobre su desempeño (OCDE, 2002). La gran diversidad de programas de incentivos conformados por: el

Sistema Nacional de Investigación (SIN), los estímulos a la docencia, la permanencia, el desempeño académico, el PROMEP, los lineamientos del CONACyT, los criterios para obtener el Fondo para la Modernización de la Educación Superior (FOMES) o el Fondo de Inversión de Universidades Públicas Estatales (FIUPEA) no parecen impulsar el aprendizaje del estudiante, sino la productividad del académico, tanto en horas frente a grupo como en artículos o productos tangibles. La OCDE recomendaba continuar con el sistema de estímulos, ampliarlo y volverlo más transparente. Sin embargo esta forma de retribuir a los profesores ha creado fuertes desequilibrios en el nivel de ingreso entre los mismos compañeros de trabajo, lo cual crea tensión en una tarea que se basa en la colaboración, por un lado; por otro éstos recursos financieros no impactan el salario base, las prestaciones o la jubilación como ya se mencionó (Varela, 1997). Esta situación seguramente va a repercutir en el reemplazo tardío de los profesores, puesto que este sistema los mantendrá mayor tiempo en sus lugares de trabajo, limitará la contratación de nuevos talentos, en fin, puede provocar un estancamiento en el mercado de trabajo universitario y a lo mejor un acartonamiento en la oferta educativa, cuyo resultado es negativo para la calidad educativa. Los incentivos, no obstante, han mejorado los ingresos de un número importante de docentes y han mantenido estándares de productividad en las IES.

El obtener mejoras salariales vía la productividad ha fracturado al sindicalismo universitario, abriendo paso a una lucha individual, silenciosa y cotidiana de los académicos por mejorar sus ingresos, bajo su riesgo particular (Ibarra, 2002). Las consecuencias han sido un distanciamiento de los profesores de su identidad como trabajador asalariado y por supuesto de su combatividad colectiva. Los programas de estímulos y becas de los profesores han sido el arma política efectiva para restar interés de los docentes de participar en el sindicato por tanto hay un alejamiento de éste frente a los intereses de los académicos, es un círculo vicioso.

En relación al trabajo académico ésta situación ha deteriorado el trabajo colectivo. Un estudio de Ernesto Soto sobre el problema del salario en la UAM y la UNAM concluyó que en la primera solamente un 30 % de los profesores

tiene acceso a los sistemas de estímulos y becas, que el deterioro salarial brutal que se tuvo durante la década de los setentas y ochentas en el salario de los profesores parece que se ha detenido pero solamente para los profesores con mejores ingresos como los titulares "C" (Soto, 1997). En fin el desplazamiento estratégico de mejoras salariales al profesorado por fondos específicos y no por la lucha sindical es un golpe político de graves consecuencias no sólo para las reivindicaciones laborales de los trabajadores asalariados de las universidades, sino también para su desempeño académico.

Otra cuestión que ha preocupado al gobierno y que está presente desde la modernización de la educación es el aspecto administrativo y la gestión universitaria. La OCDE señala que la proporción de personal administrativo en relación al académico es muy alto, se calcula que hay cinco administrativos por cada tres académicos, en general mal calificados. Los desequilibrios entre las tareas administrativas y las académicas en las instituciones públicas es un problema que se tiene que prever y resolver a mediano y largo plazo, pensando en revertir la tendencia actual, más recursos a la docencia y menos a la burocracia que lejos de apoyar frena en muchos casos el desarrollo institucional (OCDE,2002).

La situación de la odontología

En relación a la Oferta

Actualmente hay unas 62 escuelas y facultades de odontología en el país, de las cuales 36 (58%) son públicas y 26 (42%) privadas. Aquí la proporción entre instituciones públicas y privadas está más equilibrada en relación a lo que ocurre en la ES en general. Sin embargo, este dato no revela la cobertura real, ya que el número de alumnos es superior en las instituciones públicas, por ejemplo, la FES Iztacala (UNAM) atiende anualmente una población escolar de aproximadamente 2,200 alumnos, mientras que algunas escuelas privadas admiten unos 50 estudiantes en promedio por promoción y las escuelas de nueva creación pueden contar de 16 a 30 alumnos, por generación. En el Distrito Federal existen 11 escuelas y facultades de odontología casi 19% de la oferta educativa nacional (ANUIES 2001).

La odontología es una licenciatura con un alto porcentaje de mujeres, incluso mayor que la educación superior en general, cuyos porcentajes son 47.8% (793,393) de mujeres y 52.2% (867,580) de hombres. Tan sólo en el DF de los 7,867 estudiantes de odontología matriculados en el 2001, el 30% (2,415) eran hombres y 70% (5,452) mujeres, una diferencia importante con la ES. Se puede decir que hay una “feminización” de la odontología. Es interesante que esta tendencia se está dando a nivel internacional. Este fenómeno puede estar asociado con la imagen social de la profesión, que la vuelve atractiva a las mujeres (ANUIES 2001, FDI Congreso de Orlando, 1996. Silverton, 2001).

La enseñanza de la odontología al igual que los demás programas académicos es rígida, especializada, centrada en la enseñanza, no se promueve la enseñanza de los valores ni una actitud proactiva de los estudiantes en su aprendizaje; con el agravante de que el modelo de enseñanza es el de la práctica privada individual. Un modelo apoyado ideológicamente por el paradigma del libre mercado, pero muy limitado en cuanto a desarrollo de la profesión y la solución de las necesidades de salud (López Cámara, 2002). En pocas palabras es un modelo ineficaz e ineficiente, no competitivo desde el punto de vista del mercado, desde el paradigma que le da sustento.

Las evaluaciones del proceso de enseñanza en odontología se enfocan exclusivamente al desarrollo de habilidades técnicas y no a la solución de los problemas de salud, por tanto para la evaluación clínica se toma en cuenta en general un número arbitrario de actividades por estudiante que determina cada grupo de profesores, -sin estar basados para ello en una investigación previa sobre el promedio de actividades que tiene que hacer un estudiante para hacer bien una actividad-. El paciente bajo este enfoque es útil para la enseñanza. Esta actitud utilitarista del odontólogo hacia el paciente a veces se mantiene a lo largo de su vida profesional, es algo que aprendió, junto con la amalgama. Un valor negativo a lo que debe ser la misión de la profesión (López Cámara 2002).

Un número importante de escuelas de odontología han aceptado pedir la aplicación del Examen General de Egreso en la Licenciatura de Odontología

(EGEL-O) por parte del CENEVAL como requisito para la titulación o como opción de titulación. Sin embargo, en instituciones como la UAM la aceptación de este tipo de requisito provocó una reacción negativa por parte de la comunidad universitaria, que ve los requisitos no sólo como una intromisión a la autonomía universitaria, sino como un obstáculo más dentro del largo camino del estudiante para concluir su formación profesional. Defender la aplicación generalizada del examen del CENEVAL como testimonio de la calidad del egresado es discutible, sobre esto volveremos en el siguiente capítulo (López Cámara 2002).

Como señalamos anteriormente los exámenes de admisión no tienen un perfil específico por carrera, en el área de la salud habría que analizar con más detenimiento la vocación profesional de los estudiantes puesto que se necesitan habilidades de comunicación, particulares y un compromiso por restablecer la salud de los enfermos, que muchas veces rebasa el acto clínico en sentido estricto. Por tanto se requiere un estudiante con ciertas cualidades o capacidades éticas y de madurez emocional y moral.

Situación de los profesores de odontología

En 1997 el número de profesores en 59 escuelas (públicas y privadas) de odontología era de 3,922, de los cuales 755 (19.25%) tenían tiempo completo; 350 (8.92%) medio tiempo y 2,817 (71.82%) estaban contratados por horas. De los profesores con posgrado 37 (0.9%) tenían doctorado; 311 (7.9%) maestría y 529 (13.5%) especialidad. El resto de los profesores unos 3,045 (77.7%) eran licenciados (López Cámara, 1999). Si comparamos la formación de los profesores de odontología con el promedio nacional para la ES aunque estemos hablando de años distintos, la situación es desventajosa para los dentistas. Solamente el 7.9% de los profesores tenían maestría, mientras, que el porcentaje nacional era del 26%; en el caso del doctorado en los dentistas es del 0.9%, en relación al 6% del promedio general; 20% menos en el primer caso y 5% en el segundo. En los últimos tiempos, como lo muestra un estudio posterior de López Cámara (2002) realizado en 23 escuelas públicas encontró que el 50% de los profesores contaban con licenciatura, 39% con una especialidad el 9% con maestría y el 2% con doctorado. Hay que considerar

que la odontología es una carrera con alto contenido técnico en donde la especialización es generalmente el paso siguiente a la licenciatura, más que la maestría o el doctorado que tienen una orientación más enfocada a la investigación. La odontología está mejorando la capacitación de los profesores; es una tendencia general aunque con un rezago importante en relación a otras profesiones (López Cámara 2002).

Mejorar el perfil de la planta docente es una política nacional que se ha impulsado decididamente con programas como el Programa de Mejoramiento al Profesorado (PROMEP) y Programa Nacional de Superación del Personal Académico (SUPERA), entre otros, lo cierto es que el impulso en la formación del profesor no tiene un impacto directo en la calidad de la enseñanza; a veces resulta contraproducente, los docentes mejor calificados y comprometidos con la investigación se alejan de la enseñanza, al menos a la de pregrado, aunque nadie niega que el fortalecimiento de la formación académica de los profesores es un factor importante en la calidad de la enseñanza y en el fortalecimiento institucional (Álvarez, 2002).

Por las características de la enseñanza de la odontología la contratación de profesores por hora no es una mala opción en términos generales; los beneficios de los profesores contratados en esa modalidad -señalan agencias como la OCDE- es que son profesionistas calificados en su área profesional; sin embargo, autores como Latapí mencionan que esto tendría que verse con más cuidado, porque a veces estos profesores no tienen las cualidades por las cuales se les contrata. Al evaluar el currículo del profesor convendrá ponderar cómo y en dónde ejerce su profesión y de que manera se actualizan (Latapí, 1996).

Otro problema que existe en la selección de los profesores por horas es que no pasan en la mayoría de instituciones un examen de oposición, como los profesores contratados de tiempo completo en forma definitiva por instituciones públicas fundamentalmente. López Cámara reporta en su estudio sobre 23 escuelas de odontología públicas en la República Mexicana, que solamente en 4 de ellas se realizaban exámenes de oposición para la contratación definitiva de los profesores (López, Cámara, 2002). Esto es una situación preocupante

en las instituciones públicas, donde se supone se tiene normada la contratación y promoción del personal académico. La contratación señala dicho estudio se hace con base en un análisis curricular y por otros mecanismos administrativos que muchas veces no son tan claros.

La formación de los profesores se ha visto impulsada por el PROMEP pero este programa con lo beneficios que ha tenido en la capacitación de los profesores, presenta algunos problemas. Por ejemplo en los planes institucionales no se identifica con precisión el perfil de los docentes a formar en el corto y mediano plazo dentro de una política bien definida de desarrollo y proyección de la institución. Es decir los profesores eligen libremente y de acuerdo a su interés lo que les gustaría estudiar -y eso es positivo- pero las instituciones no han identificado las áreas en las que se requieren formar recursos para su consolidación, lo ideal sería entonces conciliar el interés particular y el institucional, y no dejar todo al azar o a la buena voluntad. De igual manera ocurre con la actualización de profesores, es un asunto particular de buena voluntad más que un esfuerzo bien planeado de las IES. Esta situación tendría que mejorar con los Programas Integrales de Fortalecimiento Institucional (PIFI). Solamente en 4 de las 23 escuelas y facultades de odontología estudiada por López Cámara han realizado actividades de actualización en los últimos cinco años, pero habría que ver si estos cursos estaban dirigidos a capacitar en lo técnico, ético, pedagógico o apoyar el desarrollo puntual de los programas académicos (López, Cámara, 2002).

A los profesores también les gustaría saber, -después del esfuerzo de realizar un posgrado- su futuro desempeño en su institución, porque una parte importante de los profesores regresan hacer exactamente lo mismo; aunque su nueva formación esté en un área totalmente diferente adonde se habían desempeñado. Esta falta de planeación ocasiona un dispendio de recursos y un bajo impacto de la formación de profesores en la calidad de los programas educativos.

Los fondos de los programas de estímulos están destinados a los profesores contratados en forma definitiva y de tiempo completo, que son la minoría; la mayoría de los profesores están contratados por horas, no tienen estabilidad

laboral y reciben un bajo salario, así los beneficios de estos programas son para muy pocos. A partir de la modernización educativa existe un reconocimiento por parte de distintos actores sociales de la relación que existe entre nivel de vida de los profesores y calidad de la enseñanza (Loyo, 1997). Bajo este supuesto se trató de elevar el nivel de vida de estos trabajadores mediante la carrera docente para los profesores de enseñanza básica y los estímulos y becas para los profesores de educación superior como ya lo mencionamos.

En algunos tabuladores para evaluar el trabajo de los profesores, la docencia no ocupa un porcentaje significativo en los criterios de evaluación, ahí se valora fundamentalmente la productividad en términos de resultados de investigación, publicaciones, presentaciones en congresos etc. Instituciones como la UNAM y la UAM han creado un estímulo económico específico para la docencia que tiene como criterio las horas frente al grupo. Pero actividades como el trabajo comunitario y el servicio, no tienen prestigio, ni reconocimiento, y esta última es una de las tareas que realizan las escuelas de odontología de una manera importante y cotidiana. Este enfoque para evaluar el trabajo académico tendría que modificarse, sobre todo si se busca la vinculación externa y la solución a los problemas sociales. Las facultades y escuelas de odontología brindan una cobertura importante de servicios, no nada más cuantitativamente sino cualitativamente, el acceso a especialidades como cirugía, ortodoncia, endodoncia, es muy limitado en las instituciones de servicio públicas, así la atención que brindan a la población las escuelas de odontología representa una alternativa para aquellos grupos en desventaja social, ya que los costos de la atención son mínimos y muchas veces son los alumnos quienes les pagan a los pacientes el tratamiento, si lo necesitan para aprobar el curso. Una de las fortalezas de la enseñanza de la odontología bajo los criterios establecidos se convierte en una desventaja.

La investigación en odontología

En relación a la investigación no existe una tradición investigativa en una carrera que ha tenido un perfil técnico, por eso en la formación profesional esta tarea está prácticamente marginada. Solamente en 4 de las 23 escuelas

estudiadas por López Cámara se llevan a cabo algunas actividades de investigación (López Cámara, 2002).

La investigación no se considera como una alternativa profesional para la mayoría de los profesionales y el trabajo docente en la mayoría de IES está desvinculado de la investigación. En el caso de la UNAM que es la referencia educativa en el país, encontramos por un lado los Institutos de Investigación y por otra las Facultades, en odontología existe la Unidad de Posgrado donde se realiza una buena parte de la investigación. Existen pocas universidades donde los profesores están agrupados por áreas de investigación y que dentro de su contratación se especifique realizarla como parte de sus funciones, como la UAM, por ejemplo, que tiene el nombramiento de profesor investigador.

Por otro lado el mantener la investigación y la docencia como áreas separadas repercute en la calidad de la enseñanza, ya que los profesores no manejan sus temas a profundidad ni se encuentran actualizados. Sobre todo cuando se está hablando de una práctica y formación profesionales basadas en evidencias. La diferencia de un sistema educativo empeñado en la producción o reproducción de conocimientos a otro centrado en la creación y en el conocimiento, es el fortalecimiento de la investigación. Una sociedad fundada en el conocimiento requiere de creadores, de gente que haga preguntas sobre los problemas y busque soluciones, no se trata de seguir formando reproductores de formulas conocidas (Albornoz, 2002. Martínez Rizo, 2000).

La investigación en odontología revela el modelo profesional que determina la enseñanza de ésta disciplina, como lo muestra López Cámara en su estudio sobre la investigación en odontología en México. Las ciencias básicas ocupan el 0.2% de los trabajos mientras que las ciencias clínicas el 13%. Lo que llama la atención en el estudio es que la investigación epidemiológica ocupa el primer lugar de las publicaciones, aquí hay que señalar que las primeras incursiones en la investigación en el país fue justamente en la epidemiología, como una necesidad para poner en marcha programas como la fluoruración de la sal, así como responder a un interés creciente a nivel internacional de disponer de datos confiables para compararlos con otros países. En el trabajo mencionado se destaca que del total de artículos publicados, solamente están generando

nuevos conocimientos el 42% de ellos (López Cámara, 2001).

La mayoría de las publicaciones las están realizando los profesores de las universidades públicas, fundamentalmente la UAM que ocupa el primer lugar, la UNAM (CU) el segundo considerando que el autor separó cada uno de los campus de ésta institución; cabe destacar que la primera cuenta con una estructura diseñada para fomentar la investigación y su modelo educativo se basa en ésta (López Cámara, 2001). Por su lado la UNAM tiene una Unidad de Estudios de Posgrado, con una buena infraestructura material y humana por lo que tendría que tener el primer lugar de producción a nivel nacional. Las instituciones de salud realizan en general muy poca investigación. En el trabajo de López Cámara se destaca que de los 755 profesores contratados de tiempo completo solamente el 14% publicaron un artículo en 7 años. Son las universidades públicas las que tienen la capacidad de impulsar la investigación odontológica en nuestro país, y esto tiene que ser contemplado ahora que se están llevando a cabo las evaluaciones, si se quiere avanzar en una atención médica basada en los conocimientos (López Cámara, 2001).

El Servicio Social en odontología

El Servicio Social se pensó como una forma de retribución y de solidaridad social, que en algunos programas lo ha tenido, pero en la mayoría de ellos no (PNE 2000-2006. Ruiz, 1995). En el área de la salud es donde hay una experiencia más consistente del Servicio Social. En el caso de odontología las plazas las solicitan las IES a las diferentes instituciones del sector salud, de acuerdo con las posibilidades de cada una de ellas se otorgan. Sin embargo, todas las plazas son enviadas a la Secretaría de Salud (SSA) que tiene el control y el reconocimiento del servicio social. Muchos de los servicios que ofrecen las Instituciones de Salud son apoyados cotidianamente por los pasantes, esto tiene un lado positivo para el estudiante en términos de experiencia, pero negativo para la calidad del servicio, ya que este muchas veces se realiza sin supervisión. Aunque se supone que el pasante siempre

esta supervisado. No obstante, los problemas que se presentan en los servicios de salud la mayoría de los testimonios de los pasantes en servicio social de la UAMX, consideran la experiencia enriquecedora y formativa (Comunicación personal Dra. Laura P. Sáenz encargada del Servicio Social en Estomatología durante 2001-2002 en la UAMX).

Tendencias en la educación superior

En suma las tendencias más importantes en la Educación Superior en México están dadas por los cambios estructurales en las relaciones de las IES-Estado; mismos que se expresan en la aparición de nuevos actores sociales encargados de modular y aplicar las políticas públicas. Bajo esta perspectiva, la autonomía se encuentra cada vez más acotada en las universidades. Esto último es un problema que atañe a las IES por igual, las privadas y las estatales no tienen autonomía pero si se ven afectadas por la vigilancia que el Estado está ejerciendo sobre ellas.

No solamente la relación entre IES-Estado está cambiando, también la relación entre IES y sociedad; ésta triple relación IES-Estado-Sociedad ha vuelto más compleja la interacción y los interlocutores a quien se enfrentan las IES.

Las IES han perdido su capacidad de responder, criticar y proponer alternativas ante una visión restringida, limitada e impuesta por el Estado y se ajustan a las exigencias externas, en este proceso van perdiendo el propio rumbo, empeñan su autonomía y “cumplen” cabal y pasivamente con lo que se les ordena. En otros términos hay un cambio en la misión de la universidad de ser una institución dedicada al desarrollo y crecimiento del conocimiento, a una institución que cumple una función social desde la perspectiva del Estado, la de dar cuentas (Villaseñor, 2002). La educación superior en México ha sido modelada justamente con la participación social reflejo de la inconformidad y del espíritu crítico, posición que tendría que recuperar para proponer alternativas más acordes con las necesidades del país que con los intereses económicos de la economía globalización.

En suma las tendencias en la ES las podríamos resumir de la siguiente manera:

I-Aumento de la cobertura educativa.

II-Diferenciación creciente de las IES en términos de:

a) financiamiento

b) cumplimiento de las políticas públicas.

c) desempeño académico

d) en sus profesores y egresados

III.-Los IES privadas están aumentando su participación en la cobertura educativa, pero tienen poca regulación de su desempeño académico.

IV.-Cambios en el ejercicio de la autonomía en la IES que se expresa en:

a) disminución de la capacidad de los órganos colegiados y de las autoridades universitarias de conducir las instituciones educativas.

b) necesidad de responder a las políticas estatales y dar cuentas, para obtener financiamiento

V.-Desplazamiento de los sindicatos universitarios como organizaciones capaces de gestionar mejoras en los salarios de los trabajadores académicos, por la lucha personal de cada uno de ellos.

VI.-Pérdida de la identidad del trabajador académico como asalariado.

VII.-Reestructuración de los programas académicos por los resultados de la evaluación y para conseguir la acreditación.

VIII.-Ampliación del programa de becas para los estudiantes de educación superior, cuyos montos son insuficientes para apoyar a los estudiantes con escasos recursos económicos.

IX.-Se mantiene la dependencia financiera del gobierno por parte de las IES públicas.

X.-Se perfeccionan y se amplían los sistemas de evaluación y acreditación y se fortalecen los actores encargados de estas tareas.

XI.-La calidad de la educación no se da en el sistema en su conjunto sino en programas específicos, dentro aquellas instituciones que tienen tradición e infraestructura.

XII.-Incremento al porcentaje del PIB en la ES, pero no en términos proporcionales a la oferta y menos a la calidad de la misma.

XIII.-Mayor participación de la mujer en la educación superior.

XIV.-La consolidación y desarrollo de los cuerpos académicos restringido a ciertas áreas e instituciones.

XV.-Incremento de la participación de la sociedad civil en la vigilancia del desempeño de las IES.

XVI.-Se mantiene el desarrollo de la investigación en las universidades públicas.

XVII.-Cambio de identidad de la universidades públicas, de institución dedicada a la búsqueda de la verdad, por una, institución cuya función social es responder a la sociedad que la sostiene (Ibarra, 2002. Villaseñor 2002).

Tendencias en la odontología

Las tendencias de la ES obviamente impactan a la odontología considerablemente, sin embargo, habría que destacar algunos aspectos en relación a ésta.

La odontología se encuentra en una situación desventajosa de acuerdo con los criterios de evaluación de las IES, en cuanto a productividad, investigación, formación de profesores, cuerpos académicos entre otros; mientras que la fortaleza de la odontología que es ofrecer servicios dentales universitarios a la población que no tiene acceso a ellos, es una acción prácticamente invisible.

Didrickson señala que lo esencial para transformar la educación es reformar el currículum; y no pensar únicamente en términos de la coherencia de los programas para cumplir con la evaluación.

“hoy en día lo que está en crisis son las profesiones tradicionales liberales, las referentes a un mercado de trabajo unidimensional, y lo que está en juego es la modificación del perfil de egreso, el tipo de carreras, la disciplinariedad cerrada, diferenciada, que fractura las posibilidades de desarrollo en la producción de nuevos conocimientos, su articulación, la creación de nuevas áreas de complejidad, la transdisciplinariedad hacia el desarrollo de perfiles de egreso con referentes ocupacionales emergentes”. (Didrickson, 2002:54).

Éste es en el fondo el gran reto que se presenta a la odontología, que es el encontrar soluciones en la formación profesional para que los egresados atiendan los problemas de salud bucal y puedan desarrollar una práctica exitosa en las condiciones actuales del mercado de trabajo.

Para cambiar se requiere de una profunda reflexión ética por parte del gremio y los formadores de recursos humanos, autocrítica, capacidad de decisión, liderazgo, presión social, claridad en la conducción del proceso y recursos. Construir una forma de ser profesional sobre la que no hay tradición ni experiencia, una hipótesis que puede resultar o no es un riesgo difícil de asumir.

La odontología es una práctica profesional cuyos fundamentos tienen un soporte ideológico en el modelo global, soporte que refuerza su práctica profesional (aunque la crisis del mercado y la incapacidad de brindar soluciones a los problemas de salud muestren lo contrario); pero por muy fuerte

que sea este soporte ideológico es insuficiente para reforzar un modelo de práctica, que no se adecuan la realidad social. La profesión entonces tendría que incorporar elementos para “modernizarse”, volverse competitiva, productiva y eficiente aún dentro de su esquema profesional.

Sin embargo, existen otros factores que también pueden impulsar transformaciones en la odontología, más allá de las políticas de educación, como son el perfil socioepidemiológico de la población, las nuevas epidemias, las políticas de salud, por mencionar algunos, condiciones que tarde o temprano modificarán la enseñanza y práctica de la odontología.

Las políticas que mayor impacto están teniendo en la vida cotidiana de las IES son la evaluación y la acreditación. Como el objetivo de nuestro trabajo es hacer un estudio de las tendencias de la educación odontología desde un punto de vista ético únicamente analizaremos en detalle las políticas de evaluación y acreditación porque expresan una nueva moralidad entre la sociedad, el Estado y las IES que forman a los odontólogos en México en el siguiente capítulo, además la evaluación ejemplifica muy bien la ingerencia de las políticas estatales en el desarrollo de los programas de estudio, en las tareas cotidianas de los profesores y los alumnos. Algo que parece tan alejado como es la globalización toma vida a través de actores que vigilan el buen desempeño de la enseñanza de la odontología en nuestro país.

Carlos Salinas de Gortari 1989-1994	<ol style="list-style-type: none">1.-Defender la soberanía y preservar los intereses de México en el mundo2.-Ampliar la vida democrática3.-Recuperar el crecimiento económico con estabilidad y precios4.-Elevar productivamente el nivel de vida de los Mexicanos

Capítulo V

Los procesos de evaluación como política para mejorar la calidad de la enseñanza odontológica.

Introducción

Los procesos de democratización social han impulsado una mayor participación de la sociedad en procesos que antes se consideraba competencia exclusivamente de las instituciones educativas, como la evaluación. Es ilustrativo el número de actores sociales que han aparecido en el escenario nacional, comités, consejos, comisiones, etc. encargados de evaluar aspectos distintos de la formación profesional, acreditar los programas de estudio y certificar el ejercicio profesional; unos constituidos por y desde las instituciones gubernamentales, otros provenientes de los gremios y asociaciones de escuelas y facultades, quienes tratan de incorporar el mayor número de actores sociales en sus tareas y de esa manera posibilitar la pluralidad, la representatividad y el consenso, así como desarrollar una visión más amplia y comprensiva de de la profesión y formación de los recursos humanos. La creación de las agencias evaluadoras expresa una nueva moralidad y una relación distinta entre sociedad, gobierno e instituciones educativas.

En el caso de las profesiones de la salud las instituciones sanitarias se suman a estos comités por su participación en la formación de los estudiantes en los servicios.

El impacto de este novedoso escenario al interior de las IES está propiciando las modificaciones de sus propuestas educativas, así como la necesidad de justificar más claramente los apoyos financieros que reciben. Lo cual representa un beneficio tanto para las IES como para el conjunto social.

Conforme va creciendo la participación social, aumentan las exigencias de los usuarios sobre los servicios que reciben; la calidad de la educación y de la atención médica son demandas prioritarias; demandas que tienen que ser

atendidas tanto por las instituciones responsables como por la sociedad en general.

No hay que olvidar que las profesiones de la salud tienen una mayor vigilancia social sobre ellas y están altamente normadas. Esto se debe en parte, porque los profesionales actúan en momentos significativos de la vida, por tanto su acción es social e individualmente sensible. Así, la vigilancia de éstas profesiones no solamente se restringe al ámbito educativo, sino de manera importante al desempeño profesional.

La aparición de diferentes actores sociales involucrados en mejorar la educación y la práctica odontológica sin duda constituye el nuevo escenario en el que se desarrolla la profesión, un escenario mas complejo con mayor número de participantes y con una visión ética de mayor compromiso. Lo cual significa que el estudiante además de contar con los conocimientos que sustentan su quehacer, necesita adquirir una formación moral sustentada en los marcos éticos, técnicos y legales que acotan su práctica, elementos que se tienen que desarrollan durante la educación profesional (Luengas, 2001).

Los PND y el PNE 2001-2006 proponen entre sus objetivos la educación superior, de buena calidad; la buena calidad de los programas se pretende alcanzar mediante distintos mecanismos, entre ellos: la evaluación y la acreditación de los programas de estudio, la formación docente, la ampliación de la infraestructura, así como la mejora a los salarios de los profesores mediante estímulos y becas y la creación de cuerpos académicos. Estas políticas van a impactar de manera distinta cada programa de acuerdo con sus condiciones particulares (PNE, 2001-2006). Algunas de estas políticas se han discutido en los capítulos anteriores, sin embargo la evaluación requiere de una atención especial para el caso que nos ocupa.

La evaluación se enfoca directamente a valorar el desarrollo de los programas de estudio, a analizar el quehacer cotidiano de profesores y alumnos, así como de la institución, por tanto tiene un fuerte componente ético. Son muchos los actores involucrados en evaluar distintos aspectos de la educación profesional,

desde perspectivas y métodos diferentes; es importante entonces conocer quienes son estos actores, cómo están evaluando para ver de que manera su intervención contribuye a elevar la calidad de la enseñanza de la odontología en nuestro país.

Antecedentes

La evaluación es una tarea ética, puesto que valora, califica, establece lo bueno o lo malo de los programas educativos. De acuerdo con la teoría del valor, atrás de las acciones se encuentran los valores, que son muy diferentes a sus consecuencias, los hechos y las actitudes. Los métodos para evaluar en este caso son asimismo sustentados por valores y por una idea de lo que debe ser una buena práctica profesional.

El Programa de Modernización de la Educación (1988-1994) impulsado por el gobierno salinista con el propósito de hacer más competitiva la educación en México señalaba entre sus propósitos la voluntad del Gobierno Federal de evaluar la educación superior, como se mencionó en el capítulo anterior.

No obstante, la preocupación por mejorar la educación superior estaba presente muchos años antes, uno de los primeros problemas que se detectaron al inicio fue la falta de planeación adecuada de la ES; así se fundó la Coordinación Nacional para la Planeación de la Educación (CONPES) en 1978. La CONPES es una comisión colegiada en la que participan autoridades e instituciones de educación superior; con el propósito de “impulsar el desarrollo armónico de la educación superior a través de la planeación integral, de manera que las instituciones logren la articulación, el equilibrio y la coordinación indispensables para dar respuesta racional y efectiva a las demandas sociales” (CIEES 1995:5). La CONPES creó la Comisión Nacional de Evaluación de la Educación Superior en 1989 (CONAEVA), una de las funciones de esta comisión ha sido la de definir los lineamientos para la evaluación interinstitucional.

En 1990 los rectores de las universidades, los directores de los institutos tecnológicos en la Asamblea de la Asociación Nacional de Universidades e institutos de educación Superior (ANUIES) acordaron proponer a la CONAEVA la creación de un Sistema Nacional de Evaluación de la Educación Superior (SNEES); éste sistema abarcaría tres aspectos:

- 1) la “autoevaluación” de las instituciones de educación superior
- 2) la evaluación interinstitucional o evaluación de pares a cargo de los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES).
- 3) la evaluación del sistema y subsistemas de educación superior por la Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica (SESIC), la Subsecretaría de Educación e Investigación Tecnológica (COSNET) y la ANUIES.

Los aspectos que se acordaron evaluar fueron los siguientes:

- Evaluación del desempeño escolar
- Evaluación del proceso educativo
- Evaluación de la administración
- Evaluación de la política educativa
- Evaluación del impacto social (Llorena 1994)

Se pensó entonces que la evaluación coadyuvaría al desarrollo del sistema educativo, a mejorar la planeación, a vigilar el desempeño del proceso, así como a identificar obstáculos que incidieran en el desarrollo institucional (Llorena, 1994).

La creación de diferentes instancias evaluadoras de la educación superior muestran lo complejo del problema, lo cual se ve reflejado en las estrategias e instrumentos que se diseñaron para cumplir con esta tarea.

El impulso de quienes trabajan en la educación y en el ejercicio de la profesión de definir la idoneidad social de las propuestas educativas y vigilar la calidad del ejercicio profesional obedece sin duda a una preocupación ética y a las

exigencias de una sociedad democrática, así como a una nueva dinámica global y regional impuesta desde afuera para sentar las bases para la integración entre países que participan en el TLC.

Evaluación de la calidad educativa

La calidad es el principio fundamental sobre el que se centra la evaluación, pero que significa calidad educativa o más bien que significa evaluar la calidad en la educación.

Cada acción y proyecto humano tienen un propósito y una forma de alcanzarlo, así todo proyecto que se emprenda tiene una evaluación, una valoración, una apreciación; (Carrión, 2001). La valoración se hace por contraste con experiencias previas y de acuerdo a referentes objetivos o subjetivos de quienes valoran determinados por la sociedad y la cultura. La evaluación es parte de la planeación, y permite ver, si los propósitos se cumplen y en que medida lo hacen. En procesos complejos donde intervienen múltiples factores como la educación, las cosas se complican.

La evaluación educativa es un proceso sistematizado, sustentado teóricamente, investigativo, participativo, cuyos resultados ayudan a tomar decisiones, por tanto es un hecho científico y político.

Aunque la evaluación en México se ha desarrollado desde hace algún tiempo su reconocida importancia dentro de la educación es reciente; durante los noventa es cuando adquiere mayor relevancia dentro de la modernización educativa, lo cual se expresó en la creación de diferentes actores sociales, así como en una mayor decisión política para llevarla a cabo que se tradujo en recursos financieros, capacitación de recursos humanos y compromiso por parte de las distintas instituciones.

Después de una etapa en la ES en México que estuvo centrada en la planeación y tal vez como consecuencia de ésta, se llega a otra etapa caracterizada por la evaluación. Esto no solamente significó un cambio de

enfoque sino la necesidad de responder a problemas como: a) el deterioro de la calidad de los egresados a consecuencia del incremento de la matrícula a nivel superior; por tanto la necesidad de reestructurar el sistema de educación superior, b) la globalización y regionalización de las economías que exigen parámetros similares en la formación de recursos para hacer posible la movilidad entre países con diferentes tradiciones académicas; c) la necesidad de controlar y eficientar los recursos que se destinan a la educación; y d) el incremento de la educación privada y la participación social en la vigilancia del desempeño institucional. En suma la preocupación por evaluar las IES se debe a las transformaciones experimentadas por las instituciones y la sociedad en el mundo global.

Para Richard Simoneau “evaluar la universidad quiere decir emitir juicios de valor a propósito de la pertinencia y la razón de ser de sus objetivos, su grado de cumplimiento y la forma en que han sido alcanzados “(Simoneau, 1991:206). Esta definición de la evaluación es muy general ya que las evaluaciones tienden a ser acotadas sobre aspectos específicos.

La evaluación educativa es un instrumento útil para la planeación, el establecimiento de políticas y el desempeño financiero. La evaluación es según Pérez Rocha una acción de servicio para quienes participan en la educación: maestros, estudiantes, investigadores, autoridades, etc. puesto que ésta brinda información útil para mejorar el desarrollo de los programas señalando las fortalezas y debilidades de los mismos, da elementos para que puedan ser acreditados y certificados (Pérez Rocha, 1991) y contribuye a crear una cultura de la evaluación, es decir de la reflexión y la autoactualización.

Hay que considerar que la educación no es un fin en sí misma, sino un medio para mejorar a las personas, brindarles oportunidades y un ambiente donde puedan desarrollarse plenamente y para que mejoren a la sociedad.

Por lo anteriormente expuesto algunas teorías sobre evaluación educativa proponen evaluar la calidad de los programas por la calidad de los egresados es decir por “el conjunto de cualidades que la educación proporciona al

estudiante en términos de conocimientos, habilidades, valores y actitudes” (CIEES, Documento de trabajo, mimeo). Esto sin lugar a dudas presenta dificultades. Los egresados provienen de contextos diferentes, cuentan con distintos recursos, tienen historias personales particulares que determinan en gran medida su perfil de ingreso, egreso, su desempeño profesional y moral. Entonces el impacto de los programas de estudio o del tránsito universitario no son tan determinantes en la calidad del egresado (Simoneau, 1991)

La evaluación entonces no tiene que centrarse únicamente en los resultados, fuera del entorno social de los alumnos; para tener mayor certeza en los juicios hay que contextualizar y caracterizar el medio del cual provienen y tomar en cuenta características de cada institución, así como al tipo de demandas que satisface.

No obstante, las dificultades y particularidades de la evaluación educativa es importante fortalecerla si se quiere avanzar hacia una cultura de evaluación y a una educación de calidad y sobre todo a un cambio de actitud del universitario frente a su quehacer y al juicio social.

Lo positivo de la evaluación es que permite tener una reflexión crítica y autocrítica del propio trabajo; ver lo que se hace con diferentes ojos, abre nuevas posibilidades al pensamiento, favorece la incorporación de propuestas e hipótesis, permite imaginar y crear otros cursos de acción, nuevos programas y perfiles diferentes, entre otras cosas. La crítica y la autocrítica sistematizada orientan el uso racional de la ciencia y la cultura ayudan a destruir los prejuicios, los mitos, los engaños y los autoengaños (Pérez Rocha, 1991). La evaluación puede evita el acartonamiento y el estancamiento del quehacer universitario. Lo negativos de la evaluación es que utiliza mucho tiempo, recursos y distrae a los participantes de sus tareas cotidianas y los resultados pueden no ser usados para mejorar la operación de los programas, lo cual sería lamentable, pero lo mas grave es que la evaluación sea utilizada como instrumento político para castigar o fiscalizar a las IES.

La evaluación no tiene carácter punitivo constituye un medio para verificar el cumplimiento de objetivos y permite a la institución rendir cuenta ante la sociedad.

La evaluación tiene entre sus objetivos:

1.-ayudar a la institución a mejorar la operación de sus programas de estudio

2.-testificar públicamente la calidad de la educación que la institución ofrece

3.-garantizar la equivalencia de los diplomas, grados y títulos que otorga la IES (Jackes, 1995)).

Existen varias modalidades de evaluación y todas tienen su utilidad. La evaluación puede ser: autoevaluación o evaluación interna y evaluación externa. La autoevaluación consiste en un revisión continua, sistemática y organizada que la institución hace de sí misma o de alguno de sus componentes de manera integral y participativa. El proceso trata de configurar un sistema eficiente y eficaz de información basado en hechos y opiniones de los participantes del proceso sobre la planificación, los resultados, la asignación de recursos y el mejoramiento de la calidad.

La evaluación externa es realizada por pares académicos reconocidos en el medio, quienes la efectúan a solicitud de la institución que se somete al proceso. Los criterios con que se evalúa tienen que ser públicos para que haya confianza en la transparencia y resultados del proceso.

La ventaja de la evaluación externa es que permite una “asepsia valoral” de los evaluadores que supuestamente asegura una mayor objetividad. Definitivamente asepsia valoral no existe en el ser humano, lo que puede existir es “distancia terapéutica” que es un concepto tomado del psicoanálisis que se refiere al hecho de tomar distancia frente a emociones que pueden distorsionar su apreciación; esto es importante tomarlo en cuenta al evaluar la propia institución.

En la sociedad actual, que pretende basarse en el conocimiento la educación tiene un papel estratégico, lo cual significa que el gobierno necesariamente tiene que destinar mayor cantidad de recursos financieros a este sector por un lado, y fortalecer los mecanismos de control y presión sobre las IES para que éstas cumplan con mayor eficiencia y eficacia su función y mejoren la calidad de su trabajo por otro. Así mismo la evaluación permitirá un mayor control sobre la educación privada para que ésta mejore su calidad; sin embargo, hasta el momento la mayor presión la tienen las instituciones públicas.

La participación social en la labor educativa de las instituciones privadas no solamente tiene efectos en la cobertura, sino en la oferta de programas novedosos, variados y flexibles para una sociedad competitiva que se plantea que la educación es para toda la vida y no únicamente para un período limitado de la población joven.

Los procesos de evaluación impactan directamente las concepciones curriculares, los perfiles profesionales, la selección de los estudiantes, la actualización de los profesionales, etc. Sin embargo, existen tradiciones en las instituciones de educación pública que vienen ligadas a otros proyectos sociales que no es posible desconocer ya que están basados en la justicia (igualdad de oportunidades para todos), valor que sostuvo el desarrollo en el pasado siglo de la educación en México, y que también tienen que ver con la calidad educativa en términos de derecho y de satisfacción de las expectativas ciudadanas.

Sobre la calidad

En relación al concepto de calidad educativa se puede decir que es un concepto polémico que tiene múltiples variantes, a continuación resumimos algunos de los criterios que se consideran para evaluar la calidad:

La calidad de la educación se ha juzgado:

- a) por la reputación de un programa o una escuela.

b) cuando se disponen de los recursos académicos o financieros suficientes,

c) por los resultados en cuanto a las funciones sustantivas como: docencia investigación extensión,

d) por lo que los estudiantes aprenden durante el tránsito en la institución, más allá de las programas: valor agregado.

e).por el valor intrínseco de contenidos o conocimientos en los programas de estudio,

f) por el cumplimiento de la institución educativa con los estándares fijados por las asociaciones profesionales o instancias acreditadoras o por la satisfacción de los empleadores.

g) por la capacidad de los egresados de integrarse exitosamente al mercado de trabajo.

h) por la eficiencia y eficacia frente a necesidades, actores sociales y demandas,

i) por la capacidad de incidir en los procesos económicos, sociales, culturales y éticos.

j) por la capacidad de intercambiar sus recursos (profesores y estudiantes) a nivel nacional e internacional .

k) por la capacidad de integrar a los distintos actores en la conducción académica e institucional

l) por la capacidad de vinculación con otras IES y otros sectores sociales

m) por la capacidad de agenciarse financiamientos externos

n) por la pertinencia (búsqueda de la verdad, del conocimiento, espíritu crítico y contribución al desarrollo social), y la incidencia de sus propuestas en la solución de problemas socialmente urgentes.

ñ) por la aplicación de mecanismos permanentes de evaluación y autoevaluación

o) por la coherencia entre lo que se proyecta, el desarrollo y los resultados

p) por las características del personal docente (profesores con posgrado, producción académica, tiempo de dedicación a la institución horas, medio tiempo, tiempo completo). (Niño, 1995. UNESCO, 1998. Llorente, 1994)

Tradicionalmente como indicadores de la evaluación se han utilizado la eficiencia terminal, el gasto por alumno y la cobertura de servicios.

De lo anterior se desprende que la calidad de la educación no se puede ver como algo estático, sino como un proceso que tiende a mejorar el cumplimiento social de la IES en un contexto específico que va más allá del proceso de enseñanza-aprendizaje en el aula y que involucra tanto al sistema educativo en su conjunto como a la sociedad. Dada la magnitud de los criterios considerados para la evaluación de la calidad, los evaluadores tienen que priorizarlos y definir los mínimos indispensables para que las IES puedan cumplir cabalmente con sus propuestas e ir avanzando de una calidad de mínimos a una de máximos.

La calidad esta relacionada con la estructura de cada institución, por tanto es muy difícil aplicar *tabla rasa* a todas las instituciones; el concepto de calidad de la educación no puede ser algo absoluto, que desconozca la realidad de cada institución, sin embargo, tiene que haber ciertos indicadores comunes que sean referentes válido y que identifique elementos y dimensiones comunes, posibles de ser evaluados entre las IES.

La calidad no se logra porque se parezca una institución a otra sino porque cada una logra obtener los resultados que se propone y organiza los recursos materiales, humanos, administrativos para lograrlos y favorece un ambiente de trabajo que facilita la tarea educativa (Niño, 1995. UNESCOa, 1998).

La calidad de la educación se refiere a una serie de propiedades constitutivas del servicio educativo dado en parte por las características de la institución, por tanto es un concepto de magnitud distinta para cada institución (Niño, 1995. UNESCOa, 1998)

Así, cuando se realiza una evaluación es necesario considerar el ideario de la institución por ejemplo. El ideario permite a las IES definirse bajo un marco axiológico en relación al contexto, frente al conocimiento, la tecnología y las prácticas profesionales, lo cual le da a la institución una identidad propia, que

puede asimismo justificar la relevancia de su propuesta educativa. La evaluación tiene que contemplar la particularidad de cada área o profesiones porque las prácticas sociales son distintas, así como distintos son los indicadores que se tienen que aplicar.

La coherencia entra objetivos y maneras de alcanzarlos es una variable importante dentro de la calidad que se conoce como efectividad. La efectividad lleva consigo la inversión y el resultado, el costo–beneficio, es decir, la eficacia.

La disponibilidad de los recursos financieros con que cuenta, la forma de controlarlos y aplicarlos para obtener los fines que se propone. La capacidad de la institución de allegarse recursos de otros sectores sociales. La evaluación es en suma refleja el compromiso ético de la institución con la sociedad.

Actores involucrados en la evaluación odontológica

Como mencionamos existen una gran cantidad de agencias y actores que se encargan de evaluar distintos aspectos de la ES en México y cada uno tiene, una historia propia.

La odontología es una de las disciplinas que primero se ha preocupado por participar en la evaluación. En el siguiente cuadro se muestra quienes son los actores sociales que participan en este proceso, sus propósito, características y métodos de trabajo.

Cuadro 2. Los actores que participan en la evaluación de la odontología, propósitos, características y métodos de trabajo.

INSTITUCION	PROPÓSITO	CARACTERÍSTICAS	MÉTODOS DE TRABAJO
CIEES Se fundan en 1990	Realizar un diagnóstico de los programas de estudio, y hace	Forma parte del Sistema Nacional de Evaluación de la Educación	Comisiones formadas por académicos (pares), grupos

	recomendaciones fundamentadas para mejorar la calidad y eficiencia de los mismos.	Superior. Depende de la Coordinación Nacional para la Planeación de la Educación Superior del ANUIES	colegiados, interinstitucionales que visitan a las IES a solicitud de las mismas, corroboran en la visita la autoevaluación previa que hizo la propia institución.
CENEVAL Se funda en 1994	Contribuir a mejorar la calidad de la educación media y superior mediante evaluaciones externas de los aprendizajes logrados en cualquier etapa de los procesos educativos.	Es un organismo no gubernamental y autofinanciable. Está constituido por la Secretaría de Educación Pública, ANUIES, Federación de Instituciones Particulares, IPN, Colegios y Asociaciones Profesionales.	Evalúa externamente los resultados académicos y las habilidades fundamentales mediante exámenes de ingreso y egreso. Aplica el Examen Nacional de Ingreso para la Educación Media Superior y Superior y el Examen General de Egreso
CONAEDO Se funda en 1998	La acreditación de la educación odontológica y la certificación del ejercicio profesional para mejorar la calidad	Es una asociación civil formada por la Federación de Escuelas y Facultades de Odontología, La Asociación Dental	Acredita, Certifica y desarrolla programas, convenios para mejorar la enseñanza de la odontología.

	de la odontología en México..	Mexicana, el Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas y el CENEVAL	
COMPES Fundada por acuerdo de la ANUIES en el. 2000	Contribuir al aseguramiento de la calidad de los programas académicos de nivel superior que ofrezcan las IES públicas y privadas mediante el reconocimiento formal de organizaciones acreditadoras.	Organismo creado en el seno de la SEP constituido por la esta misma institución y asociaciones profesionales	Ofrece un reconocimiento formal a organismos que bajo sus criterios y lineamientos cumplan los requisitos para poder acreditar programas de estudio. Publica una convocatoria, las instituciones solicitan el reconocimiento. Publica los resultados

(Luengas, 2002)

La evaluación de pares los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior.

Los Comités de Evaluación Interinstitucional de la Educación Superior son organismos que funcionan como cuerpos colegiados donde participan destacados y reconocidos académicos del medio profesional al que van a evaluar. Están organizado por áreas: ciencias naturales y exactas, ingenierías y tecnología, ciencias agropecuarias, educación y humanidades, ciencias sociales y administrativas y ciencias de la salud. También se han conformado comités para evaluar la difusión y extensión de la cultura y la administración.

Los CIEES de la Salud de encargan de evaluar licenciaturas, posgrados e investigación de las siguientes disciplinas: Enfermería, Fisioterapia, Investigación Biomédica, Medicina, Nutrición, Odontología, Optometría, Química y Salud Pública.

Su objetivo es “contribuir al mejoramiento de la calidad y eficiencia en al educación superior del país en esta área. Evalúa los programas en sus funciones y tareas, y trata de detectar logros y aciertos y deficiencias que permitan establecer conclusiones y recomendaciones para mejorarlos. Basa su trabajo en un riguroso trabajo analítico y explicativo que además de identificar los síntomas identifique los problemas que los originaron” (CIEES, 1995: 6)

Los CIEES aunque tienen autonomía dependen de la SEP y del CONPES, su trabajo se enmarca dentro de los lineamientos evaluativos diseñados por CONAEVA.

El instrumento que utiliza es el análisis prospectivo, el cual proyecta escenarios ideales hacia donde debe ir la educación odontológica, es un método de un proceso; la evaluación consiste en medir de que manera los programas educativos se acercan a esta meta.

Los CIEES brindan capacitación a quienes van a coordinar la evaluación dentro de las IES; basan su trabajo en la autoevaluación y en la visita de verificación; elaboran un informe donde se señalan las deficiencias y alcances del programa, hace algunas propuestas para mejorarlo, su trabajo consiste en hacer un diagnóstico. Su labor no concluye con éste, realizan el seguimiento de las modificaciones del programa, su opinión tiene un gran peso técnico y moral.

Los CIEES no acreditan los programas; para tal efecto se ha creado el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES) este se encarga de otorgar la idoneidad a organismos capaces de acreditar los programas de estudio.

En el caso de la odontología el Consejo Nacional de Educación Odontológica (CONAEDO) formada por los gremios como la Asociación Dental Mexicana (ADM), el Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas (CNCD), las escuelas representadas por la Federación de Escuelas y Facultades de Odontología (FMFEO) y el Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior (CENEVAL) es la instancia que está buscando su reconocimiento ante la COPAES para acreditar los programas de odontología. Así es que por el momento la acreditación de éstos programas es un proceso incipiente, sobre el que no vamos a profundizar.

EL Centro Nacional de Evaluación de la Educación Superior

CENEVAL Es una asociación Civil creada en el seno de la Secretaría de Educación Pública (SEP), descentralizada, con recursos propios que obtiene de los exámenes que aplica. Está constituida por un Consejo Directivo en donde participan la SEP, la ANUIES, la Federación de Instituciones Mexicanas Particulares de Educación Superior (FIMPES), el Instituto Politécnico Nacional (IPN), así como representantes de colegios y asociaciones. Se encuentra dividida por áreas, cada una cuenta con un Consejo Técnico; en el caso de la odontología en el Consejo Técnico participan directores de escuelas y facultades de odontología, los gremios ADM; CNCD; Colegio Mexicano de Profesionistas en Odontología (CMPO), FIMPES, la Secretaría de Salud (SSA), el presidente del Consejo es el director del CENEVAL, su Consejo Técnico tiene la función de garantizar la pertinencia, validez y confiabilidad del instrumento de evaluación que se aplica a los egresados de la licenciatura.

El objetivo del CENEVAL “es evaluar la calidad del egresado de la carrera de odontología a través de la valoración objetiva de sus conocimientos y habilidades esenciales, mediante el Examen General de Egreso Profesional para la Odontología” (EGEL-O). El examen se aplica a quienes hayan cumplido con el 100% de los créditos o a quienes hayan egresado en los últimos tres años. La evaluación tiene como referente un perfil ideal diseñado por el CENEVAL que sintetiza los programas de estudio de un buen número de escuelas y facultades (www.ceneval.com).

El CENEVAL también aplica exámenes de ingreso a la educación media y superior.

El CENEVAL da dos tipos de reconocimiento, uno llamado Testimonio de Desempeño Académico Satisfactorio, y otro, el Testimonio de Alto Rendimiento Académico a quienes pasan bien y muy bien el EGEL-O. Algunas escuelas han adoptado como requisito para la titulación que los alumnos aprueben el EGEL-O. Si no se aprueba el examen se puede presentar las veces que sean necesarias dentro de los tres años siguientes después de haber concluido la licenciatura.

De acuerdo con el CENEVAL el EGEL-O tiene como beneficios adicionales el dar elementos de índole laboral par contratar a los egresados, así como parámetros a las IES para le planeación y evaluación, de igual manera identifica necesidades educativas en áreas de conocimiento específicas y propone a las IES contenidos para mejorar la calidad del proceso educativo. De esta manera las IES pueden mejorar sus planes y programas de estudio.

El examen consta de 300 reactivos y esta organizado por funciones profesionales tales como: diagnóstico, pronóstico, tratamiento, prevención, promoción, investigación, administración y cultura general.

Para realizar el examen el sustentante tiene que hacer una solicitud y cubrir una cuota que le da derecho a una guía, materiales para el examen, reporte con los resultados en un lapso de entre 30 y 45 días después de la aplicación (<http://portalceneval> Documentos internet).

Hasta el momento presentar el examen es opcional, pero por la forma como se están proponiendo el control sobre las licenciaturas más adelante tal vez no sea un acto voluntario sino un requisito para ejercer.

El Consejo Nacional de Educación Odontológica

El CONAEDO es una asociación civil, esta formada por la asociación de escuelas y facultades de odontología (FMFEO), el gremio (ADM, CNCD) y el CENEVAL. Se constituyó en 1998, con el propósito de “promover la calidad de la enseñanza y práctica de la odontología a través de la evaluación periódica de las IES, de odontólogos de práctica general y especialistas”(CONAEDO, 2002:10).

Entre sus objetivos destacan:

- Contribuir al conocimiento y mejoramiento en la calidad de la enseñanza de la Odontología

- Contribuir al establecimiento de paradigmas y modelos de enseñanza de la odontología acordes con el avance de la ciencia y la tecnología con los requerimientos del ejercicio profesional derivados tanto de las necesidades de la sociedad como de los futuros profesionistas.

- Promover el mejoramiento de la calidad del ejercicio profesional de la odontología fomentando la actualización periódica de los profesionales

- Velar por la idoneidad de los procesos de acreditación, certificación y recertificación.

El CONAEDO esta en proceso de ser reconocida como la instancia que oficialmente certifica y acredita, ha extendido una solicitud formal para hacerlo al Consejo para la Acreditación de la Educación Superior AC (COPAES).

El proceso de acreditación se inicia a solicitud de la escuela a la CONAEDO, ésta cuenta con un comité de expertos para tal efecto quienes han diseñado un instrumento de evaluación que analiza los siguientes aspectos: Contexto, estructura, integralidad y funciones.

El comité de expertos realiza una visita a la institución solicitante y da un dictamen donde certifica la idoneidad del programa, es decir que la escuela o facultad cuenta con los recursos y características suficientes para cumplir con lo que se propone.

Sobre los métodos de evaluación

Si bien todos los actores sociales involucrados en la evaluación de la educación superior en odontología tienen el propósito común de mejorar la calidad, incrementar la eficacia de los programas, así como asegurar que se utilicen adecuadamente los recursos financieros; cuentan con diferentes estrategias para realizar la evaluación y evalúan aspectos diferentes. Los métodos y procedimiento para la evaluación y los mecanismos pueden tener similitudes; sin embargo, las diferencias se deben fundamentalmente al propósito y razón de ser de cada organismo.

Los organismos que realizan trabajos muy parecidos son los CIEES y el CONAEDO, sin embargo el primero hace una evaluación diagnóstica y el segundo acredita un programa de estudio esto significa que la opinión del primero tiene fundamentalmente un peso moral y la del segundo brinda a la institución un certificado de calidad de sus programas, por lo tanto los resultados de estas evaluaciones son ética y políticamente diferentes.

En lo que relacionado con sus instrumentos de evaluación, ambas instituciones se basan en el análisis prospectivo. El análisis prospectivo tuvo un gran desarrollo en los ochentas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó dicho análisis prácticamente en todas las carreras de la salud, incluida la odontología (Arango et al 1990)

La ventaja del análisis prospectivos es que no es un análisis tradicional de corte, sino que permite analizar procesos hacia objetivos sociales deseables. Por tanto se considera como “el análisis de las condiciones de posibilidad de una previsión y de las estrategias conducentes a su logro” (Arango et al., 1990:7).

El análisis prospectivo utiliza métodos cualitativos y cuantitativas, ya que entre sus propósitos está fundamentar las decisiones. No es un método rígido pero puede tener errores en la perspectiva de los objetivos deseables o de su escenarios ideales. Es decir que puede estar equivocada la propuesta final y conducir el proceso educativo hacia un mal destino.

No obstante que el CIEES y el CONAEDO utilizan esta misma metodología tienen diferencias en sus instrumentos de evaluación.

Para la evaluación diagnóstica los CIEES consideran como calidad de un programa la coherencia interna y la capacidad de la institución de organizar sus recursos para cumplir con su propuesta; toman como hilos conductores para el análisis la justificación, el perfil, profesional y los programas de estudio, por un lado; por otro indagan sobre el conocimiento y consenso que tiene la propuesta educativa entre los actores sociales, y analiza si con los recursos materiales, tiempo, programas de actividades es posible que la institución logre desarrollar su propuesta. Considerando para ello el perfil de ingreso y de egreso.

La propuesta de el CONAEDO es muy similar en estructura al análisis prospectivo de la educación odontológica en América Latina puesta en marcha por la OPS, incluso retoma las mismas variables, pero las redefine e incorpora nuevos elementos. Estos dos instrumentos consideran: el contexto, la estructura, las funciones y la integralidad. Veamos un ejemplo de las diferencias en cuanto a concepción de las variables. El instrumento de la OPS señala que la *función* es “la valoración equivalente de la atención individual y la comunitaria en sus aspectos preventivos y curativos, con énfasis en el conocimiento y capacidad mental más que en la información de datos y la destreza psicomotora”(Arango 1990:27). Mientras que el CONAEDO define como *función* “aspectos relacionados con las habilidades y actitudes establecidas en el perfil profesional y su relación con el modelo educativo, el tipo de docencia y evaluación establecidas en los programas de estudio, así como su congruencia con las actividades que se llevan a cabo en la práctica educativa” (CONAEDO, 2002:41).

Hay que considerar al analizar las diferencias entre los instrumentos, que responden a tiempos y realidades diferentes, no es lo mismo hacer un análisis prospectivo para identificar las tendencias de desarrollo de la profesión como fue el caso de la OPS, que evaluar para acreditar un programa dentro de una política de evaluación bien acotada diez años después.

También hay que señalar que el CONAEDO, a diferencia del CIEES, considera de manera importante que las IES hayan tomado como base de sus propuestas las condiciones sociales y los problemas a los que tiene que responder la profesión, es decir que pone énfasis en el contexto y en el impacto social del programa.

En cuanto al procedimiento, ambas instituciones realizan la evaluación a solicitud de la institución, la comisión la forman profesores distinguidos en el área o pares, los dos basan su trabajo en una autoevaluación previa que la institución solicitante realiza, ambas entrevistan a diferentes actores (alumnos, profesores, autoridades) revisan documentos adicionales a los planes y programas. Sin embargo el CONAEDO recomienda que el CIEES realicen la evaluación diagnóstica previa a su visita.

EL CENEVAL por su lado no tiene otro organismo que haga algo similar excepto las propias IES, por tanto su labor como evaluador externo es única. Esta institución ha elaborado un perfil profesional que toma como referencia para la evaluación. El Comité Técnico es quien diseñar los reactivos y ejercicios sobre casos clínicos con la ayuda de los docentes de las distintas áreas de conocimiento y especialidades de las universidades e instituciones sanitarias.

El CENEVAL también consolidó una lista de contenidos y de temas comunes a todos los planes de estudio de las universidades del país y los agrupó por áreas. Las áreas son básica: (saberes), instrumental (haceres específicos del odontólogo) y operativa (habilidades en relación a las especialidades).

El problema no es enlistar contenidos para apuntalar un perfil, sino en como se transmiten dichos contenidos y que orientación y peso se les da a los mismos en la carrera. Por ejemplo el perfil profesional del CENEVAL señala que el odontólogo será capaz de: los más altos valores éticos, morales y humanos en su ejercicio profesional y para la conservación del medio ambiente y la naturaleza.(CENEVAL. EGEL-O). Sin embargo esto no tiene correspondencia

teórica en el listado de contenidos, el apartado de ética se encuentra en el área instrumental dentro de los contenidos del campo legal y administrativo. El peso de este apartado en el EGEL-O es de únicamente 20 preguntas en las 300 que tiene el examen. Tampoco dentro de éste se discuten de una manera similar a los casos clínicos los problemas éticos que pueden presentarse en la atención al paciente, lo cual permitiría analizar en el sustentante los valores y las actitudes que ha introyectado en la solución de este tipo de problemas; esto sería mas útil y representativo que en responder algunos reactivos fuera del contexto y de la aplicación práctica.

En relación a la formación humanista en el listado de contenidos no aparece ninguna materia que pueda suscitar la reflexión en el estudiante sobre estos aspectos, como sería el estudio de las corrientes filosóficas del pensamiento médico o la evolución histórica del mismo, temas que ayudarían al estudiante a ver lo relativo de sus puntos de vista sobre la salud y la enfermedad y tal vez lo alentaría a tener una visión más comprensiva sobre la opinión y valores de sus pacientes.

El CONAEDO y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) vigilan el desempeño profesional pero desde perspectivas diferentes la primera de una manera preventiva y la segunda cuando se suscitan los conflictos, aquí tendríamos que mencionar como otro actor más a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), sin embargo muchos de los conflictos que llegan a ésta, los turnan a la CONAMED para obtener una opinión técnica y un primer espacio de conciliación.

El CONAEDO a través de los gremios organizados (ADM, CNCD) está buscando certificar el ejercicio profesional. La certificación es un acto voluntario que solicitan los profesionales y tiene fundamentalmente un peso técnico y moral, por el momento. Estos procesos tienden hacerse cada vez mas formales.

Si bien la evaluación en México es un proceso reciente sobre el que se ha avanzado de manera significativa en los últimos años, el evaluar la calidad de

la educación no es una tarea fácil, pese a los actores que están participando en el proceso. Para nosotros el problema de la calidad no radica únicamente en la coherencia de planes, programas y perfil profesional, sino en la capacidad de la profesión de responder a los problemas de salud bucal y luchar por hacer efectivo el derecho a la salud.

Es lamentable que pese al número creciente de egresados en el país se mantienen altos índices de caries dental, por ejemplo, con el agravante de que ésta es una enfermedad prevenible con medidas de bajo costo y con el fomento de la educación sanitaria. Lo anterior revela de alguna manera el bajo impacto de la profesión en la solución de problemas de salud urgentes (Velásquez et al., 2003).

La experiencia ha demostrado que no basta modificar planes y programas de estudio si se quiere modificar una práctica profesional, ya que existen tradiciones y formas de ser que dificultan los cambios no solamente en las IES sino en el ejercicio profesional. El modelo que subyace en la formación de odontólogos es el odontólogo de práctica privada individual, un modelo que tiene muchas limitaciones en cuanto a impacto social ya que su práctica se basa en la oferta y la demanda de población con capacidad de pago. Por otro lado, estudios realizados sobre el ejercicio profesional han mostrado que los odontólogos realiza acciones repetitivas, puntuales, mutilatorias, enfocadas a las últimas etapas de la enfermedad, lo cual constituye una limitante incluso para el propio profesional (López Cámara, 2002)

Con definir perfiles ideales las escuelas tampoco resuelve el problema. Lo que se tiene que buscar son ejes que articulen los contenidos de manera distinta y den una coherencia entre lo que se propone y lo que se pretende enseñar. Por ejemplo en los contenidos de ciencias básicas del CENEVAL aparece embriología, sin embargo, no existe nada sobre la sexualidad, la sexualidad como sabemos determina recursos diferenciales para hombre y mujeres, riesgos y enfermedades distintas, así como formas de comportamiento y conformación de identidades y actitudes frente a la salud. La sexualidad fue uno de los eje de la Reforma Sanitaria en Italia, reforma que constituyó un

avance en las políticas de salud a nivel mundial (Fuente directa entrevista Dr. Giovanni Berlinguer, Italia 1982). Sin embargo no existe ni un sólo contenido sobre el tema en los programas universitarios de odontología.

Otro problema que surge en la evaluación es que se destinan muchos recursos y no se potencializa este esfuerzo entre las instituciones; cada una realiza su labor por separado bajo sus propios criterios; lo cual representa también un problema para las IES que enfrentan grupos diferentes de evaluadores con puntos de vista en ocasiones contradictorios (Fuente directa entrevista al Dr. Hugo de la Fuente coordinador de la comisión de evaluación del CONAEDO, 2003).

Muchas veces las IES tratan de responder adecuadamente los cuestionarios y entrevistas, pero no siempre estos reflejan la realidad institucional. Ya que la evaluación ha sido más bien una actividad impuesta desde el gobierno y no a una necesidad de las propias escuelas. Esto sin duda es uno de los mayores problemas. Todavía no existe una cultura de la evaluación que permita incorporarla como algo cotidiano dentro de las tareas educativas (Fuente directa entrevista a directores, 2003).

Un problema adicional que enfrentan las IES es que de los resultados de la evaluación dependen los recursos y los apoyos extras que reciben, por lo que muchas veces no hay sinceridad en lo que se dice, tratan más bien de contestar de acuerdo a las expectativas de las diferentes instancias evaluadoras o acreditadoras (Fuente directa entrevista a directores, 2003).

Efectos de la evaluación en la calidad educativa

Después de analizar cómo se está implementando la política de evaluación, y de revisar métodos y actores, podemos concluir que la evaluación no está mejorando sustancialmente la calidad de la enseñanza odontológica y se tiene que esperar a ver que sucede con la acreditación y con los otros programas encaminados a ese fin.

No obstante, la planeación educativa bajo esta política si está mejorando, lo cual constituye un avance en la tarea educativa. Por otro lado, las presiones y la vigilancia sobre las IES tienen como resultado una mayor conciencia por parte de las escuelas de que las cosas no pueden seguir como en el pasado, donde cada institución establecía sus programas y nadie se preocupaba por ver como los llevaba a cabo. Hay en este sentido consenso entre los líderes de la enseñanza de la profesión que era necesario dar cuentas de lo que se hace, aunque no están muy de acuerdo en la manera como se hace, sin embargo coinciden en que es un proceso que no tiene marcha atrás (Fuente directa entrevista a directores, 2003).

Se puede pensar que todavía se necesita tiempo no sólo para crear una cultura de la evaluación, sino para que esta pueda modificar el quehacer cotidiano de las IES e incrementar la calidad educativa.

El concepto de calidad educativa que prevalece en las instituciones evaluadoras es el de coherencia interna entre propuestas y medios para llevarlas cabo. Esta visión puede ser limitada pero resulta políticamente adecuada ya que las instituciones cuentan con recursos, tradiciones, experiencias, diferentes y compararlas es complicado.

Evaluar la educación es una tarea compleja y la orientación que cada actor le da a esta corresponde con la interpretación de cada uno de ellos, sin embargo hay cuestiones de fondo que no han sido evaluadas como es el hecho de que para la educación odontológica el modelo para la formación de estos recursos humanos es al de la práctica privada individual. Que es un modelo que no ha tenido un impacto social importante en cuanto a solución de necesidades de salud y para el que el mercado de trabajo se encuentra saturado. En este sentido las IES tienen que hacer otro tipo de ofertas educativas desde su perspectiva de práctica profesional. Los procesos de evaluación también podrían contribuir a impulsar cambios en este sentido.

Se tendría que diseñar e implementar la evaluación de otra manera para que realmente contribuya a mejorar la calidad educativa y la reflexión de los actores involucrados sobre su compromiso ético social.

Capítulo VI

Evolución del pensamiento latinoamericano en la formación de odontólogos y las preocupaciones éticas en la formación de odontólogos: algunas tendencias actuales.

ANTECEDENTES

Corrientes en la enseñanza odontológica: cómo se fue dando el proceso

En 1956 la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) pusieron en marcha un programa de **Salud Oral** con el propósito de desarrollar la odontología en AL; el programa contó con el apoyo financiero de la Fundación K. W. Kellogg. Lo primero que se propuso hacer la OPS fue un diagnóstico sobre la situación de la odontología y de la salud oral en Latinoamérica; así se identificaron algunos problemas, como la ausencia de estudios epidemiológicos y la necesidad de preparar a los odontólogos en áreas como salud pública, epidemiología oral y prevención. Se detectó de igual manera la carencia de dentistas en algunos países de la región por falta de instituciones que los formaran (Gillespie, 2002. Gómez, 1978).

Los estudios epidemiológicos que se pudieron realizar más tarde en AL mostraron una alta prevalencia de caries dental, por tanto la urgencia de realizar programas masivos de prevención mediante la fluoruración del agua y de la sal de mesa, así como el desarrollo de modelos comunitarios. Esta experiencia evidenció que la odontología tenía que orientarse de manera diferente al modelo profesional de práctica privada individual, curativa e individualista (Gillespie, 2002).

Cabe mencionar que durante los sesentas había varios países bajo la dictadura; otros que habían tenido cierta estabilidad económica como México que conformaron una clase media que propugnaba por mejores oportunidades, entre ellas la educación. Los sesentas fueron la década signada por los movimientos estudiantiles que desembocan en represiones, pero también en

cambios en el compromiso histórico social de las Instituciones de Educación Superior (IES).

Uno de los logros tangibles de estas luchas sociales fue el crecimiento y la apertura de las universidades públicas y su masificación, con las ventajas y desventajas que esto conllevaba. La participación de los estudiantes en el proceso educativo permitió imaginar muchas propuestas unas viables, otras utópicas, cuestionó el autoritarismo e impulsó modificaciones en los contenidos de los programas de estudio; de aquí en adelante en las ciencias sociales se incorporó el marxismo en la enseñanza (Guevara, 1981).

En la educación sanitaria algunos pensadores latinoamericanos como Cristina Laurell, Hugo Mercer, Jaime Breilh, introdujeron dichos contenidos para explicar el proceso salud enfermedad, las políticas sanitarias y la estructura de la práctica médica, formándose una corriente de pensamiento fundamentada en la denuncia de las condiciones de salud y de la atención médica, corriente que tendría una influencia en algunos programas, de pregrado y de posgrado en el Continente (Brito, 1990).

La experiencia de la USA en epidemiología oral contribuyó a la capacitación de recursos humanos en áreas específicas a través del Nacional Institute of Dental Research. También se contó con el apoyo de la Universidad en Sao Paolo, Brasil que formó recursos humanos dentro de su programa de salud pública (Gillespie, 2000).

En el caso de la odontología se impulsaron tres seminarios con los líderes de la educación odontológica de AL y EU para identificar los cambios curriculares que tendrían que llevarse a cabo para preparar al odontólogo del futuro: en Colombia en 1962, en México 1964 y en Brasil 1966.

Los objetivos de dichas reuniones fueron:

- 1.-Brindar a los profesores de odontología la oportunidad de establecer contactos personales y de intercambiar opiniones sobre la enseñanza odontológica.*
- 2.-Fomentar la publicación y distribución de trabajos sobre la enseñanza de la odontología, estimulando a los profesores a compartir sus experiencias traduciendo determinados trabajos publicados en otros idiomas, y reproduciendo unos cuantos trabajos sobresalientes publicados en español y portugués.*
- 3.-Promover la experimentación con ideas y métodos nuevos en la enseñanza de la odontología, la evaluación de la enseñanza y de la planificación a largo plazo con miras a su mejoramiento.*
- 4.-Reunir información básica sobre la enseñanza de la odontología para evaluarla con la mayor objetividad posible.*
- 5.-Preparar información y formular recomendaciones sobre la enseñanza de la odontología, de acuerdo con la opinión de los expertos en la materia para prestar apoyo a los funcionarios y al personal docente interesados en renovar eficazmente los planes de estudio (Gillespie, 1978:514).*

En ese entonces en AL existía un fuerte desequilibrio en la proporción odontólogo-población, de unos 1.9 odontólogos por 10,000 habitantes en algunos países; relación que se volvía más dramática en las áreas rurales donde la relación de odontólogos en los servicios públicos llegaba a ser de 1 por 80,000 habitantes (González,.1984); se pensó entonces que el personal auxiliar jugaría un importante papel en el incremento de la cobertura de servicios dentales; de igual manera su incorporación bajaría los costos e incrementaría la eficiencia y la eficacia de los servicios dentales, como había sucedido en los países Nórdicos (Cháves,1962).

También preocupaba la falta de escuelas de odontología en regiones del Continente, como el Caribe, así se buscaron dos objetivos: abrir escuelas profesionales donde no las había y formar personal auxiliar. Con estos nuevos planteamientos se abrieron programas de odontología, se rediseñaron otros y

se inició la capacitación de personal técnico y auxiliar en países como: República Dominicana, Panamá, Colombia y Jamaica (Gillespie, 2000).

Otro de los acontecimientos a destacarse en esa época fue la apertura del primer Departamento de Odontología Preventiva y Social en AL en la Universidad de Antioquia en Colombia en 1962, donde se instauró la primera cátedra de odontología preventiva, la cual sirvió de ejemplo al resto del Continente (Gillespie, 2002).

Sin embargo, a pesar del interés y a los problemas identificados en la formación de los odontólogos en las reuniones mencionadas, las modificaciones curriculares que pudieron impulsarse, no tuvieron el impacto esperado en la práctica profesional ni en la salud oral de la población (Gillespie, 1978).

Nuevamente fueron convocados los formadores de recursos humanos a tres talleres, bajo el auspicio de la OMS/OPS, en cada uno de ellos se abordó un tema diferente. El primero realizado en Panamá en 1973 tuvo como objetivo analizar cómo las escuelas de odontología podían contribuir a lograr las metas propuestas en el Plan Decenal de Salud para las Américas. Dicho Plan proponía para mejorar los niveles de salud, integrar equipos con profesionales y personal auxiliar e implementar nuevos sistemas de atención odontológica (Gillespie, 1978). En 1974 se celebró en Puerto Rico el segundo taller donde se analizaron cuestiones sobre la tecnología educativa y se propusieron colaboraciones para traducir, preparar y utilizar material para el autoaprendizaje de los estudiantes. La OPS impulsó como veremos el uso de la tecnología educativa en el área de la salud. En 1976 en el taller realizado en Cuba se identificó la necesidad de formar personal en salud oral de acuerdo con las necesidades prevalentes, así como diseñar nuevas estrategias para aumentar la cobertura bajar los costos de los servicios odontológicos y llegar a los grupos de la población desprotegidos (Gillespie 1978).

Una de las cuestiones que más preocupaba era la organización del trabajo profesional artesanal e individualista, se pensó entonces que la odontología

podía seguir el ejemplo de la medicina que había logrado desarrollar un trabajo en equipo, donde participaban varios especialistas apoyados por personal técnico y auxiliar.

Con estos antecedentes educadores y autoridades sanitarias llegaron en 1977 a la Facultad de Odontología de la Universidad de Campinas, Piracicaba, en Brasil; ésta reunión fue promovida por la OPS/OMS y apoyada financieramente por la Fundación K. W: Kellogg; ahí fue donde se establecieron las bases de lo que sería el **Programa de Innovaciones en la Enseñanza y Servicios Odontológicos**; allí también quedó asentado que dicho programa se comprometía con un cambio “valorativo” y no solamente con cambios de “forma o secuencia” en los contenidos curriculares. Lo interesante del programa era que los planteamientos fueron elaborados por los líderes de la enseñanza y servicios odontológicos de Latinoamérica, las conclusiones y propuestas estructuradas formalmente por la OPS y la Fundación. Esto implicó un cambio de paradigma en la enseñanza odontológica basado en la solución de las necesidades de atención (y no por el mercado de trabajo) que a su vez permitiera al profesional alcanzara un alto grado de satisfacción y realización humanas (Gillespie,1978). Estos planteamientos muestran que el programa partió de profundas reflexiones éticas sobre la enseñanza de la odontología en AL.

Los conceptos sobre los que se sustentaba el Programa de Innovaciones fueron:

-Programas educacionales orientados a capacitar personal capaz de extender la cobertura de servicios odontológicos en especial a las áreas desprotegidas.

-Determinación y distribución racional del tiempo de aprendizaje mediante una selección crítica de contenidos.

-Participación de la comunidad en la planificación y administración de los servicios

-Uso de la información epidemiológica y socioeconómica en el diseño del currículo.

- Adaptación de materiales, instrumentos, equipos y técnicas a las situaciones socioeconómica y cultural de la comunidad.*
- Participación mayor de la mujer en el grupo de recursos humanos para los servicios odontológicos.*
- Incorporación de personas jóvenes en los programas de adiestramiento escolarizado y no escolarizado, para incrementar la disponibilidad de recursos humanos en odontología.*
- Transformación del papel de la enseñanza mediante la utilización del autoaprendizaje en torno a la solución de problemas.*
- Transformación del significado de la “ciencia pura” abriendo perspectivas de su dimensión y alcance sociales divulgando el método científico.*
- Limitación del aprendizaje formal dando acceso al conocimiento a través del aprendizaje en servicio y transferencia de información y habilidades para la atención a la salud a la propia comunidad.*
- Predominio de los aspectos valorativos a través de la formulación de criterios y su utilización durante el diseño curricular.*
- Desarrollo de soluciones originales para los problemas educacionales y de salud dental de la región, país o localidad, mediante la aplicación del método científico.*
- Interacción permanente entre teoría y práctica en el desarrollo y aplicación de nuevos modelos para la educación y servicio (Gillespie, 1978:520-21).*

De lo expuesto anteriormente se puede observar algunas líneas de acción identificadas en el Programa como:

- a) cambios curriculares basados en reflexiones y autocrítica éticas
- b) transformación del compromiso social de la profesión,
- c) vinculación intersectorial entre universidades y servicios
- d) integración docencia servicios y docencia investigación y servicio,
- e) formación de personal técnico, auxiliar y comunitario,
- f) participación del estudiante en el proceso de enseñanza
- g) integración de las ciencias sociales a los currícula
- h) programas comunitarios de salud con participación de la población

- i) atención a los problemas de salud bucal de la población mayoritaria
- j) cambios en las políticas sanitarias
- k) enfoque preventivo de la salud oral

Los setentas se caracterizaron por impulsar cambios en el proceso de trabajo, así como en la enseñanza de la clínica; se propusieron las clínicas integrales para rebasar la enseñanza por especialidades y actividades sobre las que tradicionalmente se había organizado la clínica en prácticamente todas las escuelas de odontología, como: de exodoncia, de operatoria dental, cirugía, endodoncia, entre otras. Las clínicas integrales ya estaban funcionando en la algunas Universidad de EU y AL como la de Antioquia y más tarde en Panamá (Arango, 1978).

Hay que considerar que durante los setentas las universidades representaban espacios relativamente autónomos para el desarrollo del pensamiento importantes sobre todo en aquellos países que estaban bajo sistemas dictatoriales.

Un de las principales propuestas del programa de Innovaciones fue el de la **Odontología Simplificada** la cual planteaba la integración del personal técnico y auxiliar y la modificación del proceso de trabajo. En este sentido se identificaron tres principios para orientar la formación profesional: la **desmonopolización**, la **simplificación** y la **transferencia** tecnológica: la desmonopolización del conocimiento odontológico consistía en compartirlo con el personal técnico, auxiliar y con la comunidad; simplificar se refería a los equipos, materiales y técnicas, para reducir los costos de los servicios odontológicos y la transferencia tecnológica se interpretó como el uso de la tecnología apropiada, es decir utilizarla críticamente considerando el contexto donde se aplicara (Gillespie, 1978).

La desmonopolización

El concepto más innovador fue el de la desmonopolización puesto que implicaba desestructurar el monopolio del saber del odontólogo sobre el

cuidado de la salud bucal, debilitando el poder que dicho saber ofrece al profesional. Sin embargo la desmonopolización se confundió con la delegación de funciones. La desmonopolización se pensaba que podía llevarse a cabo en tres niveles: uno delegar actividades en los técnicos quienes realizarían acciones de operatoria dental, radiología, exodoncia y prevención, en suma se encargarían del saneamiento básico, otro era delegar en el auxiliar actividades de apoyo al trabajo clínico, de promoción, de prevención y de trabajo comunitario (Hermosillo et al., 1978).

Sin embargo, en una profesión artesanal donde el dentista ejecutaba (y lo sigue haciendo) la mayoría de actividades especializadas y no especializadas, delegar no era una cuestión simple. Si bien, incorporar personal de enfermería en la práctica médica fue una lucha al interior del gremio, que se sentía amenazado por la “intromisión” de personal menos capacitado en actividades que consideraba de su exclusiva competencia; lucha que se resolvió con el control y supervisión de las actividades delegada; donde el médico se quedó a cargo del diagnóstico, pronóstico y tratamiento, así como la toma de decisiones sobre los cuidados del enfermo; actividades que mantenían su jerarquía, prestigio y poder; con menor carga de trabajo al lado del enfermo; lo cual le permitió legitimar no sólo su saber sino el de los demás (Freidson,1978).

Por otro lado, la manera como se manifiestan las enfermedades bucales y la forma como se atienden, hace pensar que el diagnóstico sobre la situación de salud del paciente puede hacerse superficialmente o no hacerse. El diagnóstico requiere en ocasiones concurrencia multidisciplinar y apoyo de estudios de laboratorio, de gabinete, entre otros. pero sobre todo entrenamiento clínico. En una práctica individualista, aislada en el consultorio es difícil recurrir a otros especialistas (López Cámara, 1992).

Detectar la necesidad de personal técnico y auxiliar en el equipo odontológico implicó identificar funciones para cada tipo de personal y capacitarlo. Los resultados fueron cambios curriculares para el dentista y diseño de planes y programas de estudio para este tipo de personal lo cual se llevó a cabo en una cuantas escuelas y servicios de salud de la región. Para ese entonces ya había

experiencias de formación de personal de apoyo y auxiliar en los consultorios dentales, pero no se había planeado de una manera sistemática, ni pensado en el mercado de trabajo para ellos. La Universidad de Antioquia en Colombia, la Universidad de Panamá (Arango, 1978), y la Universidad Chihuahua más tarde en México, pusieron en marcha programas de formación de técnicos. La Secretaría de Salud en el Estado de México desarrolló un Centro Odontopediátrico en Ciudad Nezahualcóyotl, capacitando y utilizando a este tipo de personal con muy buenos resultados en cuanto a productividad, ya que un solo dentista supervisaba la labor de nueve técnicos quienes trabajaban con otros tantos auxiliares utilizando la técnica a 4 manos (que ahorra tiempo). El coste beneficio de la atención era muy bueno; puesto que en 5 días se atendía a un escolar integralmente; pero sobre todo el sistema demostró ser una alternativa viable en la atención bucodental, más eficaz y eficiente que el modelo tradicional, del dentista trabajando solo. Por otro lado también mostró que el técnico con estudios de secundaria y con ocho meses de preparación intensiva más práctica que teórica, realizaba bien, la mayoría de las acciones que el dentista ejecuta cotidianamente en el consultorio (Hermosillo, 1978. López Cámara, 1992). Esto sin duda asustó a los dentistas.

En odontología el delegar no significó una alternativa como lo fue para la medicina. Por varios motivos, primero económico un dentista tiene que contar con una infraestructura importante para poder ejercer la profesión, un consultorio requiere de inversión inicial fuerte, una clínica con las características del modelo de Nezahualcóyotl mucho más. Segunda la imagen de la profesión, es justamente la del dentista solo realizando actividades de operatoria dental, ayudado en el mejor de los casos por el personal auxiliar. Así el concepto de la desmonopolización a pesar de los intentos y experiencias que mostraban sus bondades, no prosperó como se pensaba.

Cabe mencionar que la desmonopolización parecía ser un acto generoso por parte del dentista, y no una obligación ética del profesional de buscar soluciones y de racionalizar el uso de los recursos existentes, tratando capacitar nuevos recursos humanos a menor costo. Lo cual significaba una buena alternativa para elevar las condiciones de salud oral como quedó

demostrado en muchas experiencias. En esta propuesta no se consideraba a la comunidad cómo un interlocutor con igual capacidad de opinar, reformular o responder.

En relación a la comunidad, existen algunas experiencias como la de la Universidad de San Carlos en Guatemala (Cabarrúa,1978), en Ecuador (Yepes, 1978), que formaron promotores rurales de salud oral en las comunidades donde llevaron a cabo sus programas comunitarios, o en México donde algunas organizaciones no gubernamentales como la Asociación de Fomento Cultural y Educativo A.C. a través de su Programa Educativo de Salud Comunitaria con la ayuda de profesores de la UAMX, lo hicieron años más tarde en Chiapas y Veracruz. Si bien formar promotores de salud en áreas rurales pobres puede ser una experiencia importante e interesante, si aquellos, dada su limitada capacidad resolutive no cuentan con el apoyo del sistema sanitario, su trabajo es difícil de sostener, ya que la mayoría de estos personajes son campesinos pobres que trabajan en el campo y que en su tiempo libre se dedican a las actividades de promoción y fomento a la salud. Pero en el caso de la odontología además de tiempo requieren de infraestructura, agua, luz, instrumental, materiales, que son caros y hay que resurtirlos constantemente. Algunos de los materiales necesitan condiciones de almacenaje especiales como refrigeración, lo cual dificulta el desarrollo del trabajo de los promotores rurales de salud oral.

Simplificación y transferencia tecnológica

En cuanto a la simplificación en la producción de equipos y materiales, ésta fue desde un principio una propuesta sin futuro, aunque se hicieron intentos de competir con los fabricantes transnacionales; y se desplegó una gran creatividad en el diseño y producción de equipos simplificados por parte de particulares; no obstante las grandes compañías iniciaron la fabricación de equipos con dichas características, pero más versátiles. El problema de los equipos no consiste solo en el diseño, hay que tomar en cuenta la distribución, el mantenimiento y el abasto de refacciones a mediano y largo plazo, cuestiones todas que conllevan complejidad logística, capacitación y financiamiento. Tal asimetría

entre transnacionales y particulares es imposible de solventar, aquí si hubiera sido necesario un apoyo estatal en dinero, patentes, límites de las importaciones, entre otros para desarrollar una propuesta con las características deseadas (Beltrán, 1987).

En relación a los materiales existen problemas similares que con los equipos, sobre todo si se considera que cada día aparecen en el mercado materiales novedosos, cada vez más fáciles de manipular o bien materiales que para su uso requieren aparatos especiales. Los materiales en general son de buena calidad y caros. Hay una relación entre material y técnica y no se pueden analizar por separado. Sobre todo si se toma en cuenta que el “avance” en la odontología se ha dado justamente en la incorporación de equipos y materiales cada vez mas especializados, pero caros.

El problema de la tecnología es algo sumamente complejo sobre todo en el caso de la odontología, que depende de ésta prácticamente para cualquier tipo de intervención. Gillespie señala que para analizar el problema de la tecnología en AL se tenían que considerar tres grandes áreas: la evolución de la tecnología básica, el uso de la tecnología existente y la adaptación. Una de las cuestiones relevantes que plantea este autor es que no hay investigación ni tradición en el desarrollo de la tecnología en Latinoamérica, tampoco recursos humanos capaces de generar propuestas viables en ese sentido (1987). Además del atraso tecnológico en la región con respecto a los países desarrollados y el consumo de tecnología obsoleta que impone el mercado transnacional. Para ilustrar un poco la situación, en 1974 solamente cuatro países latinoamericanos manufacturaban equipo dental (Gillespie, 1987).

Esta incapacidad de los países de la región de usar la tecnología y de apropiársela muestra las dificultades de poner en marcha una propuesta como esa. Beltrán expone las interrogantes a despejar cuando de tecnología se trata; cómo: qué saber, qué crear, qué escoger, qué adquirir, qué usar, qué saber adaptar, qué saber mantener y reparar (1987:). Lo anterior es importante sobre todo en AL donde muchas veces se compra tecnología cara que no se sabe usar, y nadie sabe como reparar. En el caso de la técnica tiene que haber

condiciones en términos de infraestructura y capacitación de recursos humanos, experiencia e inteligencia para saber usar aquello que es necesario, desechar lo superfluo y adaptar lo importante. En todo estos puntos se encuentra la respuesta de porque una propuesta con esas características iba destinada al fracaso.

La orientación pedagógica

Por otro lado, durante la década de los setentas hubo algunas propuestas sobre la manera de orientar el proceso de enseñanza aprendizaje que impactaron la formación del personal de salud. Dichas propuestas estaban preocupadas por acercar a los futuros profesionales con los problemas de la realidad, considerando que era en el entorno social donde se generaban los problemas de salud. Así se trabajó en los currícula en dos líneas: el aprendizaje por problemas y la atención comunitaria. Los supuestos de estas propuestas eran que el estudiante al entrar en contacto con los problemas de salud ampliara su comprensión sobre los determinantes de la misma, integrara y profundizara el conocimiento, buscaran soluciones más acordes con la realidad social, lo cual significaba un mayor compromiso ético social del profesional, un cambio de actitud y de valores y una comprensión del proceso salud enfermedad más allá de lo biológico (Rivas, 1994). Nuevos paradigmas en la enseñanza de la odontología surgieron para "orientar la formación de odontólogos en función de la solución de problemas de su realidad" (Gillespie, 1978).

El visualizar a la realidad como la fuente de enseñanza no solo impactó a la odontología sino toda el área de la salud en el Continente, de ahí surgieron programas como los de MacMaster en Canadá con la enseñanza médica por problemas y el de la Universidad de Nuevo México en la escuela de medicina sustentado en la Atención Primaria y estructurado por problemas de la comunidad (Rivas, 1994).

En México la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAMX) desarrolló una propuesta curricular basada en la enseñanza por problemas,

cuyo acercamiento era a través de la investigación. El objeto de transformación u objeto de estudio, que eran los ejes sobre los que se diseñaron los módulos debían tener las siguientes características pertinencia, vigencia y relevancia social. La UAMX desarrolló varias licenciaturas y posgrados en el área de la salud como: Medicina, Enfermería, Estomatología (odontología) en el primer caso y Medicina Social en el segundo que tuvieron impacto en AL (Documento Xochimilco, 1974). Dentro de esta corriente se puede mencionar los laboratorios de comunidad en la Universidad Zulia en Venezuela (Jiménez, 1978).

Otra corriente proveniente de la pedagogía impactó la formación de recursos humanos, la tecnología educativa con la taxonomía de Bloom, la planeación por objetivos, las cartas descriptivas, entre otras, con repercusiones en todas las profesiones las ciencias de la salud. La incorporación de esta corriente en la planeación educativa favoreció una planeación más adecuada del currículum, los planes y programas de estudio. Estos se diseñaron por objetivos de aprendizaje, objetivos de proceso en las cartas descriptivas, se reconoció la importancia de la participación activa del estudiante en su aprendizaje. Pero sobre todo se puso el acento en la planeación y el uso de nuevas tecnologías aplicadas a la enseñanza sobre todo al autoaprendizaje. La tecnología educativa se enfoca a la planeación de los procesos de enseñanza-aprendizaje, no a la orientación de los programas.

Nuevamente la OPS/OMS y la Fundación Kellogg con su apoyo financiero fundaron en México el **Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud** (CLATES) y en 1973 se formuló el Programa de Odontología CLATES-Asociación de Escuelas y Facultades de Odontología (AMFEO)-OPS que impulsó la discusión sobre la planeación curricular en Escuelas y Facultades de éste país. En México esto generó un beneficio importante puesto que a partir de aquí muchas escuelas formularon sus propios planes de estudio, dejaron de copiar el plan de estudios de la UNAM como había sucedido anteriormente, lo que favoreció la diversificación y creación de muchas propuestas y experiencias curriculares. En otros países de AL también se impulsó la tecnología educativa como en Brasil (Hermosillo, 1978).

Esto sin lugar a dudas constituyó un avance en la planeación educativa y formó recursos en ésta área. Sin embargo esto llevaba un riesgo, preocuparse o quedarse solo en la forma y no cambiar el fondo, en el caso de la odontología significó mantener el enfoque en la formación profesional basado en la práctica privada; situación que prevalece actualmente.

Cambios en el enfoque de la atención a la salud

El 12 de Septiembre de 1978 se hizo la Declaración de Alma-Ata, OMS/UNICEF, que propuso la estrategia de Atención Primaria y la meta de “Salud para todos en el año 2000” que impulsaría cambios en las políticas de salud, los sistemas sanitarios y la formación profesional.

En la década de los 80s la región AL entro en una de las peores crisis económicas, cuyo resultado se conoce como la “década perdida” el peso de la deuda externa y la recesión, incrementaron la dependencia de los países y la pobreza. A nivel político se cayeron todas las expectativas sobre otra manera de desarrollar una sociedad más equilibrada: la vía socialista. Gran parte de la población quedó prácticamente sin recursos económicos y con pocos planteamientos políticos y morales para alcanzar la justicia social.

Por otro lado el daño al ambiente ocasionado por el desarrollo social irracional, mostró los límites de los recursos naturales y la necesidad cuidarlos no sólo para la población presente sino para la futura. Resultado de éste cuestionamiento ético surgió la propuesta del desarrollo sostenible o sustentable en el Reporte Brundtland en 1989. Más tarde este concepto de la sustentabilidad se aplicó al desarrollo humano proponiéndolo como un proyecto humanizador a nivel mundial.

La Odontología Integral y la integración docencia servicio e investigación

En el campo de la odontología el concepto de integración fue un eje sobre el que giraron las propuestas en la formación profesional. La **Odontología**

Integral (OI) planteaba utilizar más racionalmente los recursos disponibles; fue concebida como la producción de conocimientos, recursos humanos y servicios alrededor del proceso salud-enfermedad bucal; considerando que cada grupo social tiene necesidades y formas de consumo distintas (Payares, 1990:40). Este enfoque proponía a organizar la atención y la enseñanza de la odontología en una perspectiva más amplia, incorporando los determinantes sociales de la salud. Este fue el fundamento de las clínicas integrales y las clínicas periféricas o clínicas ubicadas fuera del campo universitario, que prácticamente se encuentran en todas las escuelas de odontología, actualmente.

Otro de los resultados del concepto de integración fue la integración docente asistencial (IDA), éste ha sido una de las propuestas más interesantes y factibles en la enseñanza de la odontología que favoreció que los alumnos participaran en los servicios de salud solucionando los problemas bucales de la población y al mismo tiempo aprendieran, se capacitaran; así, las instituciones de servicio aprovechaban lo que el alumno realizaba en la clínica universitaria donde desde siempre, los estudiantes han contribuido a ampliar la cobertura de los servicios.

Estas ideas representaron un cambio en la manera de concebir la enseñanza de los estudiantes. El planteamiento de que los alumnos aprendían mientras prestaban un servicio de salud transformó significativamente el enfoque del paciente, considerado como una especie de “material didáctico”, para convertirse en un sujeto con necesidades de salud, miembro de una comunidad, al cual se atendía individual y colectivamente (Lara, 2001).

La investigación vino a sumarse a lo que sería la triada: “investigación-docencia-servicio”. Se pretendía que la investigación de “los problemas de la realidad” de los grupos socialmente desprotegidos impactara la conciencia del futuro profesional y éste ejerciera de una manera solidaria su quehacer profesional.

Sobre la producción de conocimientos en el campo de la odontología se hizo evidente el atraso que dicha área presentaba en LA. En los EU ya se había echado andar la investigación a través de fondos públicos en The National Institute of Dental Research (NIDR) fundado en 1948, cuya creación contribuyó a desarrollar la investigación odontológica en aquel país, y brindó resultados que influyeron en el Continente y en el mundo. A pesar de que los fondos federales disminuyeron en el Instituto, se logró impulsar el trabajo investigativo en odontología en aquel país (Morris, 1974).

Aquí es conveniente mencionar la participación de los latinoamericanos en la investigación sobre la sal fluorurada desarrollada en Colombia. Dicha investigación fue planteada por el Instituto Nacional de Investigaciones Dentales del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, con la colaboración de la OPS/OMS; el efecto de la sal fluorurada fue probado en cuatro comunidades de Colombia, con la participación del Departamento de Odontología Preventiva y Social de la Universidad de Antioquia. Los resultados apuntaron a que la sal era un buen vehículo, que la dosis óptima era de 200 mg de flúor por kg. de sal y su efectividad de un 60 a 65% en la reducción de caries dental (Gómez, 1978). Cabe destacar que a pesar de los problemas éticos que presenta esta investigación que buscaba encontrar la dosis de flúor segura y efectiva en la prevención de caries; donde participaron sujetos humanos, que fueron sometidos al consumo de sal fluorurada prácticamente sin su consentimiento, lo cual representaba un riesgo para su salud, la aplicación de ésta medida a nivel masivo ha servido para beneficiar a los grupos socialmente desprotegidos en muchos países. Afortunadamente el desarrollo de la investigación odontológica en AL no siguió este patrón y ha caminado por su propio rumbo (López Cámara, 2001).

Las escuelas de odontología en AL habían iniciado una organización llamada Asociación Latinoamericana de Facultades de Odontología (ALAFOD), sin embargo ésta denominación dejaba afuera a las escuelas y a los departamentos, así en octubre de 1980 se integraron todos en la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO) filial de la

Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) en Santo Domingo con los siguientes fines:

- a) Colaborar en el desarrollo y progreso de las instituciones afiliadas, así como estimular el mutuo conocimiento de interacción*
- b) Servir de órgano coordinador de intercambio y relaciones de las instituciones asociadas, tanto entre sí como con otros organismos similares.*
- c) Servir de centro de asesoramiento y consulta*
- d) Promover las medidas que tengan por objeto coordinar la organización docente, académica, administrativa y de investigación y enseñanza.*
- e) Promover el reconocimiento y respeto de la autonomía universitaria, mediante la vigencia efectiva de las libertades de cátedra y de investigación y del régimen de autogobierno.*
- f) Promover el respeto a los derechos humanos y la justicia social.*
- g) Coadyuvar a la transformación de la sociedad en beneficio de las mayorías que permanecen al margen de la Odontología (OFEDO, 1980).*

De acuerdo con el análisis que hace Ariel Gómez, un fundador de esta organización, de los cambios ocurridos en la formación de los recursos odontológicos en AL, el autor destaca que además de los seminarios talleres y documentos, se consolidaron las modificaciones siguientes:

- 1.-Aprendizaje en condiciones reales*
- 2.-Aprendizaje en el servicio*
- 3.-Subordinación de la teoría a la práctica*
- 4.-Aprendizaje siguiendo un orden de complejidad creciente.*
- 5.-Tecnología apropiada apoyada en la simplificación de la práctica.*
- 6.-Participación Comunitaria en todos los niveles (2000:39)*

1. Aprendizaje en condiciones reales.

El análisis es bastante optimista, ya que en el primer apartado que trata sobre el aprendizaje en condiciones reales (frente a un paciente), hay que señalar que una de las características de las profesiones de la salud, es el entrenamiento clínico; y aunque en las escuelas de odontología se realicen preclínicas, lo significativo para el alumno es la experiencia directa con el paciente, ésta es la condición real de su práctica profesional.

2. Aprendizaje en el servicio

En lo que se refiere al aprendizaje en el servicio, las escuelas de odontología siempre han ofrecido un servicio (no así la medicina o la enfermería que se integran a los sistemas de salud), con las características de un servicio docente, planeado fundamentalmente para la enseñanza. La integración con los servicios públicos sí fue una novedad, pero no ocurre en la mayoría de escuelas de odontología, es más bien una excepción.

3. La subordinación de la teoría a la práctica,

Este apartado se refiere a uno de los problemas en la educación odontológica, expresado en la falta de diagnóstico y la poca fundamentación de algunas actividades que realiza el dentista (López Cámara, 1992).

4. El aprendizaje siguiendo un orden de complejidad creciente,

Este es un concepto antiguo, aún en la educación dental, y tiene una secuencia lógica, ya que conforme el estudiante va adquiriendo habilidades técnicas y psicomotoras, va realizando acciones más complejas.

5. La tecnología apropiada

El uso de la tecnología apropiadamente por las dificultades que presenta para su implementación, no es actualmente una realidad como comentamos anteriormente.

6. La participación comunitaria

La participación comunitaria sigue siendo una experiencia aislada y poco sistematizada en las escuelas de odontología, por tanto para instaurarse en la formación de odontólogos tendría que avanzarse en términos metodológicos y ligada a otras profesiones que si tienen una gran tradición en este tipo de trabajo como, la enfermería.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones señaladas pueden señalarse avances conceptuales significativos en la formación de odontólogos, resultado del creativo esfuerzo colectivo de los latinoamericanos en varios niveles; en el campo curricular se puede mencionar la introducción de: las ciencias sociales en los curricula de las licenciaturas, así como de la odontología preventiva y la epidemiología oral. El desarrollo de modelos novedosos en la enseñanza, algunos centrados en problemas, otros dirigidos a los grupos desprotegidos en los medio urbano-marginal y rural; la vinculación de las instituciones de enseñanza con su entorno social, la instauración de las clínicas integrales y la integración docencia-servicio y docencia-servicio-investigación; el crecimiento de escuelas y facultades de odontología con propuestas y estrategias diferentes a la enseñanza tradicional; mayor profundidad en la planeación curricular; y la incorporación de la investigación en las universidades de la región.

En los servicios de salud la implementación de modelos novedosos de atención, así como la instauración de medidas masivas de prevención como, la fluoruración del agua y la sal de mesa y el control y seguimiento de la medida. Lo cual implicó un conocimiento de la situación de salud oral y su evolución, es decir antes y después de la aplicación de la medida. El desarrollo de la investigación desde los servicios sanitarios, la colaboración con las universidades, así como la capacitación de personal por parte de los ministerios de salud en epidemiología oral, en suma un esfuerzo importante en términos de salud pública, que se ha traducido en un mejoramiento de las condiciones de salud oral de la población (Velásquez, 2003).

No obstante el compromiso del profesional por mejorar las condiciones de salud y atención bucal de los grupos desprotegidos es una tarea pendiente; todavía se mantienen una gran cantidad de necesidades no cubiertas, que con los recortes presupuestales y el modelo de ejercicio tradicional se mantendrán por mucho tiempo.

Al analizar la experiencia seis años después de iniciado el programa Roberto Beltrán, encargado del mismo, anota algunos de los logros y limitaciones de la Corriente de Innovaciones en la Enseñanza de la Odontología de la siguiente manera:

- Que el proceso educacional está fuertemente determinado por el modo de práctica sea pública o privada.*
- Que la materia educativa procede de dos fuentes principales, el conocimiento sistemático, producto de la investigación científica, y el conocimiento empírico inductivo que procede de la práctica.*
- Que el trabajo en comunidad es una forma de integración de predominio empírico inductivo que tiene potencial para generar cambios de actitud respecto de la responsabilidad social del profesional de salud.*
- Que todo proceso de cambio tiene adversarios y que estos son capaces de generar fuerzas de freno y retroceso.*
- Que la simplificación de la práctica es posible, pero que como forma de ensayo tecnológico requiere de tiempo y tolerancia respecto de las fallas que pueda acarrear durante las fases de su generación y prueba.*
- Que la integración docente asistencial debe alcanzar los niveles de decisión en las políticas de salud que hagan posible la puesta en marcha de nuevos modelos de atención.*
- Que la participación de la comunidad es indispensable y que para lograrla, se necesita el apoyo de las ciencias sociales y del comportamiento. (Beltrán, 1983),*

Autores como Payares y Arango al analizar la experiencia de la Universidad de Antioquia en Colombia coincide con algunos de los puntos de vista expresados por Beltrán y señala otros más que pueden complementar y ampliar el análisis.

Las conclusiones de los autores mencionados destacan que las propuestas “constituyen esfuerzos aislados muy valiosos .que no ocasionaron el más mínimo traumatismo en el desarrollo de los planes de estudio posteriores” (Payares, 1990:42). En suma, pocos profesores estaban convencidos de la necesidad de modificar la forma y el modelo de enseñanza, esta situación ha constituido una de las limitantes importantes en los cambios educativos (Payares, 1990). Tampoco se tenía clara la idea de cómo integrar las ciencias sociales en la enseñanza de la odontología, y aunque se incorporaron materias como la Antropología Médica; solamente algunas IES como la Universidad Cayetano Heredia en Perú, han logrado un avance conceptual al respecto, pero todavía falta un mayor desarrollo (Beltrán,1998). En este sentido han sido pocas las variaciones curriculares consistentes.

Se puede concluir que los objetivos que se plantearon en la enseñanza de la odontología eran desproporcionados, no se podían cumplir, no solo por ambiciosos sino porque las transformaciones que se buscaban estaban fuera de la competencia del campo educativo incluso de la profesión.

Mejorar las condiciones de salud bucal es resultado de un esfuerzo del Estado y sus instituciones con el apoyo de la sociedad civil; en este sentido el caso de Cuba es ilustrativo, ya que con escasos recursos materiales y la participación organizada de la sociedad lograron cambiar el perfil epidemiológico de la salud oral, simplemente con una prevención sistemática, generalizada a la población en escuelas guarderías y jardines de niños. Esto muestra que es posible transformar las condiciones de salud sobre todo de aquellas enfermedades que son prevenibles como la mayoría de las enfermedades bucales.

El problema central quedó dicho en el primer apartado de Beltrán sobre cómo la práctica determina el modelo de la formación profesional, por tanto aunque se han modificado cuestiones importantes en la educación odontológica todavía no se consolidan muchas de las propuestas planteadas en términos conceptuales, metodológicos y pedagógicos.

Otra de las cuestiones que frenó las modificaciones curriculares fue que la OPS que había impulsado decididamente la formación de recursos odontológicos, cambió su estrategia para mejorar la salud bucal de la población, apostándole al cambio en las políticas de salud más que a la formación de odontólogos. Así se retiró el apoyo teórico y financiero que había dado impulso a las Corrientes Latinoamericanas, dejando prácticamente a cada institución marchando por su propio pie (Lara, 2001).

Los propuestas sanitarias

La globalización y los procesos derivados de ella tales como la regionalización, impusieron un mismo modelo de desarrollo a todos los países, sin importar las características históricas, políticas o sociales de los países, por parte de los organismos internacionales.

El proceso de globalización y sus consecuencias la exclusión y la pobreza se hicieron sentir como nunca en el Continente. La reducción del Estado Benefactor y su transformación en Estado Rector dejó descubierta a una gran parte de la población de los servicios básicos.

En los noventa la región se transformó al firmarse los acuerdos multinacionales de cooperación entre los diferentes países como, el Tratado de Libre Comercio (TLC) de América del Norte y el proyecto del MERCOSUR los cuales cambiaron el perfil geopolítico latinoamericano.

Ante la gran inequidad generada por estos ajustes económicos organismos internacionales como el Banco Mundial (BM) se preocuparon por proponer algunas estrategias y políticas para lograr el “desarrollo con rostro humano” (Laurell, 1994). Así el Informe de dicho organismo sobre el Desarrollo Mundial 1993, Invertir en salud, señala como una estrategia viable (por la reducción del Estado) la distribución de las responsabilidades de la salud entre Estado y particulares, la estrategia propuesta toma como soporte social a las organizaciones no gubernamentales (ONG's) sobre todo las de mujeres (Banco Mundial, 1993).

Dentro de este escenario surgen coincidencias entre las propuestas de los organismos financieros y la OPS, ambos interesados en llevar a cabo acciones de bajo costo y alto impacto, trasladar muchas de las acciones sanitarias al hogar con el apoyo de las mujeres, así como optimizar los recursos existentes (BM,1993. Madrid, 1989).

Por otro lado los reclamos sociales en cuanto al trato al paciente y la preocupación sobre el respeto a los derechos humanos, obligaron a los organismos internacionales a conformar un marco axiológico cada vez más acabado para el cuidado de la salud, lo que impulsó cambios en el área de la sanidad tendientes a mejorar la calidad de la atención, así como abrir la participación de personas legas en la vigilancia del desempeño ético y técnico de los trabajadores en los servicios (Lolas, 2000). Esto amplió la mirada médica sobre el paciente (hoy considerado usuario o consumidor) así como la posición del mismo dentro del sistema sanitario.

Si bien, Alma Ata marcó un hito en el pensamiento sanitario mundial, no faltó mucho para notar que su concreción requería no sólo de mayor precisión conceptual sino de un cambio estructural en el sistema sanitario, así como nuevas estrategias, más específicas e incluyentes de otros sectores sociales. La colaboración y la responsabilidad compartida se volvieron temas centrales para la salud y la educación. Se buscó una estrategia para incorporar cada vez mayor cantidad de actores en el cuidado de la salud e integrarlos en redes Partnership o “asociaciones”. El vocablo inglés *partnership* no tiene una traducción textual al español, pero puede ayudar a entenderlo palabras como socio, compañero o colaborador. El uso de este concepto alude a una modalidad de asociación especial donde se respetaran las diferencias de las partes; se pretendía que los vínculos se dieran con cierta igualdad y correspondencia (Fundación Kellogg, 1995).

Así, La OPS/OMS propusieron la estrategia de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en 1983 para desconcentrar y descentralizar los servicios de sanitarios y acercarlos a la población, no solamente con la intención de que las

comunidades participaran con los servicios sino que éstos se enfocaran a la problemática de salud de cada región y usaran más adecuadamente sus recursos (Fundación Kellogg, 1995). Esta estrategia surge en una década convulsionada por la crisis económica y la recesión, donde se requería la colaboración y el uso racional de los recursos.

La estrategia de los SILOS en AL también fue financiada por la Fundación K. W. Kellogg, lo cual facilitó el desarrollo de varios modelos en la región, donde participaron las universidades, los servicios sanitarios y la comunidad; con proyectos muy específicos, como el proyecto UNI de la UAMX-Tláhuac. La experiencia favoreció la creación de programas comunitarios y la participación multiprofesional de los estudiantes de la salud. No obstante lo positivo de las experiencias, no se lograron las transformaciones curriculares que se esperaban, ni el cambio en los servicios de salud (UNI, 1996).

Con este bagaje se perfiló desde entonces un horizonte distinto en el cuidado de la salud con mayor cantidad de actores con diferentes responsabilidades ante la reducción del Estado benefactor. Se buscó el “empoderamiento” de los actores, un concepto que pudiera corresponder con la desmonopolización, vista ésta desde el punto de vista de la comunidad. No se trataba de que trabajadores de salud y usuarios tuvieran los mismos conocimientos, sino que la población participara en la vigilancia de los servicios sanitarios y pudieran opinar sobre su organización y funcionamiento, incluso sobre las prioridades de atención.

Así los servicios sanitarios empezaron a centra la mirada en el consumidor o usuario (ya no en el paciente), pensando en la solución no sólo de sus necesidades sino en la satisfacción de sus expectativas. Con todas las transformaciones económicas, políticas y morales ocurridas, la OMS/OPS consideró necesario proponer algunos criterios para que los distintos países realizaran sus reformas en el sector salud como: el acceso universal, la equidad, la eficiencia, la eficacia, la participación social y la calidad. Para asegurar el buen desempeño institucional, con lo único con que se cuenta, es con la evaluación de los servicios y la certificación del ejercicio profesional. En

el caso de la educación estos mismos principios son aplicados con algunas variantes.

Retomando lo planteado en la reforma al sector salud es importante señalar cuales fueron los principios fundamental propuestos de ésta reforma, que representaba según los especialistas una discontinuidad con el pasado, ya que su enfoque era integral y conducía al desarrollo de sistemas sostenibles. Considerando que el acceso a los servicios de salud de calidad era un derecho de todas las personas (Madrid, 1989).

La reforma presentaba requisitos habilitantes como: la solidaridad social, la participación social, la financiación adecuada, la utilización de recursos eficaces en función de costos, los procesos transparentes, la diversidad de opciones y la elección, reglamentación y control apropiados. Para la aplicación con éxito de medidas de reforma se proponía incluir propuestas técnicamente bien diseñadas, negociadas mediante procesos políticos (Madrid, 1998).

En los noventas las asociaciones latinoamericanas de escuelas al quedarse sin recursos perdieron liderazgo. De aquí en adelante lo que sucede en odontología es resultado de las políticas educativas y de salud internacionales trasladadas acríticamente a cada país, mediatizadas por las características de cada proceso.

La evaluación y la acreditación de planes y programas de estudio, son actualmente las piedras angulares sobre las que las instituciones formadoras están haciendo ajustes curriculares y operacionales para responder a estas políticas estatales. Esto es un cambio significativo en lo que había sucedido en el pasado, donde hubo creatividad, una posición política contestataria hacia las políticas del Estado y hacia los países centrales, así como autonomía en el pensamiento de los participantes sobre todo de los universitarios.

Pero todos estos cambios en los conceptos, enfoques y métodos no se hubieran podido lograr si no hubiera habido un cuestionamiento importante en

el avance de los procesos de democratización, la lucha por los derechos de la mujeres sobre todo en temas como la reproducción, así como el respeto a los derechos humanos, que dieron como resultado nuevos pactos y acuerdo internacionales.

Cambios éticos

Otro influencia en el área de la salud que actualmente está impactando significativamente la atención y la educación son los avances ocurridos en el terreno de la moral en varios sentidos, unos provenientes de los nuevos conocimientos como el genoma humano y sus consecuencias, la clonación, el uso de células madre o totipotenciales, en el control de enfermedades, la reproducción asistida, el uso de las técnicas de soporte vital en medicina, los trasplantes de órganos cuestiones que han modificado el concepto sobre la muerte y obviamente sobre la vida.

Otros de los cambios éticos provienen del terreno político y social como el avance en materia de los derechos humanos cuyo efecto se plasma en los derechos del enfermo, mismos que provocan transformaciones importantes en la relación clínica (relación médico paciente); por otro lado la participación de los ciudadanos en el control de las políticas públicas a través de actores sociales como las organizaciones no gubernamentales (Ong's), y la incorporación en la vigilancia de la atención médica e investigación por parte de los comités de ética; donde participa personal de las instituciones sanitarias y legos.

Todas estas experiencias están convulsionando la ética médica, y arrojan interrogantes difíciles de resolver, sobre todo cuando no hay experiencia en cómo resolverlos, así se ha ido generando un marco axiológico cada vez más preciso para las prácticas sanitarias, una mayor regulación técnica en la atención e investigación médicas, actores sociales encargados de regular y vigilar el desempeño profesional a nivel mundial y nuevas disciplinas, como la bioética.

Cabe aclarar que los primeros intentos que se realizaron para acotar la investigación biomédica a nivel planetario se hicieron después de la Segunda Guerra Mundial, al conocerse lo ocurrido en los campos de concentración de la Alemania nazi.

De los Procesos de Nüremberg surge el Código del mismo nombre (1947) donde por primera vez se presenta un acuerdo internacional para regular la investigación biomédica; como primer punto en el documento aparece el consentimiento voluntario de los sujetos de investigación, la utilidad del conocimiento obtenido, la necesidad de minimizar los riesgos, así como cuidar el bienestar de los sujetos de investigación.

No obstante los acuerdos señalados en el documento se realizaron investigaciones donde se continuaba transgrediendo cuestiones fundamentales de la ética médica, como fue el caso de los enfermos negros de sífilis de Tuskegee en Alabama; a quienes se les siguió durante años sin ningún tratamiento, para ver la historia natural de la sífilis no tratada. Hay que recordar que la penicilina apareció en 1946-47 y el estudio empezó en 1932 cuando no se conocía ningún tratamiento eficaz. Pero en el momento que surgió una alternativa terapéutica los enfermos tenían que haber sido tratados, en vez de pagarles los gastos de transporte al hospital y el funeral. Cuando un funcionario del servicio de Salud puso atención con lo que estaba sucediendo alrededor de 1972 y se hizo del conocimiento público lo ocurrido, el gobierno de EU se encargó de nombrar una comisión, The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, creada para definir los principios básicos de la investigación biomédica en 1974. El resultado de su trabajo quedó plasmado en el informe Belmont publicado en 1978.

En este informe aparecen claramente definidos tres principios fundamentales para la investigación biomédica: la beneficencia, la justicia y el respeto. (Cuadro 2) más tarde algunos de los participantes de la Comisión como Beauchamp Tom y Childress Janos en su libro *"Principles of Biomedical Ethics"* que apareció en 1979, extendieron dichos principios a la relación clínica e incorporan uno más: la no maleficencia. Es aquí donde se conforma el marco

axiológico de la práctica médica actual y constituye un avance en el terreno moral. Que constantemente se refrenda y actualiza en códigos como el de Helsinki (Lolas, 2000).

Sin embargo es con la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el seno de las Naciones Unidas en 1948 donde se conforma un marco ético distinto, donde se sientan las bases para fincar una cultura de derecho. La Declaración de los Derechos Humanos, más tarde se incorporan los derechos sociales, políticos y culturales. A partir de ese momento continúan apareciendo códigos como el de Helsinki, que se actualizan constantemente a nivel internacional y que acotan cada día el ejercicio profesional no sólo de la medicina sino de muchas otras prácticas asociadas con ella, como los editores médicos, las agencias financiadoras, entre otros (Amnistía Internacional, 1990).

Por otro lado la lucha de las mujeres por sus derechos principalmente en materia reproductiva permitió incorporar la visión de género en los programas y políticas a nivel internacional. Así como la lucha de las minorías, homosexuales, discapacitados, ancianos, indígenas, entre otros que abrieron la mirada de la sociedad sobre la necesidad de tomar en cuenta valores como: la pluralidad, el respeto a la diferencia y la tolerancia.

Con todos estos elementos más las preocupaciones ambientalistas se conforma el Informe Brundtland y se llega a la propuesta de paradigma del desarrollo humano sustentable. Mismo que ha sido incorporado como un objetivo para la educación médica como lo señala la Declaración de Uruguay sobre la Educación Médica (1995)

Este conjunto acontecimientos que tocaron la conciencia social, dieron origen a nuevas disciplinas, como la bioética, la cual surgió como un intento de responder algunas de las preocupaciones morales para las que no había respuesta.

El término bioética lo utilizó por primera vez el oncólogo Van Rensselaer Potter en 1970 en un artículo llamado "*Science of survival*"; en el cual proponía que la

ética no solamente tendría que limitar su acción a la relación entre los humanos, sino que debería extenderse al cuidado de la biósfera y a la sobrevivencia de todos.

Según este autor el objetivo de la bioética sería enseñar como utilizar el conocimiento científico en la naturaleza para emprender una cultura de la sobrevivencia basada en cinco principios:

- a) el respeto a las diferentes formas de vida,
- b) la preservación de los recursos naturales,
- c) la aplicación racional de la tecnología,
- d) el desarrollo sustentable de los pueblos,
- e) el respeto entre las personas, pueblos y culturas.

Su concepto se considera evolucionista y es ligeramente diferente del concepto de bioética actual (Lolas, 2000).

La bioética es una disciplina reciente, rama de la ética práctica, que se aboca a estudiar y a dar respuestas particulares a problemas morales que surgen en la relación clínica, la salud pública, la tecnología aplicada a la medicina, la investigación con sujetos humanos, el uso de animales en la experimentación, la protección del medio ambiente, el respeto a los derechos humanos, entre otros; cuestiones todas urgentes si se quiere desarrollar una cultura de respeto a los seres vivos humanos y no humanos y preservar el medio ambiente para nosotros y las generaciones futuras.

La bioética rebasa lo que se conocía como moral de las cercanías, extiende la moralidad a los animales, a la biosfera, al universo entero y se proyecta al futuro al incorporar en sus intereses el destino de las próximas generaciones o generaciones virtuales.

No obstante la bioética no se reduce a la aplicación de principios abstractos a situaciones concretas, como si se tratara de una nueva deontología, la bioética es mas bien una toma de conciencia sobre las implicaciones morales y las consecuencias de las acciones realizadas y ofrece un método para tomar

decisiones fundamentadas, prudentes, inclusivas y tolerantes, basadas en el diálogo y la deliberación (Lolas, 2000)

La bioética ha abierto la participación de disciplinas como el derecho, la filosofía, la antropología entre otras en las cuestiones sanitarias y la inclusión de personas no especializadas en las decisiones sobre la vida, la enfermedad, la salud y la muerte, cuestionando la hegemonía del saber médico y la exclusividad del mismo sobre los temas de la salud (Lolas 2000).

Entre los principales intereses de la bioética se encuentran: la relación entre prestadores de servicio y usuarios, las reformas a los sistemas sanitarios, la calidad de la atención cuestiones todas que han modificado el punto de vista de la atención médica y por tanto de la formación de recursos humanos para la salud.

Tendencias y perspectivas

Las corrientes de pensamiento desarrolladas desde los años 60 en Latinoamérica sobre la formación de odontólogos lograron cambios conceptuales, metodológicos y estructurales en las IES y los sistemas sanitarios. Varias propuestas curriculares innovadoras se implementaron en algunas escuelas de odontología de la región como la UAMX, la UNAM en la Facultad de Estudios Profesionales Zaragoza, la Universidad de Nuevo León en México, en la Universidad de Zulia en Venezuela, la Universidad de Antioquia en Colombia, San Carlos en Guatemala, Cayetano Heredia en Perú, por mencionar algunos casos.

Asimismo se fundaron escuelas de odontología en zonas donde no existían en el Caribe y Centroamérica, con propuestas curriculares innovadoras con enfoque social y comunitario. como la Universidad de Panamá, o la de la República Dominicana. Dicha corriente favoreció la creación de los departamentos y cátedras de odontología preventiva.

De igual manera se instauraron en los programas de estudio las clínicas integrales, mismas que reproducen lo que el odontólogo hace en el consultorio,

con algunas variantes como sería el ofrecer programas dirigidos a grupos étnicos: niños y adultos. Esto volvió más adecuada la forma del trabajo clínico experimentado por los estudiantes, que con las clínicas por especialidades y actividades, que todavía se llevan a cabo en algunas escuelas.

El pensamiento latinoamericano impulsó cambios en las políticas sanitarias, para que se instauraran medidas de prevención masiva para la reducción de caries, como la sal o el agua fluoruradas, lo cual implicó la investigación para el diagnóstico y seguimiento de estas medidas y un impacto positivo en la salud de la población.

Este pensamiento permitió visualizar la necesidad de hacer investigación, tarea que han tomado algunas IES, con resultados tangibles en términos de producción de artículos y revistas.

No obstante, los avances logrados todavía existen limitaciones como: la formación odontológica basada en el modelo profesional hegemónico, el mercado de trabajo profesional, la dependencia tecnológica, la resistencia al cambio de los profesionales y docentes y las políticas sanitarias. El resultado tangible de esta situación es que, a pesar del interés por mejorar las condiciones de salud bucal y formar un recurso humano capaz de transformar su práctica, una buena parte de la población sigue al margen de los servicios odontológicos y se mantienen necesidades urgentes de atención bucal; que son el mínimo reflejo de que la pobreza continúa en aumento sin que existan hasta el momento programas y políticas capaces de reducirla. Así como políticas sanitarias poco efectivas en la solución de las necesidades de salud bucal.

Por otro lado los avances en lo referente a la tecnología educativa y los proyectos que se desarrollaron para capacitar recursos humanos como CLATES mejoraron la planeación educativa en el terreno sanitario y favorecieron la diversificación de programas educativos de odontología.

La regulación de la investigación biomédica a raíz de la Segunda Guerra mundial, pusieron en el terreno internacional la discusión para normalizarla; así cada día aparecen códigos y acuerdos para acotar tanto la investigación como la práctica médica.

Por otro lado los derechos humanos han venido a conformar un marco moral para la humanidad para fundamentar una cultura de derechos. La preocupación por el cuidado del ambiente y de las diferentes formas de vida ha permitido arribar al paradigma del desarrollo humano sustentable como propósito para la humanidad.

Las críticas sobre la manera como la medicina manejaba la relación clínica, los problemas del uso de la tecnología y de la investigación en el área médica, están conformando un marco axiológico bien acotado para la práctica médica que todavía requiere mayor desarrollo.

Actualmente la globalización ha impuesto las políticas de evaluación y acreditación las cuales están generando los cambios en las escuelas de odontología, las cuales se encuentran empeñadas en responder a sus interlocutores: las agencias evaluadoras, dejando a un lado la reflexión sobre la pertinencia y vigencia de su propio quehacer.

Lo anterior ha originado y reforzado una posición acrítica y subordinada frente a las políticas estatales de los universitarios, posición muy alejada de lo que fuera el pensamiento crítico latinoamericano. Si se mantiene esta actitud, será imposible transformar la formación profesional de los odontólogos en la región y de imaginar soluciones, que puedan ser capaces de impulsar cambios para mejorar la enseñanza de la odontología y la salud de la población.

Por otro lado las preocupaciones de las agencias internacionales por aliviar la situación de pobreza que afecta a un número creciente de habitantes del Continente que podría desestabilizar la región, ha impulsado propuestas de mayor colaboración intersectorial, fundadas en los Partnerships o redes coolaborativas, que dieron como resultado los SILOS y su implementación a

través de algunos programas comunitarios, participativos y tendientes a empoderar a la población.

De igual manera las agencias internacionales estaban proponiendo reformas al sistema sanitario basadas en principios de solidaridad, equidad, acceso, calidad, que pudieran mejorar los servicios de salud, más las preocupaciones por respetar los derechos humanos e incorporar la ética en el cuidado y enseñanza de la salud.

Todos estos elementos están dando elementos para transformar a distinto nivel y con diferente tiempo e intensidad la formación de los profesionales de la salud, entre ellos de los odontólogos, incorporar estos elementos son algunos de los nuevos retos a los enfrenta la formación profesional, retos sobre los que las IES tienen que reflexionar y hacer propuestas de cambio en la educación y prácticas profesionales.

La Corriente de Innovaciones en la Enseñanza y Servicios Odontológicos desarrollada en Latinoamérica propuso cambios en la educación dental, pero estos cambios solamente se pudieron incorporar en algunas instituciones que aprovecharon las condiciones contextuales de la expansión del sistema educativo en México. Se tenían que dar las dos condiciones para que los cambios curriculares en odontología se concretaran, que hubiera una propuesta y que existieran o estuvieran por crearse escuelas con nuevos enfoques en el sistema de educación superior en México, estas dos condiciones se dieron en los setentas como analizaremos en el siguiente capítulo.

Cuadro 3. Evolución de la educación odontológica en AL de los sesentas a los noventas

Década en América Latina	Contexto	Estrategias Educación	Estrategias en salud	Impacto en enseñanza de odontología
Sesenta y setentas	Desarrollo hacia adentro, de las	Grandes reformas en la educación en	Declaración de Alma Atta, sobre la	Creación de departamentos

<p>economías en AL en México llamado "desarrollo estabilizador" caracterizado por: Un Estado rector, participante activo en la economía</p> <p>Implantación de política proteccionista</p> <p>Fortalecimiento de la industria nacional</p> <p>Expansión del mercado interno</p> <p>Sustitución de importaciones</p>	<p>AL : la enseñanza superior cambia de elitista a una educación de masas</p> <p>Desarrollo y expansión de las universidades públicas</p> <p>Fortalecimiento de la identidad nacional y la autodeterminación</p> <p>Preocupación por vincular a las universidades en los procesos democratizadores y de transformación social</p> <p>Impulso de una educación crítica y compromiso de profesión con las mayorías</p>	<p>estrategia de la atención primaria.</p> <p>El establecimiento de la meta de salud para todos en el año 2000 con metas específicas para la salud oral en término de reducción de los índices de caries a los 12 años y la presencia de dientes sanos</p>	<p>odontología preventiva y social.</p> <p>Incorporación a currícula de aspectos epidemiológicos sociales</p> <p>Desarrollo actividades comunitarias.</p> <p>Modelos de ser fundamentados en: -simplificación materiales y equipo -desmonopolización conocimiento involucrando comunidad -transferencia tecnológica con el apropiado de la mis</p>
---	--	--	--

Capítulo VI

Evolución del pensamiento latinoamericano en la formación de odontólogos y las preocupaciones éticas en la formación de odontólogos: algunas tendencias actuales.

ANTECEDENTES

Corrientes en la enseñanza odontológica: cómo se fue dando el proceso

En 1956 la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) pusieron en marcha un programa de **Salud Oral** con el propósito de desarrollar la odontología en AL; el programa contó con el apoyo financiero de la Fundación K. W. Kellogg. Lo primero que se propuso hacer la OPS fue un diagnóstico sobre la situación de la odontología y de la salud oral en Latinoamérica; así se identificaron algunos problemas, como la ausencia de estudios epidemiológicos y la necesidad de preparar a los odontólogos en áreas como salud pública, epidemiología oral y prevención. Se detectó de igual manera la carencia de dentistas en algunos países de la región por falta de instituciones que los formaran (Gillespie, 2002. Gómez, 1978).

Los estudios epidemiológicos que se pudieron realizar más tarde en AL mostraron una alta prevalencia de caries dental, por tanto la urgencia de realizar programas masivos de prevención mediante la fluoruración del agua y de la sal de mesa, así como el desarrollo de modelos comunitarios. Esta experiencia evidenció que la odontología tenía que orientarse de manera diferente al modelo profesional de práctica privada individual, curativa e individualista (Gillespie, 2002).

Cabe mencionar que durante los sesentas había varios países bajo la dictadura; otros que habían tenido cierta estabilidad económica como México que conformaron una clase media que propugnaba por mejores oportunidades, entre ellas la educación. Los sesentas fueron la década signada por los movimientos estudiantiles que desembocan en represiones, pero también en cambios en el compromiso histórico social de las Instituciones de Educación Superior (IES).

Uno de los logros tangibles de estas luchas sociales fue el crecimiento y la apertura de las universidades públicas y su masificación, con las ventajas y desventajas que esto conllevaba. La participación de los estudiantes en el proceso educativo permitió imaginar muchas propuestas unas viables, otras

utópicas, cuestionó el autoritarismo e impulsó modificaciones en los contenidos de los programas de estudio; de aquí en adelante en las ciencias sociales se incorporó el marxismo en la enseñanza (Guevara, 1981).

En la educación sanitaria algunos pensadores latinoamericanos como Cristina Laurell, Hugo Mercer, Jaime Breilh, introdujeron dichos contenidos para explicar el proceso salud enfermedad, las políticas sanitarias y la estructura de la práctica médica, formándose una corriente de pensamiento fundamentada en la denuncia de las condiciones de salud y de la atención médica, corriente que tendría una influencia en algunos programas, de pregrado y de posgrado en el Continente (Brito, 1990).

La experiencia de la USA en epidemiología oral contribuyó a la capacitación de recursos humanos en áreas específicas a través del Nacional Institute of Dental Research. También se contó con el apoyo de la Universidad en Sao Paolo, Brasil que formó recursos humanos dentro de su programa de salud pública (Gillespie, 2000).

En el caso de la odontología se impulsaron tres seminarios con los líderes de la educación odontológica de AL y EU para identificar los cambios curriculares que tendrían que llevarse a cabo para preparar al odontólogo del futuro: en Colombia en 1962, en México 1964 y en Brasil 1966.

Los objetivos de dichas reuniones fueron:

1.-Brindar a los profesores de odontología la oportunidad de establecer contactos personales y de intercambiar opiniones sobre la enseñanza odontológica.

2.-Fomentar la publicación y distribución de trabajos sobre la enseñanza de la odontología, estimulando a los profesores a compartir sus experiencias traduciendo determinados trabajos publicados en otros idiomas, y reproduciendo unos cuantos trabajos sobresalientes publicados en español y portugués.

3.-Promover la experimentación con ideas y métodos nuevos en la enseñanza de la odontología, la evaluación de la enseñanza y de la planificación a largo plazo con miras a su mejoramiento.

4.-Reunir información básica sobre la enseñanza de la odontología para evaluarla con la mayor objetividad posible.

5.-Preparar información y formular recomendaciones sobre la enseñanza de la odontología, de acuerdo con la opinión de los expertos en la materia para prestar apoyo a los funcionarios y al personal docente interesados en renovar eficazmente los planes de estudio (Gillespie, 1978:514).

En ese entonces en AL existía un fuerte desequilibrio en la proporción odontólogo-población, de unos 1.9 odontólogos por 10,000 habitantes en algunos países; relación que se volvía más dramática en las áreas rurales donde la relación de odontólogos en los servicios públicos llegaba a ser de 1 por 80,000 habitantes (González, 1984); se pensó entonces que el personal auxiliar jugaría un importante papel en el incremento de la cobertura de servicios dentales; de igual manera su incorporación bajaría los costos e incrementaría la eficiencia y la eficacia de los servicios dentales, como había sucedido en los países Nórdicos (Cháves, 1962).

También preocupaba la falta de escuelas de odontología en regiones del Continente, como el Caribe, así se buscaron dos objetivos: abrir escuelas profesionales donde no las había y formar personal auxiliar. Con estos nuevos planteamientos se abrieron programas de odontología, se rediseñaron otros y se inició la capacitación de personal técnico y auxiliar en países como: República Dominicana, Panamá, Colombia y Jamaica (Gillespie, 2000).

Otro de los acontecimientos a destacarse en esa época fue la apertura del primer Departamento de Odontología Preventiva y Social en AL en la Universidad de Antioquia en Colombia en 1962, donde se instauró la primera cátedra de odontología preventiva, la cual sirvió de ejemplo al resto del Continente (Gillespie, 2002).

Sin embargo, a pesar del interés y a los problemas identificados en la formación de los odontólogos en las reuniones mencionadas, las modificaciones curriculares que pudieron impulsarse, no tuvieron el impacto esperado en la práctica profesional ni en la salud oral de la población (Gillespie,1978).

Nuevamente fueron convocados los formadores de recursos humanos a tres talleres, bajo el auspicio de la OMS/OPS, en cada uno de ellos se abordó un tema diferente. El primero realizado en Panamá en 1973 tuvo como objetivo analizar cómo las escuelas de odontología podían contribuir a lograr las metas propuestas en el Plan Decenal de Salud para las Américas. Dicho Plan proponía para mejorar los niveles de salud, integrar equipos con profesionales y personal auxiliar e implementar nuevos sistemas de atención odontológica (Gillespie, 1978). En 1974 se celebró en Puerto Rico el segundo taller donde se analizaron cuestiones sobre la tecnología educativa y se propusieron colaboraciones para traducir, preparar y utilizar material para el autoaprendizaje de los estudiantes. La OPS impulsó como veremos el uso de la tecnología educativa en el área de la salud. En 1976 en el taller realizado en Cuba se identificó la necesidad de formar personal en salud oral de acuerdo con las necesidades prevalentes, así como diseñar nuevas estrategias para aumentar la cobertura bajar los costos de los servicios odontológicos y llegar a los grupos de la población desprotegidos (Gillespie 1978).

Una de las cuestiones que más preocupaba era la organización del trabajo profesional artesanal e individualista, se pensó entonces que la odontología podía seguir el ejemplo de la medicina que había logrado desarrollar un trabajo en equipo, donde participaban varios especialistas apoyados por personal técnico y auxiliar.

Con estos antecedentes educadores y autoridades sanitarias llegaron en 1977 a la Facultad de Odontología de la Universidad de Campinas, Piracicaba, en Brasil; ésta reunión fue promovida por la OPS/OMS y apoyada financieramente por la Fundación K. W: Kellogg; ahí fue donde se establecieron las bases de lo que sería el **Programa de Innovaciones en la Enseñanza y Servicios**

Odontológicos; allí también quedó asentado que dicho programa se comprometía con un cambio “valorativo” y no solamente con cambios de “forma o secuencia” en los contenidos curriculares. Lo interesante del programa era que los planteamientos fueron elaborados por los líderes de la enseñanza y servicios odontológicos de Latinoamérica, las conclusiones y propuestas estructuradas formalmente por la OPS y la Fundación. Esto implicó un cambio de paradigma en la enseñanza odontológica basado en la solución de las necesidades de atención (y no por el mercado de trabajo) que a su vez permitiera al profesional alcanzara un alto grado de satisfacción y realización humanas (Gillespie,1978). Estos planteamientos muestran que el programa partió de profundas reflexiones éticas sobre la enseñanza de la odontología en AL.

Los conceptos sobre los que se sustentaba el Programa de Innovaciones fueron:

-Programas educacionales orientados a capacitar personal capaz de extender la cobertura de servicios odontológicos en especial a las áreas desprotegidas.

-Determinación y distribución racional del tiempo de aprendizaje mediante una selección crítica de contenidos.

-Participación de la comunidad en la planificación y administración de los servicios

-Uso de la información epidemiológica y socioeconómica en el diseño del currículo.

-Adaptación de materiales, instrumentos, equipos y técnicas a las situaciones socioeconómica y cultural de la comunidad.

-Participación mayor de la mujer en el grupo de recursos humanos para los servicios odontológicos.

-Incorporación de personas jóvenes en los programas de adiestramiento escolarizado y no escolarizado, para incrementar la disponibilidad de recursos humanos en odontología.

-Transformación del papel de la enseñanza mediante la utilización del autoaprendizaje en torno a la solución de problemas.

-Transformación del significado de la “ciencia pura” abriendo perspectivas de su dimensión y alcance sociales divulgando el método científico.

-Limitación del aprendizaje formal dando acceso al conocimiento a través del aprendizaje en servicio y transferencia de información y habilidades para la atención a la salud a la propia comunidad.

-Predominio de los aspectos valorativos a través de la formulación de criterios y su utilización durante el diseño curricular.

-Desarrollo de soluciones originales para los problemas educacionales y de salud dental de la región, país o localidad, mediante la aplicación del método científico.

-Interacción permanente entre teoría y práctica en el desarrollo y aplicación de nuevos modelos para la educación y servicio (Gillespie, 1978:520-21).

De lo expuesto anteriormente se puede observar algunas líneas de acción identificadas en el Programa como:

- a) cambios curriculares basados en reflexiones y autocrítica éticas
- b) transformación del compromiso social de la profesión,
- c) vinculación intersectorial entre universidades y servicios
- d) integración docencia servicios y docencia investigación y servicio,
- e) formación de personal técnico, auxiliar y comunitario,
- f) participación del estudiante en el proceso de enseñanza
- g) integración de las ciencias sociales a los currícula
- h) programas comunitarios de salud con participación de la población
- i) atención a los problemas de salud bucal de la población mayoritaria
- j) cambios en las políticas sanitarias
- k) enfoque preventivo de la salud oral

Los setentas se caracterizaron por impulsar cambios en el proceso de trabajo, así como en la enseñanza de la clínica; se propusieron las clínicas integrales para rebasar la enseñanza por especialidades y actividades sobre las que tradicionalmente se había organizado la clínica en prácticamente todas las escuelas de odontología, como: de exodoncia, de operatoria dental, cirugía,

endodoncia, entre otras. Las clínicas integrales ya estaban funcionando en la algunas Universidad de EU y AL como la de Antioquia y más tarde en Panamá (Arango, 1978).

Hay que considerar que durante los setentas las universidades representaban espacios relativamente autónomos para el desarrollo del pensamiento importantes sobre todo en aquellos países que estaban bajo sistemas dictatoriales.

Un de las principales propuestas del programa de Innovaciones fue el de la **Odontología Simplificada** la cual planteaba la integración del personal técnico y auxiliar y la modificación del proceso de trabajo. En este sentido se identificaron tres principios para orientar la formación profesional: la **desmonopolización**, la **simplificación** y la **transferencia** tecnológica: la desmonopolización del conocimiento odontológico consistía en compartirlo con el personal técnico, auxiliar y con la comunidad; simplificar se refería a los equipos, materiales y técnicas, para reducir los costos de los servicios odontológicos y la transferencia tecnológica se interpretó como el uso de la tecnología apropiada, es decir utilizarla críticamente considerando el contexto donde se aplicara (Gillespie, 1978).

La desmonopolización

El concepto más innovador fue el de la desmonopolización puesto que implicaba desestructurar el monopolio del saber del odontólogo sobre el cuidado de la salud bucal, debilitando el poder que dicho saber ofrece al profesional. Sin embargo la desmonopolización se confundió con la delegación de funciones. La desmonopolización se pensaba que podía llevarse a cabo en tres niveles: uno delegar actividades en los técnicos quienes realizarían acciones de operatoria dental, radiología, exodoncia y prevención, en suma se encargarían del saneamiento básico, otro era delegar en el auxiliar actividades de apoyo al trabajo clínico, de promoción, de prevención y de trabajo comunitario (Hermosillo et al., 1978).

Sin embargo, en una profesión artesanal donde el dentista ejecutaba (y lo sigue haciendo) la mayoría de actividades especializadas y no especializadas, delegar no era una cuestión simple. Si bien, incorporar personal de enfermería en la práctica médica fue una lucha al interior del gremio, que se sentía amenazado por la “intromisión” de personal menos capacitado en actividades que consideraba de su exclusiva competencia; lucha que se resolvió con el control y supervisión de las actividades delegada; donde el médico se quedó a cargo del diagnóstico, pronóstico y tratamiento, así como la toma de decisiones sobre los cuidados del enfermo; actividades que mantenían su jerarquía, prestigio y poder; con menor carga de trabajo al lado del enfermo; lo cual le permitió legitimar no sólo su saber sino el de los demás (Freidson,1978).

Por otro lado, la manera como se manifiestan las enfermedades bucales y la forma como se atienden, hace pensar que el diagnóstico sobre la situación de salud del paciente puede hacerse superficialmente o no hacerse. El diagnóstico requiere en ocasiones concurrencia multidisciplinar y apoyo de estudios de laboratorio, de gabinete, entre otros. pero sobre todo entrenamiento clínico. En una práctica individualista, aislada en el consultorio es difícil recurrir a otros especialistas (López Cámara, 1992).

Detectar la necesidad de personal técnico y auxiliar en el equipo odontológico implicó identificar funciones para cada tipo de personal y capacitarlo. Los resultados fueron cambios curriculares para el dentista y diseño de planes y programas de estudio para este tipo de personal lo cual se llevó a cabo en una cuantas escuelas y servicios de salud de la región. Para ese entonces ya había experiencias de formación de personal de apoyo y auxiliar en los consultorios dentales, pero no se había planeado de una manera sistemática, ni pensado en el mercado de trabajo para ellos. La Universidad de Antioquia en Colombia, la Universidad de Panamá (Arango, 1978), y la Universidad Chihuahua más tarde en México, pusieron en marcha programas de formación de técnicos. La Secretaría de Salud en el Estado de México desarrolló un Centro Odontopediátrico en Ciudad Nezahualcóyotl, capacitando y utilizando a este tipo de personal con muy buenos resultados en cuanto a productividad, ya que un solo dentista supervisaba la labor de nueve técnicos quienes trabajaban con

otros tantos auxiliares utilizando la técnica a 4 manos (que ahorra tiempo). El coste beneficio de la atención era muy bueno; puesto que en 5 días se atendía a un escolar integralmente; pero sobre todo el sistema demostró ser una alternativa viable en la atención bucodental, más eficaz y eficiente que el modelo tradicional, del dentista trabajando solo. Por otro lado también mostró que el técnico con estudios de secundaria y con ocho meses de preparación intensiva más práctica que teórica, realizaba bien, la mayoría de las acciones que el dentista ejecuta cotidianamente en el consultorio (Hermosillo,1978. López Cámara, 1992). Esto sin duda asustó a los dentistas.

En odontología el delegar no significó una alternativa como lo fue para la medicina. Por varios motivos, primero económico un dentista tiene que contar con una infraestructura importante para poder ejercer la profesión, un consultorio requiere de inversión inicial fuerte, una clínica con las características del modelo de Nezahualcóyotl mucho más. Segunda la imagen de la profesión, es justamente la del dentista solo realizando actividades de operatoria dental, ayudado en el mejor de los casos por el personal auxiliar. Así el concepto de la desmonopolización a pesar de los intentos y experiencias que mostraban sus bondades, no prosperó como se pensaba.

Cabe mencionar que la desmonopolización parecía ser un acto generoso por parte del dentista, y no una obligación ética del profesional de buscar soluciones y de racionalizar el uso de los recursos existentes, tratando capacitar nuevos recursos humanos a menor costo. Lo cual significaba una buena alternativa para elevar las condiciones de salud oral como quedó demostrado en muchas experiencias. En esta propuesta no se consideraba a la comunidad cómo un interlocutor con igual capacidad de opinar, reformular o responder.

En relación a la comunidad, existen algunas experiencias como la de la Universidad de San Carlos en Guatemala (Cabarrúa,1978), en Ecuador (Yepes, 1978), que formaron promotores rurales de salud oral en las comunidades donde llevaron a cabo sus programas comunitarios, o en México donde algunas organizaciones no gubernamentales como la Asociación de

Fomento Cultural y Educativo A.C. a través de su Programa Educativo de Salud Comunitaria con la ayuda de profesores de la UAMX, lo hicieron años más tarde en Chiapas y Veracruz. Si bien formar promotores de salud en áreas rurales pobres puede ser una experiencia importante e interesante, si aquellos, dada su limitada capacidad resolutive no cuentan con el apoyo del sistema sanitario, su trabajo es difícil de sostener, ya que la mayoría de estos personajes son campesinos pobres que trabajan en el campo y que en su tiempo libre se dedican a las actividades de promoción y fomento a la salud. Pero en el caso de la odontología además de tiempo requieren de infraestructura, agua, luz, instrumental, materiales, que son caros y hay que resurtirlos constantemente. Algunos de los materiales necesitan condiciones de almacenaje especiales como refrigeración, lo cual dificulta el desarrollo del trabajo de los promotores rurales de salud oral.

Simplificación y transferencia tecnológica

En cuanto a la simplificación en la producción de equipos y materiales, ésta fue desde un principio una propuesta sin futuro, aunque se hicieron intentos de competir con los fabricantes transnacionales; y se desplegó una gran creatividad en el diseño y producción de equipos simplificados por parte de particulares; no obstante las grandes compañías iniciaron la fabricación de equipos con dichas características, pero más versátiles. El problema de los equipos no consiste solo en el diseño, hay que tomar en cuenta la distribución, el mantenimiento y el abasto de refacciones a mediano y largo plazo, cuestiones todas que conllevan complejidad logística, capacitación y financiamiento. Tal asimetría entre transnacionales y particulares es imposible de solventar, aquí si hubiera sido necesario un apoyo estatal en dinero, patentes, límites de las importaciones, entre otros para desarrollar una propuesta con las características deseadas (Beltrán, 1987).

En relación a los materiales existen problemas similares que con los equipos, sobre todo si se considera que cada día aparecen en el mercado materiales novedosos, cada vez más fáciles de manipular o bien materiales que para su uso requieren aparatos especiales. Los materiales en general son de buena

calidad y caros. Hay una relación entre material y técnica y no se pueden analizar por separado. Sobre todo si se toma en cuenta que el “avance” en la odontología se ha dado justamente en la incorporación de equipos y materiales cada vez mas especializados, pero caros.

El problema de la tecnología es algo sumamente complejo sobre todo en el caso de la odontología, que depende de ésta prácticamente para cualquier tipo de intervención. Gillespie señala que para analizar el problema de la tecnología en AL se tenían que considerar tres grandes áreas: la evolución de la tecnología básica, el uso de la tecnología existente y la adaptación. Una de las cuestiones relevantes que plantea este autor es que no hay investigación ni tradición en el desarrollo de la tecnología en Latinoamérica, tampoco recursos humanos capaces de generar propuestas viables en ese sentido (1987). Además del atraso tecnológico en la región con respecto a los países desarrollados y el consumo de tecnología obsoleta que impone el mercado transnacional. Para ilustrar un poco la situación, en 1974 solamente cuatro países latinoamericanos manufacturaban equipo dental (Gillespie, 1987).

Esta incapacidad de los países de la región de usar la tecnología y de apropiársela muestra las dificultades de poner en marcha una propuesta como esa. Beltrán expone las interrogantes a despejar cuando de tecnología se trata; cómo: qué saber, qué crear, qué escoger, qué adquirir, qué usar, qué saber adaptar, qué saber mantener y reparar (1987:). Lo anterior es importante sobre todo en AL donde muchas veces se compra tecnología cara que no se sabe usar, y nadie sabe como reparar. En el caso de la técnica tiene que haber condiciones en términos de infraestructura y capacitación de recursos humanos, experiencia e inteligencia para saber usar aquello que es necesario, desechar lo superfluo y adaptar lo importante. En todo estos puntos se encuentra la respuesta de porque una propuesta con esas características iba destinada al fracaso.

La orientación pedagógica

Por otro lado, durante la década de los setentas hubo algunas propuestas sobre la manera de orientar el proceso de enseñanza aprendizaje que impactaron la formación del personal de salud. Dichas propuestas estaban preocupadas por acercar a los futuros profesionales con los problemas de la realidad, considerando que era en el entorno social donde se generaban los problemas de salud. Así se trabajó en los currícula en dos líneas: el aprendizaje por problemas y la atención comunitaria. Los supuestos de estas propuestas eran que el estudiante al entrar en contacto con los problemas de salud ampliara su comprensión sobre los determinantes de la misma, integrara y profundizara el conocimiento, buscaran soluciones más acordes con la realidad social, lo cual significaba un mayor compromiso ético social del profesional, un cambio de actitud y de valores y una comprensión del proceso salud enfermedad más allá de lo biológico (Rivas, 1994). Nuevos paradigmas en la enseñanza de la odontología surgieron para "orientar la formación de odontólogos en función de la solución de problemas de su realidad" (Gillespie, 1978).

El visualizar a la realidad como la fuente de enseñanza no solo impactó a la odontología sino toda el área de la salud en el Continente, de ahí surgieron programas como los de MacMaster en Canadá con la enseñanza médica por problemas y el de la Universidad de Nuevo México en la escuela de medicina sustentado en la Atención Primaria y estructurado por problemas de la comunidad (Rivas, 1994).

En México la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAMX) desarrolló una propuesta curricular basada en la enseñanza por problemas, cuyo acercamiento era a través de la investigación. El objeto de transformación u objeto de estudio, que eran los ejes sobre los que se diseñaron los módulos debían tener las siguientes características pertinencia, vigencia y relevancia social. La UAMX desarrolló varias licenciaturas y posgrados en el área de la salud como: Medicina, Enfermería, Estomatología (odontología) en el primer caso y Medicina Social en el segundo que tuvieron impacto en AL (Documento Xochimilco, 1974). Dentro de esta corriente se puede mencionar los

laboratorios de comunidad en la Universidad Zulia en Venezuela (Jiménez, 1978).

Otra corriente proveniente de la pedagogía impactó la formación de recursos humanos, la tecnología educativa con la taxonomía de Bloom, la planeación por objetivos, las cartas descriptivas, entre otras, con repercusiones en todas las profesiones las ciencias de la salud. La incorporación de esta corriente en la planeación educativa favoreció una planeación más adecuada del currículum, los planes y programas de estudio. Estos se diseñaron por objetivos de aprendizaje, objetivos de proceso en las cartas descriptivas, se reconoció la importancia de la participación activa del estudiante en su aprendizaje. Pero sobre todo se puso el acento en la planeación y el uso de nuevas tecnologías aplicadas a la enseñanza sobre todo al autoaprendizaje. La tecnología educativa se enfoca a la planeación de los procesos de enseñanza-aprendizaje, no a la orientación de los programas.

Nuevamente la OPS/OMS y la Fundación Kellogg con su apoyo financiero fundaron en México el **Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud** (CLATES) y en 1973 se formuló el Programa de Odontología CLATES-Asociación de Escuelas y Facultades de Odontología (AMFEO)-OPS que impulsó la discusión sobre la planeación curricular en Escuelas y Facultades de éste país. En México esto generó un beneficio importante puesto que a partir de aquí muchas escuelas formularon sus propios planes de estudio, dejaron de copiar el plan de estudios de la UNAM como había sucedido anteriormente, lo que favoreció la diversificación y creación de muchas propuestas y experiencias curriculares. En otros países de AL también se impulsó la tecnología educativa como en Brasil (Hermosillo, 1978).

Esto sin lugar a dudas constituyó un avance en la planeación educativa y formó recursos en ésta área. Sin embargo esto llevaba un riesgo, preocuparse o quedarse solo en la forma y no cambiar el fondo, en el caso de la odontología significó mantener el enfoque en la formación profesional basado en la práctica privada; situación que prevalece actualmente.

Cambios en el enfoque de la atención a la salud

El 12 de Septiembre de 1978 se hizo la Declaración de Alma-Ata, OMS/UNICEF, que propuso la estrategia de Atención Primaria y la meta de “Salud para todos en el año 2000” que impulsaría cambios en las políticas de salud, los sistemas sanitarios y la formación profesional.

En la década de los 80s la región AL entro en una de las peores crisis económicas, cuyo resultado se conoce como la “década perdida” el peso de la deuda externa y la recesión, incrementaron la dependencia de los países y la pobreza. A nivel político se cayeron todas las expectativas sobre otra manera de desarrollar una sociedad más equilibrada: la vía socialista. Gran parte de la población quedó prácticamente sin recursos económicos y con pocos planteamientos políticos y morales para alcanzar la justicia social.

Por otro lado el daño al ambiente ocasionado por el desarrollo social irracional, mostró los límites de los recursos naturales y la necesidad cuidarlos no sólo para la población presente sino para la futura. Resultado de éste cuestionamiento ético surgió la propuesta del desarrollo sostenible o sustentable en el Reporte Brundtland en 1989. Más tarde este concepto de la sustentabilidad se aplicó al desarrollo humano proponiéndolo como un proyecto humanizador a nivel mundial.

La Odontología Integral y la integración docencia servicio e investigación

En el campo de la odontología el concepto de integración fue un eje sobre el que giraron las propuestas en la formación profesional. La **Odontología Integral** (OI) planteaba utilizar más racionalmente los recursos disponibles; fue concebida como la producción de conocimientos, recursos humanos y servicios alrededor del proceso salud-enfermedad bucal; considerando que cada grupo social tiene necesidades y formas de consumo distintas (Payares, 1990:40). Este enfoque proponía a organizar la atención y la enseñanza de la odontología en una perspectiva más amplia, incorporando los determinantes sociales de la salud. Este fue el fundamento de las clínicas integrales y las

clínicas periféricas o clínicas ubicadas fuera del campo universitario, que prácticamente se encuentran en todas las escuelas de odontología, actualmente.

Otro de los resultados del concepto de integración fue la integración docente asistencial (IDA), éste ha sido una de las propuestas más interesantes y factibles en la enseñanza de la odontología que favoreció que los alumnos participaran en los servicios de salud solucionando los problemas bucales de la población y al mismo tiempo aprendieran, se capacitaran; así, las instituciones de servicio aprovechaban lo que el alumno realizaba en la clínica universitaria donde desde siempre, los estudiantes han contribuido a ampliar la cobertura de los servicios.

Estas ideas representaron un cambio en la manera de concebir la enseñanza de los estudiantes. El planteamiento de que los alumnos aprendían mientras prestaban un servicio de salud transformó significativamente el enfoque del paciente, considerado como una especie de “material didáctico”, para convertirse en un sujeto con necesidades de salud, miembro de una comunidad, al cual se atendía individual y colectivamente (Lara, 2001).

La investigación vino a sumarse a lo que sería la triada: “investigación-docencia-servicio”. Se pretendía que la investigación de “los problemas de la realidad” de los grupos socialmente desprotegidos impactara la conciencia del futuro profesional y éste ejerciera de una manera solidaria su quehacer profesional.

Sobre la producción de conocimientos en el campo de la odontología se hizo evidente el atraso que dicha área presentaba en LA. En los EU ya se había echado andar la investigación a través de fondos públicos en The National Institute of Dental Research (NIDR) fundado en 1948, cuya creación contribuyó a desarrollar la investigación odontológica en aquel país, y brindó resultados que influyeron en el Continente y en el mundo. A pesar de que los fondos federales disminuyeron en el Instituto, se logró impulsar el trabajo investigativo en odontología en aquel país (Morris, 1974).

Aquí es conveniente mencionar la participación de los latinoamericanos en la investigación sobre la sal fluorurada desarrollada en Colombia. Dicha investigación fue planteada por el Instituto Nacional de Investigaciones Dentales del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, con la colaboración de la OPS/OMS; el efecto de la sal fluorurada fue probado en cuatro comunidades de Colombia, con la participación del Departamento de Odontología Preventiva y Social de la Universidad de Antioquia. Los resultados apuntaron a que la sal era un buen vehículo, que la dosis óptima era de 200 mg de flúor por kg. de sal y su efectividad de un 60 a 65% en la reducción de caries dental (Gómez, 1978). Cabe destacar que a pesar de los problemas éticos que presenta esta investigación que buscaba encontrar la dosis de flúor segura y efectiva en la prevención de caries; donde participaron sujetos humanos, que fueron sometidos al consumo de sal fluorurada prácticamente sin su consentimiento, lo cual representaba un riesgo para su salud, la aplicación de ésta medida a nivel masivo ha servido para beneficiar a los grupos socialmente desprotegidos en muchos países. Afortunadamente el desarrollo de la investigación odontológica en AL no siguió este patrón y ha caminado por su propio rumbo (López Cámara, 2001).

Las escuelas de odontología en AL habían iniciado una organización llamada Asociación Latinoamericana de Facultades de Odontología (ALAFOD), sin embargo ésta denominación dejaba afuera a las escuelas y a los departamentos, así en octubre de 1980 se integraron todos en la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO) filial de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) en Santo Domingo con los siguientes fines:

- a) Colaborar en el desarrollo y progreso de las instituciones afiliadas, así como estimular el mutuo conocimiento de interacción*
- b) Servir de órgano coordinador de intercambio y relaciones de las instituciones asociadas, tanto entre sí como con otros organismos similares.*
- c) Servir de centro de asesoramiento y consulta*

d) Promover las medidas que tengan por objeto coordinar la organización docente, académica, administrativa y de investigación y enseñanza.

e) Promover el reconocimiento y respeto de la autonomía universitaria, mediante la vigencia efectiva de las libertades de cátedra y de investigación y del régimen de autogobierno.

f) Promover el respeto a los derechos humanos y la justicia social.

g) Coadyuvar a la transformación de la sociedad en beneficio de las mayorías que permanecen al margen de la Odontología (OFEDO, 1980).

De acuerdo con el análisis que hace Ariel Gómez, un fundador de esta organización, de los cambios ocurridos en la formación de los recursos odontológicos en AL, el autor destaca que además de los seminarios talleres y documentos, se consolidaron las modificaciones siguientes:

1.-Aprendizaje en condiciones reales

2.-Aprendizaje en el servicio

3.-Subordinación de la teoría a la práctica

4.-Aprendizaje siguiendo un orden de complejidad creciente.

5.-Tecnología apropiada apoyada en la simplificación de la práctica.

6.-Participación Comunitaria en todos los niveles (2000:39)

1. Aprendizaje en condiciones reales.

El análisis es bastante optimista, ya que en el primer apartado que trata sobre el aprendizaje en condiciones reales (frente a un paciente), hay que señalar que una de las características de las profesiones de la salud, es el entrenamiento clínico; y aunque en las escuelas de odontología se realicen preclínicas, lo significativo para el alumno es la experiencia directa con el paciente, ésta es la condición real de su práctica profesional.

2. Aprendizaje en el servicio

En lo que se refiere al aprendizaje en el servicio, las escuelas de odontología siempre han ofrecido un servicio (no así la medicina o la enfermería que se integran a los sistemas de salud), con las características de un servicio docente, planeado fundamentalmente para la enseñanza. La integración con los servicios públicos sí fue una novedad, pero no ocurre en la mayoría de escuelas de odontología, es más bien una excepción.

3. La subordinación de la teoría a la práctica,

Este apartado se refiere a uno de los problemas en la educación odontológica, expresado en la falta de diagnóstico y la poca fundamentación de algunas actividades que realiza el dentista (López Cámara, 1992).

4. El aprendizaje siguiendo un orden de complejidad creciente,

Este es un concepto antiguo, aún en la educación dental, y tiene una secuencia lógica, ya que conforme el estudiante va adquiriendo habilidades técnicas y psicomotoras, va realizando acciones más complejas.

5. La tecnología apropiada

El uso de la tecnología apropiadamente por las dificultades que presenta para su implementación, no es actualmente una realidad como comentamos anteriormente.

6. La participación comunitaria

La participación comunitaria sigue siendo una experiencia aislada y poco sistematizada en las escuelas de odontología, por tanto para instaurarse en la formación de odontólogos tendría que avanzarse en términos metodológicos y ligada a otras profesiones que si tienen una gran tradición en este tipo de trabajo como, la enfermería.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones señaladas pueden señalarse avances conceptuales significativos en la formación de odontólogos, resultado del creativo esfuerzo colectivo de los latinoamericanos en varios niveles; en el campo curricular se puede mencionar la introducción de: las ciencias sociales en los curricula de las licenciaturas, así como de la odontología preventiva y la epidemiología oral. El desarrollo de modelos novedosos en la enseñanza, algunos centrados en problemas, otros dirigidos a los grupos desprotegidos en los medio urbano-marginal y rural; la vinculación de las instituciones de enseñanza con su entorno social, la instauración de las clínicas integrales y la integración docencia-servicio y docencia-servicio-investigación; el crecimiento de escuelas y facultades de odontología con propuestas y estrategias diferentes a la enseñanza tradicional; mayor profundidad en la planeación curricular; y la incorporación de la investigación en las universidades de la región.

En los servicios de salud la implementación de modelos novedosos de atención, así como la instauración de medidas masivas de prevención como, la fluoruración del agua y la sal de mesa y el control y seguimiento de la medida. Lo cual implicó un conocimiento de la situación de salud oral y su evolución, es decir antes y después de la aplicación de la medida. El desarrollo de la investigación desde los servicios sanitarios, la colaboración con las universidades, así como la capacitación de personal por parte de los ministerios de salud en epidemiología oral, en suma un esfuerzo importante en términos de salud pública, que se ha traducido en un mejoramiento de las condiciones de salud oral de la población (Velásquez, 2003).

No obstante el compromiso del profesional por mejorar las condiciones de salud y atención bucal de los grupos desprotegidos es una tarea pendiente; todavía se mantienen una gran cantidad de necesidades no cubiertas, que con los recortes presupuestales y el modelo de ejercicio tradicional se mantendrán por mucho tiempo.

Al analizar la experiencia seis años después de iniciado el programa Roberto Beltrán, encargado del mismo, anota algunos de los logros y limitaciones de la

Corriente de Innovaciones en la Enseñanza de la Odontología de la siguiente manera:

- Que el proceso educacional está fuertemente determinado por el modo de práctica sea pública o privada.
- Que la materia educativa procede de dos fuentes principales, el conocimiento sistemático, producto de la investigación científica, y el conocimiento empírico inductivo que procede de la práctica.
- Que el trabajo en comunidad es una forma de integración de predominio empírico inductivo que tiene potencial para generar cambios de actitud respecto de la responsabilidad social del profesional de salud.
- Que todo proceso de cambio tiene adversarios y que estos son capaces de generar fuerzas de freno y retroceso.
- Que la simplificación de la práctica es posible, pero que como forma de ensayo tecnológico requiere de tiempo y tolerancia respecto de las fallas que pueda acarrear durante las fases de su generación y prueba.
- Que la integración docente asistencial debe alcanzar los niveles de decisión en las políticas de salud que hagan posible la puesta en marcha de nuevos modelos de atención.
- Que la participación de la comunidad es indispensable y que para lograrla, se necesita el apoyo de las ciencias sociales y del comportamiento. (Beltrán, 1983),

Autores como Payares y Arango al analizar la experiencia de la Universidad de Antioquia en Colombia coincide con algunos de los puntos de vista expresados por Beltrán y señala otros más que pueden complementar y ampliar el análisis. Las conclusiones de los autores mencionados destacan que las propuestas “constituyen esfuerzos aislados muy valiosos .que no ocasionaron el más mínimo traumatismo en el desarrollo de los planes de estudio posteriores” (Payares, 1990:42). En suma, pocos profesores estaban convencidos de la necesidad de modificar la forma y el modelo de enseñanza, esta situación ha constituido una de las limitantes importantes en los cambios educativos (Payares, 1990). Tampoco se tenía clara la idea de cómo integrar las ciencias sociales en la enseñanza de la odontología, y aunque se incorporaron materias

como la Antropología Médica; solamente algunas IES como la Universidad Cayetano Heredia en Perú, han logrado un avance conceptual al respecto, pero todavía falta un mayor desarrollo (Beltrán,1998). En este sentido han sido pocas las variaciones curriculares consistentes.

Se puede concluir que los objetivos que se plantearon en la enseñanza de la odontología eran desproporcionados, no se podían cumplir, no solo por ambiciosos sino porque las transformaciones que se buscaban estaban fuera de la competencia del campo educativo incluso de la profesión.

Mejorar las condiciones de salud bucal es resultado de un esfuerzo del Estado y sus instituciones con el apoyo de la sociedad civil; en este sentido el caso de Cuba es ilustrativo, ya que con escasos recursos materiales y la participación organizada de la sociedad lograron cambiar el perfil epidemiológico de la salud oral, simplemente con una prevención sistemática, generalizada a la población en escuelas guarderías y jardines de niños. Esto muestra que es posible transformar las condiciones de salud sobre todo de aquellas enfermedades que son prevenibles como la mayoría de las enfermedades bucales.

El problema central quedó dicho en el primer apartado de Beltrán sobre cómo la práctica determina el modelo de la formación profesional, por tanto aunque se han modificado cuestiones importantes en la educación odontológica todavía no se consolidan muchas de las propuestas planteadas en términos conceptuales, metodológicos y pedagógicos.

Otra de las cuestiones que frenó las modificaciones curriculares fue que la OPS que había impulsado decididamente la formación de recursos odontológicos, cambió su estrategia para mejorar la salud bucal de la población, apostándole al cambio en las políticas de salud más que a la formación de odontólogos. Así se retiró el apoyo teórico y financiero que había dado impulso a las Corriente Latinoamericana, dejando prácticamente a cada institución marchando por su propio pie (Lara, 2001).

Los propuestas sanitarias

La globalización y los procesos derivados de ella tales como la regionalización, impusieron un mismo modelo de desarrollo a todos los países, sin importar las características históricas, políticas o sociales de los países, por parte de los organismos internacionales.

El proceso de globalización y sus consecuencias la exclusión y la pobreza se hicieron sentir como nunca en el Continente. La reducción del Estado Benefactor y su transformación en Estado Rector dejó descubierta a una gran parte de la población de los servicios básicos.

En los noventas la región se transformó al firmarse los acuerdos multinacionales de cooperación entre los diferentes países como, el Tratado de Libre Comercio (TLC) de América del Norte y el proyecto del MERCOSUR los cuales cambiaron el perfil geopolítico latinoamericano.

Ante la gran inequidad generada por estos ajustes económicos organismos internacionales como el Banco Mundial (BM) se preocuparon por proponer algunas estrategias y políticas para lograr el “desarrollo con rostro humano” (Laurell, 1994). Así el Informe de dicho organismo sobre el Desarrollo Mundial 1993, Invertir en salud, señala como una estrategia viable (por la reducción del Estado) la distribución de las responsabilidades de la salud entre Estado y particulares, la estrategia propuesta toma como soporte social a las organizaciones no gubernamentales (ONG's) sobre todo las de mujeres (Banco Mundial, 1993).

Dentro de este escenario surgen coincidencias entre las propuestas de los organismos financieros y la OPS, ambos interesados en llevar a cabo acciones de bajo costo y alto impacto, trasladar muchas de las acciones sanitarias al hogar con el apoyo de las mujeres, así como optimizar los recursos existentes (BM,1993. Madrid, 1989).

Por otro lado los reclamos sociales en cuanto al trato al paciente y la preocupación sobre el respeto a los derechos humanos, obligaron a los

organismos internacionales a conformar un marco axiológico cada vez más acabado para el cuidado de la salud, lo que impulsó cambios en el área de la sanidad tendientes a mejorar la calidad de la atención, así como abrir la participación de personas legas en la vigilancia del desempeño ético y técnico de los trabajadores en los servicios (Lolas, 2000). Esto amplió la mirada médica sobre el paciente (hoy considerado usuario o consumidor) así como la posición del mismo dentro del sistema sanitario.

Si bien, Alma Ata marcó un hito en el pensamiento sanitario mundial, no faltó mucho para notar que su concreción requería no sólo de mayor precisión conceptual sino de un cambio estructural en el sistema sanitario, así como nuevas estrategias, más específicas e incluyentes de otros sectores sociales. La colaboración y la responsabilidad compartida se volvieron temas centrales para la salud y la educación. Se buscó una estrategia para incorporar cada vez mayor cantidad de actores en el cuidado de la salud e integrarlos en redes Partnership o “asociaciones”. El vocablo inglés *partnership* no tiene una traducción textual al español, pero pude ayudar a entenderlo palabras como socio, compañero o colaborador. El uso de este concepto alude a una modalidad de asociación especial donde se respetaran las diferencias de las partes; se pretendía que los vínculos se dieran con cierta igualdad y correspondencia (Fundación Kellogg, 1995).

Así, La OPS/OMS propusieron la estrategia de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en 1983 para desconcentrar y descentralizar los servicios de sanitarios y acercarlos a la población, no solamente con la intención de que las comunidades participaran con los servicios sino que éstos se enfocaran a la problemática de salud de cada región y usaran más adecuadamente sus recursos (Fundación Kellogg, 1995). Esta estrategia surge en una década convulsionada por la crisis económica y la recesión, donde se requería la colaboración y el uso racional de los recursos.

La estrategia de los SILOS en AL también fue financiada por la Fundación K. W. Kellogg, lo cual facilitó el desarrollo de varios modelos en la región, donde participaron las universidades, los servicios sanitarios y la comunidad; con

proyectos muy específicos, como el proyecto UNI de la UAMX-Tláhuac. La experiencia favoreció la creación de programas comunitarios y la participación multiprofesional de los estudiantes de la salud. No obstante lo positivo de las experiencias, no se lograron las transformaciones curriculares que se esperaban, ni el cambio en los servicios de salud (UNI, 1996).

Con este bagaje se perfiló desde entonces un horizonte distinto en el cuidado de la salud con mayor cantidad de actores con diferentes responsabilidades ante la reducción del Estado benefactor. Se buscó el “empoderamiento” de los actores, un concepto que pudiera corresponder con la desmonopolización, vista ésta desde el punto de vista de la comunidad. No se trataba de que trabajadores de salud y usuarios tuvieran los mismos conocimientos, sino que la población participara en la vigilancia de los servicios sanitarios y pudieran opinar sobre su organización y funcionamiento, incluso sobre las prioridades de atención.

Así los servicios sanitarios empezaron a centra la mirada en el consumidor o usuario (ya no en el paciente), pensando en la solución no sólo de sus necesidades sino en la satisfacción de sus expectativas. Con todas las transformaciones económicas, políticas y morales ocurridas, la OMS/OPS consideró necesario proponer algunos criterios para que los distintos países realizaran sus reformas en el sector salud como: el acceso universal, la equidad, la eficiencia, la eficacia, la participación social y la calidad. Para asegurar el buen desempeño institucional, con lo único con que se cuenta, es con la evaluación de los servicios y la certificación del ejercicio profesional. En el caso de la educación estos mismos principios son aplicados con algunas variantes.

Retomando lo planteado en la reforma al sector salud es importante señalar cuales fueron los principios fundamental propuestos de ésta reforma, que representaba según los especialistas una discontinuidad con el pasado, ya que su enfoque era integral y conducía al desarrollo de sistemas sostenibles.

Considerando que el acceso a los servicios de salud de calidad era un derecho de todas las personas (Madrid, 1989).

La reforma presentaba requisitos habilitantes como: la solidaridad social, la participación social, la financiación adecuada, la utilización de recursos eficaces en función de costos, los procesos transparentes, la diversidad de opciones y la elección, reglamentación y control apropiados. Para la aplicación con éxito de medidas de reforma se proponía incluir propuestas técnicamente bien diseñadas, negociadas mediante procesos políticos (Madrid, 1998).

En los noventa las asociaciones latinoamericanas de escuelas al quedarse sin recursos perdieron liderazgo. De aquí en adelante lo que sucede en odontología es resultado de las políticas educativas y de salud internacionales trasladadas acríticamente a cada país, mediatizadas por las características de cada proceso.

La evaluación y la acreditación de planes y programas de estudio, son actualmente las piedras angulares sobre las que las instituciones formadoras están haciendo ajustes curriculares y operacionales para responder a estas políticas estatales. Esto es un cambio significativo en lo que había sucedido en el pasado, donde hubo creatividad, una posición política contestataria hacia las políticas del Estado y hacia los países centrales, así como autonomía en el pensamiento de los participantes sobre todo de los universitarios.

Pero todos estos cambios en los conceptos, enfoques y métodos no se hubieran podido lograr si no hubiera habido un cuestionamiento importante en el avance de los procesos de democratización, la lucha por los derechos de la mujeres sobre todo en temas como la reproducción, así como el respeto a los derechos humanos, que dieron como resultado nuevos pactos y acuerdo internacionales.

Cambios éticos

Otra influencia en el área de la salud que actualmente está impactando significativamente la atención y la educación son los avances ocurridos en el terreno de la moral en varios sentidos, unos provenientes de los nuevos conocimientos como el genoma humano y sus consecuencias, la clonación, el uso de células madre o totipotenciales, en el control de enfermedades, la reproducción asistida, el uso de las técnicas de soporte vital en medicina, los trasplantes de órganos cuestiones que han modificado el concepto sobre la muerte y obviamente sobre la vida.

Otros de los cambios éticos provienen del terreno político y social como el avance en materia de los derechos humanos cuyo efecto se plasma en los derechos del enfermo, mismos que provocan transformaciones importantes en la relación clínica (relación médico paciente); por otro lado la participación de los ciudadanos en el control de las políticas públicas a través de actores sociales como las organizaciones no gubernamentales (Ong's), y la incorporación en la vigilancia de la atención médica e investigación por parte de los comités de ética; donde participa personal de las instituciones sanitarias y legos.

Todas estas experiencias están convulsionando la ética médica, y arrojan interrogantes difíciles de resolver, sobre todo cuando no hay experiencia en cómo resolverlos, así se ha ido generando un marco axiológico cada vez más preciso para las prácticas sanitarias, una mayor regulación técnica en la atención e investigación médicas, actores sociales encargados de regular y vigilar el desempeño profesional a nivel mundial y nuevas disciplinas, como la bioética.

Cabe aclarar que los primeros intentos que se realizaron para acotar la investigación biomédica a nivel planetario se hicieron después de la Segunda Guerra Mundial, al conocerse lo ocurrido en los campos de concentración de la Alemania nazi.

De los Procesos de Núremberg surge el Código del mismo nombre (1947) donde por primera vez se presenta un acuerdo internacional para regular la

investigación biomédica; como primer punto en el documento aparece el consentimiento voluntario de los sujetos de investigación, la utilidad del conocimiento obtenido, la necesidad de minimizar los riesgos, así como cuidar el bienestar de los sujetos de investigación.

No obstante los acuerdos señalados en el documento se realizaron investigaciones donde se continuaba transgrediendo cuestiones fundamentales de la ética médica, como fue el caso de los enfermos negros de sífilis de Tuskegee en Alabama; a quienes se les siguió durante años sin ningún tratamiento, para ver la historia natural de la sífilis no tratada. Hay que recordar que la penicilina apareció en 1946-47 y el estudio empezó en 1932 cuando no se conocía ningún tratamiento eficaz. Pero en el momento que surgió una alternativa terapéutica los enfermos tenían que haber sido tratados, en vez de pagarles los gastos de transporte al hospital y el funeral. Cuando un funcionario del servicio de Salud puso atención con lo que estaba sucediendo alrededor de 1972 y se hizo del conocimiento público lo ocurrido, el gobierno de EU se encargó de nombrar una comisión, The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, creada para definir los principios básicos de la investigación biomédica en 1974. El resultado de su trabajo quedó plasmado en el informe Belmont publicado en 1978.

En este informe aparecen claramente definidos tres principios fundamentales para la investigación biomédica: la beneficencia, la justicia y el respeto.(Cuadro 2) más tarde algunos de los participantes de la Comisión como Beauchamp Tom y Childress Janos en su libro *"Principles of Biomedical Ethics"* que apareció en 1979, extendieron dichos principios a la relación clínica e incorporan uno más: la no maleficencia. Es aquí donde se conforma el marco axiológico de la práctica médica actual y constituye un avance en el terreno moral. Que constantemente se refrenda y actualiza en códigos como del de Helsinki (Lolas, 2000).

Sin embargo es con la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el seno de las Naciones Unidas en 1948 donde se conforma un marco ético distinto, donde se sientan las bases para fincar una cultura de derecho. La

Declaración de los Derechos Humanos, más tarde se incorporan los derechos sociales, políticos y culturales. A partir de ese momento continúan apareciendo códigos como el de Helsinki, que se actualizan constantemente a nivel internacional y que acotan cada día el ejercicio profesional no sólo de la medicina sino de muchas otras prácticas asociadas con ella, como los editores médicos, las agencias financiadoras, entre otros (Amnistía Internacional, 1990).

Por otro lado la lucha de las mujeres por sus derechos principalmente en materia reproductiva permitió incorporar la visión de género en los programas y políticas a nivel internacional. Así como la lucha de las minorías, homosexuales, discapacitados, ancianos, indígenas, entre otros que abrieron la mirada de la sociedad sobre la necesidad de tomar en cuenta valores como: la pluralidad, el respeto a la diferencia y la tolerancia.

Con todos estos elementos más las preocupaciones ambientalistas se conforma el Informe Brundtland y se llega a la propuesta de paradigma del desarrollo humano sustentable. Mismo que ha sido incorporado como un objetivo para la educación médica como lo señala la Declaración de Uruguay sobre la Educación Médica (1995)

Este conjunto acontecimientos que tocaron la conciencia social, dieron origen a nuevas disciplinas, como la bioética, la cual surgió como un intento de responder algunas de las preocupaciones morales para las que no había respuesta.

El término bioética lo utilizó por primera vez el oncólogo Van Rensselaer Potter en 1970 en un artículo llamado "*Science of survival*"; en el cual proponía que la ética no solamente tendría que limitar su acción a la relación entre los humanos, sino que debería extenderse al cuidado de la biósfera y a la sobrevivencia de todos.

Según este autor el objetivo de la bioética sería enseñar como utilizar el conocimiento científico en la naturaleza para emprender una cultura de la sobrevivencia basada en cinco principios:

- a) el respeto a las diferentes formas de vida,
- b) la preservación de los recursos naturales,
- c) la aplicación racional de la tecnología,
- d) el desarrollo sustentable de los pueblos,
- e) el respeto entre las personas, pueblos y culturas.

Su concepto se considera evolucionista y es ligeramente diferente del concepto de bioética actual (Lolas, 2000).

La bioética es una disciplina reciente, rama de la ética práctica, que se aboca a estudiar y a dar respuestas particulares a problemas morales que surgen en la relación clínica, la salud pública, la tecnología aplicada a la medicina, la investigación con sujetos humanos, el uso de animales en la experimentación, la protección del medio ambiente, el respeto a los derechos humanos, entre otros; cuestiones todas urgentes si se quiere desarrollar una cultura de respeto a los seres vivos humanos y no humanos y preservar el medio ambiente para nosotros y las generaciones futuras.

La bioética rebasa lo que se conocía como moral de las cercanías, extiende la moralidad a los animales, a la biosfera, al universo entero y se proyecta al futuro al incorporar en sus intereses el destino de las próximas generaciones o generaciones virtuales.

No obstante la bioética no se reduce a la aplicación de principios abstractos a situaciones concretas, como si se tratara de una nueva deontología, la bioética es mas bien una toma de conciencia sobre las implicaciones morales y las consecuencias de las acciones realizadas y ofrece un método para tomar decisiones fundamentadas, prudentes, inclusivas y tolerantes, basadas en el diálogo y la deliberación (Lolas, 2000)

La bioética ha abierto la participación de disciplinas como el derecho, la filosofía, la antropología entre otras en las cuestiones sanitarias y la inclusión de personas no especializadas en las decisiones sobre la vida, la enfermedad, la salud y la muerte, cuestionando la hegemonía del saber médico y la exclusividad del mismo sobre los temas de la salud (Lolas 2000).

Entre los principales intereses de la bioética se encuentran: la relación entre prestadores de servicio y usuarios, las reformas a los sistemas sanitarios, la calidad de la atención cuestiones todas que han modificado el punto de vista de la atención médica y por tanto de la formación de recursos humanos para la salud.

Tendencias y perspectivas

Las corrientes de pensamiento desarrolladas desde los años 60 en Latinoamérica sobre la formación de odontólogos lograron cambios conceptuales, metodológicos y estructurales en las IES y los sistemas sanitarios. Varias propuestas curriculares innovadoras se implementaron en algunas escuelas de odontología de la región como la UAMX, la UNAM en la Facultad de Estudios Profesionales Zaragoza, la Universidad de Nuevo León en México, en la Universidad de Zulia en Venezuela, la Universidad de Antioquia en Colombia, San Carlos en Guatemala, Cayetano Heredia en Perú, por mencionar algunos casos.

Asimismo se fundaron escuelas de odontología en zonas donde no existían en el Caribe y Centroamérica, con propuestas curriculares innovadoras con enfoque social y comunitario. como la Universidad de Panamá, o la de la República Dominicana. Dicha corriente favoreció la creación de los departamentos y cátedras de odontología preventiva.

De igual manera se instauraron en los programas de estudio las clínicas integrales, mismas que reproducen lo que el odontólogo hace en el consultorio, con algunas variantes como sería el ofrecer programas dirigidos a grupos étnicos: niños y adultos. Esto volvió más adecuada la forma del trabajo clínico experimentado por los estudiantes, que con las clínicas por especialidades y actividades, que todavía se llevan a cabo en algunas escuelas.

El pensamiento latinoamericano impulsó cambios en las políticas sanitarias, para que se instauraran medidas de prevención masiva para la reducción de caries, como la sal o el agua fluoruradas, lo cual implicó la investigación para el

diagnóstico y seguimiento de estas medida y un impacto positivo en la salud de la población.

Este pensamiento permitió visualizar la necesidad de hacer investigación, tarea que han tomado algunas IES, con resultados tangibles en términos de producción de artículos y revistas.

No obstante, los avances logrados todavía existen limitaciones como: la formación odontológica basada en el modelo profesional hegemónico, el mercado de trabajo profesional, la dependencia tecnológica, la resistencia al cambio de los profesionales y docentes y las políticas sanitarias. El resultado tangible de esta situación es que, a pesar del interés por mejorar las condiciones de salud bucal y formar un recurso humano capaz de transformar su práctica, una buena parte de la población sigue al margen de los servicios odontológicos y se mantienen necesidades urgentes de atención bucal; que son el mínimo reflejo de que la pobreza continúa en aumento sin que existan hasta el momento programas y políticas capaces de reducirla. Así como políticas sanitarias poco efectivas en la solución de las necesidades de salud bucal.

Por otro lados los avances en lo referente a la tecnología educativa y los proyectos que se desarrollaron para capacitar recursos humanos como CLATES mejoraron la planeación educativa en el terreno sanitario y favorecieron la diversificación de programas educativos de odontología.

La regulación de la investigación biomédica a raíz de la Segunda Guerra mundial, pusieron en el terreno internacional la discusión para normalizarla; así cada día aparecen códigos y acuerdos para acotar tanto la investigación como la práctica médica.

Por otro lado los derechos humanos han venido a conformar un marco moral para la humanidad para fundamentar una cultura de derechos. La preocupación por el cuidado del ambiente y de las diferentes formas de vida ha permitido

arribar al paradigma del desarrollo humano sustentable como propósito para la humanidad.

Las críticas sobre la manera como la medicina manejaba la relación clínica, los problemas del uso de la tecnología y de la investigación en el área médica, están conformando un marco axiológico bien acotado para la práctica médica que todavía requiere mayor desarrollo.

Actualmente la globalización ha impuesto las políticas de evaluación y acreditación las cuales están generando los cambios en las escuelas de odontología, las cuales se encuentran empeñadas en responder a sus interlocutores: las agencias evaluadoras, dejando a un lado la reflexión sobre la pertinencia y vigencia de su propio quehacer.

Lo anterior ha originado y reforzado una posición acrítica y subordinada frente a las políticas estatales de los universitarios, posición muy alejada de lo que fuera el pensamiento crítico latinoamericano. Si se mantiene esta actitud, será imposible transformar la formación profesional de los odontólogos en la región y de imaginar soluciones, que puedan ser capaces de impulsar cambios para mejorar la enseñanza de la odontología y la salud de la población.

Por otro lado las preocupaciones de las agencias internacionales por aliviar la situación de pobreza que afecta a un número creciente de habitantes del Continente que podría desestabilizar la región, ha impulsado propuestas de mayor colaboración intersectorial, fundadas en los Parterships o redes coolaborativas, que dieron como resultado los SILOS y su implementación a través de algunos programas comunitarios, participativos y tendientes a empoderar a la población.

De igual manera las agencias internacionales estaban proponiendo reformas al sistema sanitario basadas en principios de solidaridad, equidad, acceso, calidad, que pudieran mejorar los servicios de salud, más las preocupaciones por respetar los derechos humanos e incorporar la ética en el cuidado y enseñanza de la salud.

Todos estos elementos están dando elementos para transformar a distinto nivel y con diferente tiempo e intensidad la formación de los profesionales de la salud, entre ellos de los odontólogos, incorporar estos elementos son algunos de los nuevos retos a los enfrenta la formación profesional, retos sobre los que las IES tienen que reflexionar y hacer propuestas de cambio en la educación y prácticas profesionales.

La Corriente de Innovaciones en la Enseñanza y Servicios Odontológicos desarrollada en Latinoamérica propuso cambios en la educación dental, pero estos cambios solamente se pudieron incorporar en algunas instituciones que aprovecharon las condiciones contextuales de la expansión del sistema educativo en México. Se tenían que dar las dos condiciones para que los cambios curriculares en odontología se concretaran, que hubiera una propuesta y que existieran o estuvieran por crearse escuelas con nuevos enfoques en el sistema de educación superior en México, estas dos condiciones se dieron en los setentas como analizaremos en el siguiente capítulo.

Cuadro 3. Evolución de la educación odontológica en AL de los sesentas a los noventas

Década en América Latina	Contexto	Estrategias Educación	Estrategias en salud	Impacto en enseñanza de odontología
Sesenta y setentas	Desarrollo hacia adentro, de las economías en AL en México llamado "desarrollo estabilizador" caracterizado por: Un Estado rector, participante activo en la economía	Grandes reformas en la educación en AL : la enseñanza superior cambia de elitista a una educación de masas Desarrollo y expansión de las	Declaración de Alma Atta, sobre la estrategia de la atención primaria. El establecimiento de la meta de salud para todos en el año 2000 con metas específicas para la	Creación de departamentos de odontología preventiva y social. Incorporación a currícula de aspectos epidemiológicos sociales Desarrollo de actividades

	<p>Implantación de política proteccionista</p> <p>Fortalecimiento de la industria nacional</p> <p>Expansión del mercado interno</p> <p>Sustitución de importaciones</p>	<p>universidades públicas</p> <p>Fortalecimiento de la identidad nacional y la autodeterminación</p> <p>Preocupación por vincular a las universidades en los procesos democratizadores y de transformación social</p> <p>Impulso de una educación crítica y compromiso de profesión con las mayorías</p>	<p>salud oral en término de reducción de los índices de caries a los 12 años y la presencia de dientes sanos</p>	<p>comunitarias. Modelos de ser fundamentados en:</p> <ul style="list-style-type: none"> -simplificación materiales y equipo -desmonopolización conocimiento involucrando comunidad -transferencia tecnológica con el apropiado de la mis
Ochentas	<p>Llamada década perdida para la región</p> <p>Las economías se ven afectadas por el peso de la deuda externa</p> <p>Reducción drástica del gasto social, incluyendo (de educación y salud)</p> <p>Procesos inflacionarios crecientes.</p> <p>Preocupación por</p>	<p>Disminución de la calidad de la enseñanza.</p> <p>Vinculación docencia-investigación y servicio ante problemas de la comunidad.</p>	<p>Atención con énfasis en la promoción y prevención</p> <p>El alumno se incorpora a los servicios para dar solución a los problemas de salud de la comunidad.</p>	<p>Modelos de ser basados en integración investigación-docer servicio.</p> <p>Incorporación. Innovaciones en enseñanza de Odontología propu por organis internacionales financiada por priva</p>

	<p>generar procesos de democratización.</p> <p>Apertura de la economía y privatización de las industrias estatales.</p>			
Noventas	<p>Incremento de la pobreza y la exclusión.</p> <p>Globalización como proceso rector de las economías mundiales.</p> <p>Reducción de la injerencia del Estado en la economía</p> <p>Apertura de la economía de AL mercados internacionales</p> <p>Preocupación por el desarrollo sostenible, el respeto a los derechos humanos y al cuidado del ambiente</p> <p>Disminución de la inflación y mejoramiento de los indicadores</p>	<p>Redistribución de la responsabilidad de la educación entre distintos actores sociales.</p> <p>Necesidad de evaluar la educación y mejorar la calidad de la misma.</p> <p>Incremento de las instituciones privadas de educación superior</p> <p>Mayor inversión a la educación con base en resultados</p> <p>Educación para la innovación, creatividad y competitividad</p> <p>Educación para la vida</p>	<p>Planeación de programas prioritarios centrados en la equidad y la universalidad del acceso.</p> <p>Incorporación de estándares de calidad en el manejo integral de la salud.</p> <p>Incorporación de distintos sectores sociales en el cuidado de la salud.</p> <p>Responsabilidad social e individual hacia la salud</p> <p>Empoderamiento de la sociedad civil</p> <p>Reconocimiento de la salud bucal como parte integral de la salud</p>	<p>Creación organismos que vi la educación y la práctica profesional odontología.</p> <p>Aparición de seg odontológicos impactan competencia en mercado de tra</p> <p>Renovación de propuestas curricul</p> <p>Autoevaluación evaluación de las IE</p> <p>Participación activa gremio e IES en políticas estatales evaluación y acreditación certificación profesionales</p>

	macroeconómicos a costa del bienestar de las mayorías			
--	--	--	--	--

Capítulo VII

Inicio, evolución, situación actual y tendencias curriculares en la enseñanza de la odontología en México.

El origen de las profesiones marca su desarrollo y su destino, la odontología nació como un oficio, su quehacer se sustentaba en la habilidad práctica, la experiencia y el sentido común. La necesidad de proveer a ésta práctica de conocimientos teóricos apareció durante los siglos XVIII y XIX como resultado de los avances científicos y de las regulaciones en el ejercicio profesional con la instauración del Estado moderno.

Es en Europa donde primero se regulan las profesiones y con ellas la práctica de la dentistería. Quienes atendían las afecciones dentales y realizaban extracciones eran los barberos, los cirujanos barberos y los flebotomianos; trabajadores que tenían el mismo estatus que los artesanos y eran considerados inferiores a los médicos. Tendrían que unirse la medicina y la cirugía como una sola profesión para romper con viejos tabúes y abrir el camino para el reconocimiento de prácticas como la odontología.

Mario Cháves distingue cuatro periodos en el desarrollo de la odontología: la **primera** o etapa de ocupación indiferenciada, donde las afecciones de la boca son atendidas por el grupo familiar o curanderos y es una actividad esporádica y ritual; la **segunda** etapa o de diferenciación ocupacional es cuando la profesión se vuelve un oficio y el individuo se especializa en las técnicas curativas y obtiene sus ingresos de esta práctica, el oficio se aprende al lado de un practicante reconocido, hay cierta regulación para ejercerla; la **tercera** etapa o etapa inicial del profesionalismo cuando los practicantes del arte de curar la boca se organizan y proponen cursos de capacitación formal en centros educativos y universitarios, los requisitos de ingreso son mínimos, hay regulación legal; la **cuarta** o etapa intermedia del profesionalismo se caracteriza por que los profesionales proponen cursos de mayor duración, así como requisitos más estrictos para el ingreso y la enseñanza de la odontología se consolida a nivel superior y la **quinta** o etapa avanzada del profesionalismo

cuando la profesión alcanza un nivel elevado similar al de otras prácticas de la salud, la enseñanza se da a nivel superior, existen especialidades, hay gremios organizados y el ejercicio se regula técnica, moral y legalmente (Cháves, 1962:191-97).

La evolución de la profesión en México guarda similitudes con lo ocurrido en otros países, de ser un oficio transmitido por tradición oral a una carrera que se estudia en una universidad, bien estructurada y reglamentada. Los tiempos en los que madura la práctica profesional están muy ligados con el contexto social en donde se desarrolla, así como con la capacidad de los profesionales de luchar por sus intereses.

Desgraciadamente en la época colonial se desdibujaron los conocimientos de los pueblos precolombinos en el cuidado de la boca, aunque subsistan actualmente saberes en algunas comunidades indígenas como remedios herbolarios para el dolor de muelas o el sangrado de las encías (Zimbrón, 1990).

En el mundo mesoamericano existían especialistas que se dedicaban al cuidado de la boca como el *tlancopinaliztli*, quien se encargaba de las mutilaciones, decoraciones, extracciones, entre otras acciones bucales. Sin embargo a pesar de los avances que se tenían en técnicas como la incrustación dental, en cuanto a precisión, duración, estética, éstas eran prácticas rituales y ornamentales más que tratamientos para las afecciones de la boca y ya no se realizaban a la llegada de los españoles (Flores y Troncoso, 1982). Por el contrario el limado de los dientes continuo practicándose; los conquistadores relatan como se efectuaba. Fray Diego de Landa lo describió en su libro "Relación de las cosas de Yucatán" escrito alrededor de 1560, donde menciona que los mayas de Yucatán tenían la costumbre de limarse los dientes de modo que parecían sierra, lo cual les parecía muy hermoso. Esta tarea la realizaban las mujeres con piedras y agua.

En algunos de los restos humanos encontrados en las excavaciones se pueden observar vestigios de abscesos dentales ocasionados por una mala

intervención en el tallado, limado e incrustación de los dientes, como el caso de la Dama Roja de Palenque. Esto muestra que no había terapias efectivas de curación y rehabilitación dentales. Aunque los pueblos mesoamericanos contaban con una amplia herbolaria para las enfermedades bucales como: el dolor, la caries incipiente, encías inflamadas, mal aliento, entre otras (Flores y Troncoso, 1982).

No obstante la experiencia de los pueblos mesoamericanos en el cuidado de la salud bucal, el origen de la odontología moderna viene de occidente; las experiencias de la atención dental se remontan a las culturas antiguas como la de los fenicios en el caso de la prótesis dental de oro, por ejemplo.

La evolución en los conocimientos y técnicas odontológicas en los últimos siglos provienen primero de Europa y después de los Estados Unidos. Así, bajo la influencia de estas dos escuelas se hacen las propuestas para su enseñanza en México, pero es la influencia norteamericana la que finalmente determina la educación dental.

Una de las primeras propuestas para la enseñanza de los dentistas la elaboraron profesionales norteamericanos fincados en nuestro país. Ellos buscaban que el reconocimiento de los egresados lo hiciera el país vecino, además proponían que las clases fueran impartidas por extranjeros exclusivamente; pero estos planes no prosperaron (Zimbrón, 1990).

Más adelante algunos dentistas mexicanos, desarrollaron un programa de estudio siguiendo el enfoque eminentemente técnico de la escuela norteamericana en la enseñanza dental. Bajo este influjo la odontología se aleja de la educación europea, sobre todo de la francesa centrada en la clínica y sella su destino en México (Sanfilippo, 1995/96). Para los europeos la odontología se desarrolló como una especialidad médica.

En el tratado elaborado por Pierre de Fouchard sobre *Le cirugien dentiste ou trailé des dents* en 1770 quedaron plasmados los fundamentos teóricos del quehacer dental; esta obra sirvió de parteaguas entre lo que se había hecho

anteriormente y el desarrollo de la odontología moderna sustentada en conocimientos médicos. Por primera vez se refuta en esta obra la teoría de que los gusanos eran los causantes de la caries dental. Es este autor quien propone el nombre de cirujano dentista en vez de cirujano-barbero para quienes ejercían el oficio; nombre del título que actualmente se otorga en una buena parte de las instituciones de educación superior en México.

Durante los siglos XIX y primeros años del XX es cuando se consolida la profesión con todos los atributos señalados por Cháves en las etapas cuarta y quinta. A partir de la segunda mitad del siglo XX los formadores de recursos humanos hacen una autocrítica a la educación odontológica y se plantean propuestas innovadoras, que dan como resultado una gran cantidad de programas; y se da un crecimiento extraordinario en el número de escuelas de odontología que hoy en día alcanzan las 64 en todo el país.

Los años de arranque de la profesión fueron de constantes avances y retrocesos, unidos a la consolidación de la Universidad Nacional que hasta después del periodo postrevolucionario logra consolidarse como un proyecto sólido ligado al Estado. Así la educación superior en México está determinada en gran medida por las políticas de desarrollo nacional frente a una creciente demanda social que lucha por el acceso a la educación.

El destino de la educación universitaria y de la odontología se mantienen unidos, pero tuvieron que ocurrir muchas transformaciones para que ésta pudiera formar parte de la educación universitaria en nuestro país.

Son varios los hechos que ocurren en la Universidad Nacional y solamente tomaremos aquellos que son significativos para el desarrollo de la institución como de la odontología a partir de la instauración de la enseñanza formal para los dentistas, como son: la autonomía universitaria, el movimiento estudiantil del 68 y la descentralización, este último hecho está asociado con la masificación de la enseñanza.

Primeros años de la formación profesional para dentistas en México

La primera escuela de odontología se inauguró en México el 19 de abril de 1904, con el nombre de Consultorio Nacional de Enseñanza Dental; anexo a la Facultad de Medicina. Este hecho fue resultado de un largo y tortuoso camino emprendido por los dentistas y los distintos gobiernos. Los primeros años de desarrollo de la enseñanza de la odontología se da en épocas convulsionadas por los cambios sociales que transformaron el perfil de la nación mexicana.

Durante el siglo XIX la Universidad fue cerrada y abierta por decreto presidencial varias veces, y lo que se avanzaba en unos años se retrocedía en otros. Sin embargo la entronización del pensamiento positivo frente al metafísico que había dominado la enseñanza en nuestro país, se considera en 1833, durante la presidencia de Valentín Gómez Farías quien suprime la Universidad para acabar con el antiguo régimen y forma una Junta Directiva General de Estudios con el propósito de hacer modificaciones en la enseñanza fundadas en el pensamiento positivo. Pero este esfuerzo duró apenas un año, ya que de nueva cuenta volvió a la presidencia Santa Anna y anuló las reformas propuestas por su antecesor (Flores y Troncoso, 1982).

La formación de los dentistas en los siglos anteriores al XIX estaba a cargo de los profesionales interesados en capacitar en sus consultorios a nuevos recursos; quienes capacitaban estaban autorizados para ejercer el oficio y enseñar.

Después de dos años de practicar al lado de un dentista legalmente reconocido, al estudiante se le extendía una "carta-constancia" que tenía un amparo legal. El practicante para ejercer la profesión con el debido reconocimiento necesitaba además, presentar un examen a título de suficiencia, primero ante el Protomedicato y más tarde ante un jurado constituido por médicos de la Escuela de Medicina. Los alumnos que no pasaban el examen podían presentarlo seis meses o un año después, tenían tres oportunidades para hacerlo. El costo por examen era de 24 pesos para flebotomianos, dentistas y parteras, 4 para el fondo del establecimiento, 5 para cada uno de los tres sinodales, 4 para el secretario y 1 para el portero (Flores y

Troncoso, 1982). Francisco Flores y Troncoso relata que los exámenes de los dentistas eran muy irregulares y que los sinodales no eran los más competentes debido a que “examinan una profesión de cuya teoría conocen poco y cuya parte mecánica y artística que es lo principal les es completamente desconocida” (Flores y Troncoso, 1982:205). Este mismo autor incluso proponía que se suspendieran los exámenes hasta que se organizara la enseñanza de la profesión, y que quienes tuvieran interés en cursar estos estudios, lo hicieran en donde hubiera escuelas bien establecidas como en los Estado Unidos, Inglaterra o Europa que contaban con varios centros de enseñanza.

Rosa María González sintetiza las características de la educación no formal del dentista de la siguiente manera:

- Eminentemente práctica y de tipo tutorial.
- Libre e independiente, libre porque no se hallaba circunscrita a planes de estudio e independiente porque no dependía de ningún organismo en particular.
- Instrucción individualista.
- En gran medida de transmisión familiar, siguiendo su tradición artesanal. (En Cuevas et al., 1993:43).

Esta manera de enseñanza tenía sus ventajas y desventajas, capacitar dentistas no le costaba al erario público, los requisitos eran mínimos y no se tenía que cumplir con estudios previos, sin embargo no había una manera de garantizar que los alumnos contaran con los conocimientos necesarios para ejercer la profesión.

En 1840 Anastasio Bustamante después de clausurar el Tribunal del Protomedicato que regulaba y hacía exámenes para quienes querían ejercer las profesiones sanitarias, establece que la Facultad Médica del Distrito Federal se encargara de diseñar un sistema para regir la enseñanza y práctica de la medicina y otras profesiones afines y realizara los exámenes correspondientes. El 4 de enero de 1841 el Consejo Superior de Salubridad publica los requisitos para ejercer la medicina, la cirugía, la flebotomía, la obstetricia o la dentistería,

en el Departamento de México. Los interesados tenían que presentar un examen profesional de conocimientos y demostrativo de las habilidades. Autores como Sanfilippo señala este hecho como un reconocimiento oficial de la dentistería en México (Sanfilippo, 1995-1996).

Quienes pretendían aprobar el examen se basaban en el libro de Ricardo Le Preux "Doctrina moderna para los sangradores" que se había publicado en Madrid en 1717. Esto muestra el atraso de más de un siglo que en México tenía la profesión en relación con Europa. Ahí se estaba dando gran desarrollo científico y las ideas del liberalismo habían abierto la mente y la sociedad a otras formas de razonamiento y acción.

En 1879 el gobierno propuso la enseñanza de la cirugía dental en la Escuela de Medicina, pero fue rechazada, porque se pretendía abrir la cátedra sin concurso de oposición. Muchas de las técnicas quirúrgicas de la boca se enseñaban en los tratados de cirugía general (Flores y Troncoso, 1982)

La mayoría de los dentistas que practicaban en México durante el siglo XVIII eran extranjeros que supuestamente se habían formado en escuelas de odontología de Francia o Inglaterra. Hay que recordar que la primera escuela del Continente se fundó en 1840 en Baltimore, Maryland en los EU; en América Latina la primera escuela se inauguró en Brasil en 1884, posteriormente se abrieron escuelas en Chile 1888 y en Argentina 1891 (Zimbrón, 1990).

En el siglo XIX desaparece prácticamente el flebotomiano en México y deja su lugar al dentista. Cabe destacar que los barberos y los flebotomianos, se encargaban de sacar forúnculos, abscesos, reducir fracturas, sacar dientes, abrir venas o arterias para hacer las sangrías, en suma acciones de cirugía menor. Estas acciones las hacían en sus "tiendas", incluso en la calle, o en la casa del enfermo, ya que daban atención ambulatoria, las tiendas no se consideraban puestos de salud. La atención callejera dada por estos profesionales tenía mucho de espectáculo, algunos hasta contrataban una

banda de música, seguramente para callar los gritos de los pacientes (Díaz de Kuri, M. 1992. Sanfilippo, 1996).

Artemio del Valle Arizpe relata con genialidad e ironía lo que era el común de la práctica de la odontología en esa época.

“...oponiendo la muela gallarda resistencia al feroz jaloneo con el cual traían de un lado para el otro la cabeza del desgraciado doliente, quien no dejaba de lanzar enormísimos ayes y gritos que llenaban toda la calle. Por fin, la tal dábbase por vencida y salía del lugar en que estuvo incrustada por largos años, y su dueño ya sin ella, revolcábase desesperado entre bocanadas de sangre”
(Valle-Arizpe, citado por Cueva 1993).

A partir de 1841 se examinan los dentistas ante el jurado médico, los primeros que presentan el examen son extranjeros, los mexicanos lo hacen hasta 1854; en 1901 se titula el último dentista de esta manera; ya que a partir de 1904 se inicia la formación formal de los dentistas.

Durante el siglo XIX muchos de los avances que cambiaron la práctica de la odontología provenían de los adelantos tecnológicos y científicos y de los conocimientos de otras disciplinas como la biología, la microbiología, la fisiología, entre otras. Pero que lo que transformó radicalmente la atención dental fue el uso de la anestesia local, con un medicamento seguro y con técnicas fáciles de aplicar, a principios del siglo XX.

En 1896 el Dr. José María Soriano funda una escuela de odontología privada, pero la cierra tiempo después, este esfuerzo no prospera por instaurar la educación profesional.

El 16 de julio de 1898 se crea la Sociedad Dental Mexicana por iniciativa de los doctores Carlos A. Young (norteamericano) y Ricardo Crombé (mexicano). Los miembros de esta sociedad son quienes se dirigen mediante un oficio a Porfirio Díaz donde le exponen la necesidad de regular y formalizar la enseñanza de la odontología, argumentando la falta de normatividad en el ejercicio profesional

de los dentistas. El Presidente Díaz pone atención a los señalamientos hechos por éstos profesionales y da instrucciones a la Junta de Instrucción Pública para que los atienda. La Junta “resuelve suspender la concesión de exámenes y expedición de títulos profesionales para dentistas en virtud de que no existía alguna disposición vigente para reglamentar dicha profesión” (Oficio que envía el Vicepresidente de la Junta Directiva de Instrucción Pública, 1901, citado por Rocha Virginia en Cuevas, 1993).

Para 1900 había en los EU unas 50 escuelas de odontología. En ese entonces la Sociedad Dental Mexicana que organizaba al gremio en México empezó a diseñar un plan de estudios para formar una Escuela de Enseñanza Dental, al frente de éste esfuerzo estaban los doctores. Ricardo Crombé, Juan Falero, Ricardo Figueroa, Carlos Ocelli, entre otros, quienes después de un año de negociaciones con el Ministerio de Instrucción Pública, éste finalmente les negó la autorización para establecer una escuela de odontología, alegando que el gobierno no encontraba justificación suficiente para destinar recursos públicos para formar a los dentistas, ya que estos se formaban en los consultorios (Zimbrón, 1990)

Es el Dr. Liceaga director de la Facultad de Medicina quien retoma el proyecto de fundar una escuela de enseñanza dental. El 11 de enero de 1902 se Publica en el Diario Oficial un decreto del entonces presidente Porfirio Díaz con el plan de estudios para la carrera de Cirujano Dentista:

Artículo 7mo. Los estudios profesionales para la carrera de Cirujano Dentista serán los siguientes:

Primer Año

-Anatomía Descriptiva y Disecciones, tres clases a la semana.

-Histología especialmente de los elementos que constituyen la boca, tres clases a la semana.

-Primer Curso de Prótesis Dental y de metalurgia Dental, tres clases a la semana.

Segundo Año

-Anatomía Topográfica de la cabeza y especialmente de la boca, tres clases a la semana.

-Fisiología, tres clases a la semana.

-Procesos Morbosos Generales, dos clases a la semana.

-Materia Médica Dental, dos clases a la semana.

-Cirugía Dental y Segundo Curso de Operaciones Dentales, tres clases a la semana.

Segundo Curso de prótesis Dental, tres clases a la semana.

Tercer Año

-Bacterioscopía, tres clases a la semana.

-Cirugía Dental y Tercer Curso de Operaciones Dentales, tres clases a la semana.

-Terapéutica Dental, dos clases a la semana.

-Tercer Curso de Prótesis Dental (coronas y puentes de oro y trabajos de porcelana), tres clases a la semana.

(...)

Además cuando los profesores dentistas de las Escuela Nacional de Medicina de acuerdo con el Director de la misma lo estimen conveniente, los alumnos harán estudios prácticos en el Hospital General.

Artículo 8vo. Con excepción de los estudios de Anatomía , de Histología, de Fisiología y de Patología Médica y Quirúrgica, en lo relativo en Enfermedades de la boca, se harán en la Escuela nacional de Medicina, todos los estudios profesionales de la carrera se deberán hacerse en el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental, que será debidamente organizado.

Artículo 9no. Para inscribirse como alumno numerario y tener derecho a examen de cualquiera de los cursos profesionales de las carreras a que esta ley se refiere, con excepción de la Obstetricia es requisito indispensable presentar un pase de la Escuela Nacional Preparatoria que compruebe que el solicitante ha sido aprobado en todos los cursos

preparatorios. Además presentará certificados que acrediten que el solicitante ha asistido con regularidad y aprovechamiento durante dos años a academias de Ciencias Físico Químicas y durante un año a academias de Ciencias Biológicas dado en la Escuela Nacional Preparatoria.

(...)

Artículo 24. Los títulos profesionales de cualquiera de las carreras que se refiere esta ley, se expedirán por la Secretaría de Justicia e Instrucción Pública a petición de los interesados, siempre que el director de las escuela haya remitido a dicha Secretaría certificado del acta de examen profesional en que consta que el alumno de que se trata fue aprobado.

(..)

Dado en el Palacio del Poder Ejecutivo de la Unión en México, a 11 de enero de 1902. Rúbrica Porfirio Díaz, al Licenciado Justino Fernández Secretario de Estado y del Despacho de Justicia e Instrucción Pública (citado por Zimbrón, 1990)).

El Consultorio Nacional de la Enseñanza Dental fue inaugurado el 19 de abril de 1904 anexo a la Facultad de Medicina, en la calle de la Escondida. Una vez que se tiene la autorización y el plan de estudios, el Dr. Rojo viaja a EU para visitar las escuelas para dentistas y tomar ideas y experiencias para la enseñanza de esta disciplina en México; así, a pesar de la influencia francesa en los inicios de la profesión finalmente es la escuela norteamericana la que pone su sello a la educación dental en nuestro país (Rodríguez, 1987).

El decreto para la formación de la Escuela se da al fin del porfiriato, régimen que duró 30 años, y que se caracterizó: por una estabilidad política basada en la represión y por concentrar la riqueza en unos cuantos. En medio del descontento popular y los enfrentamientos armados renuncia Porfirio Díaz el 25 de mayo de 1910. Un gobierno interino designado por Madero Francisco encabezado por León de la Barra queda a cargo. Después de una intensa campaña electoral y de haber ganado por un amplio margen, el 6 de noviembre

de 1911 toma posesión Francisco I. Madero como presidente (Silva Herzog, 1970).

Pero a pesar del cambio de régimen, el país no logra su estabilidad; todavía pasarían muchos años para alcanzar la paz social y el establecimiento de un Estado posrevolucionario que brindara las condiciones para el desarrollo nacional.

En 1910 se funda la Universidad Nacional de México que de acuerdo con el discurso de Justo Sierra ante la Cámara tendría las siguientes características: a) sería diferente a lo que antaño había sido la universidad ligada al pensamiento metafísico por una universidad basada en la ciencia, b) se trataba de un proyecto elitista para formar las clases dirigentes, ya que la educación primaria se encargaba de educar a la mayoría de la población, c) tendría una forma de gobierno propia, el Consejo Universitario, d) una participación activa de los estudiantes, pero solo en aspectos académicos, con voz pero sin voto, y e) la universidad formaría parte del proyecto del Estado.

En palabras de Justo Sierra la misión de la universidad sería:

La Universidad, señores, es una Universidad de Estado, como lo dije al principio; no se trata de una Universidad independiente, se trata de un cuerpo suficientemente autonómico dentro del campo científico, pero que es, al mismo tiempo, una Universidad oficial, un órgano del Estado para la adquisición de los altos conocimientos, con la garantía de que serán también respetadas en ella todas las libertades que le puede dar la constitución de su personalidad jurídica, sin la que no le sería dado extender su acción sobre todos los ámbitos de la nación mexicana pensante y utilizar todos los elementos para realizar su programa científico (discurso de Justo Sierra ante el Congreso 1910. Revista de la Educación Superior en Línea, 1979).

El 14 de diciembre de 1911 por decreto presidencial el Consultorio de Enseñanza Dental recibe el nombre de Escuela Nacional de Enseñanza Dental, bajo el siguiente documento:

Francisco I. Madero Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes a sabed:

Que en uso de las facultades que me concede el artículo 85 de la Constitución y con el fin de que los estudios de la carrera de Cirujano Dentista y los cursos de perfeccionamiento relativos, puedan desarrollarse con mayor amplitud, he tenido a bien modificar en los siguientes términos el reglamento expedido el 11 de Julio de 1907:

-Art. 1re. La carrera de Cirujano Dentista se estudiará en la Escuela Nacional de Enseñanza Dental que dejará de depender directamente de la Escuela Nacional de Medicina.

Mas tarde ese publican los programas de estudio.

-Art. 1re. La carrera de Cirujano Dentista se estudiará en la Escuela Nacional de Enseñanza Dental, y para la educación de los alumnos se aprovecharán además los elementos que proporciona dicha escuela los que puedan suministrar la Nacional de Medicina, el Hospital General, el Consultorio Central de Beneficencia, los Institutos Bacteriológicos, Médicos y Patológicos Nacionales y las demás Instituciones Análogos que en lo sucesivo se funden

(..).

-Art.3rer. Los estudios profesionales para la carrera de Cirujano Dentista serán, los que a continuación se expresan:

PRIMER AÑO

-Elementos de Anatomía y Fisiología Humana y de Higiene. Una hora terciada.

-Anatomía Descriptiva y Topográfica de la boca y anexos. Una hora terciada.

-Histología y Bacteriología. Una hora terciada.

SEGUNDO AÑO

- Patología Dental Médico Quirúrgica, una hora terciada.*
- Primer Curso de Clínica Dental. Una hora y media diaria.*
- Prótesis Dental. Una hora y media diaria.*

TERCER AÑO

- Elementos de Farmacia y Terapéutica. Una hora terciada.*
- Segundo Curso de Clínica Dental. Una hora y media diaria.*
- Ortodoncia. Una hora diaria.*

Además de los cursos a que se refiere el artículo anterior habrá academias de Deontología, a las que tendrá obligación de concurrir los alumnos que cursen el último año de estudio.

(...)

Art. 6to. Además de los estudios de Cirujano Dentista que pormenore el artículo 3ro. De este reglamento podrá establecerse otro de perfeccionamiento cuando juzgue conveniente el ejecutivo.

*Mando se imprima, publique , y circule y se le dé el debido cumplimiento.
Libertad y Constitución, J.M: Pino Suárez.*

Publicado en el Diario Oficial el 7 de marzo 1912.

Si bien la odontología al separarse de la Facultad de Medicina comenzó su propio derrotero, el decreto que le dio ésta libertad, la dejó fuera de la universidad, y es hasta mayo de 1914 que por disposición del artículo 2do. De la Ley de la Universidad Nacional de México, es cuando se vuelve a incorporar a ésta con el nombre de Facultad de Odontología. Así el destino de la enseñanza de la odontología queda ligado al de la Universidad,

Hay que recordar que en febrero de 1913 se obliga a renunciar a Madero; Victoriano Huerta da un golpe de Estado y asesina a Francisco I. Madero, José María Pino Suárez y a muchos de sus seguidores y colaboradores. El país entra en una década convulsionada por movimientos armados y cambios de gobierno, traiciones y una invasión estadounidense al Puerto de Veracruz en 1914.

La presencia de Huerta hace que se aglutinen las fuerzas opositoras en distintas partes del país Venustiano Carranza, Francisco Villa en el Norte y Emiliano Zapata en el Sur. Finalmente Huerta es derrocado y Venustatiano Carranza gana la presidencia. Pero Zapata y Villa se distancia del jefe de los Constitucionalistas. Los generales que representan las causas populares se convierten en enemigos del nuevo régimen y acaban siendo asesinados. La lucha por el poder sigue cobrando vidas, entre ellas las de los propios caudillos como Huerta, Carranza, Obregón, hasta que se consolida institucionalmente el Estado, situación que ocurre a partir de Lázaro Cárdenas (1934-40) (Silva Herzog, 1970).

Autonomía Universitaria

Había durante los primeros años del siglo XX muchas inquietudes en cuanto a la forma como debía de gobernarse la universidad y su relación con el Estado el siguiente documento muestra algunas de las inquietudes que tenían los universitarios y que más tarde se expresan en el movimiento estudiantil de 1929.

Proyecto de ley de independencia de la Universidad Nacional de México, aprobado por el grupo de Profesores Universitarios que se reunió en los salones del Museo Nacional de Arqueología, Historia y Etnología, las noches del 2, el 5 y el 7 de diciembre de 1914.

Artículo 1o.- *Se decreta la independencia de la Universidad Nacional de México; en consecuencia, no dependerá en lo sucesivo del Gobierno Federal, que se concretará a garantizar su autonomía y a ministrarle los fondos indispensables para su subsistencia y desarrollo. En todo caso las enseñanzas que la Universidad imparta serán laicas.*

Artículo 2o.- *La Universidad realizará sus funciones por medio de la Escuela Preparatoria y de las facultades establecidas en las Escuelas Universitarias Nacionales de Jurisprudencia, de Medicina, de Odontología, de Ingenieros y de Altos Estudios, así como por la*

Academia Nacional de Bellas Artes, el Conservatorio Nacional de Música y Declamación, el Museo Nacional de Historia Natural, la Biblioteca Nacional y los Institutos Médico y Bacteriológico, en el concepto de que formarán parte integrante del departamento de educación de la Escuela Nacional de Altos Estudios, para objetivar sus enseñanzas y hacer trabajos de experimentación pedagógica, el Jardín de Niños Herbert Spencer, las Escuelas Primarias Vasco de Quiroga y Gertrudis Armendáriz de Hidalgo y las Academias Nocturnas Nacionales de Arte Industrial; y dependerán de la Escuela Nacional de Medicina como hospital clínico, entre tanto llega a establecer uno especial para este efecto, ocho pabellones del Hospital General. El Gobierno de la Unión podrá poner bajo la dependencia de la Universidad otros establecimientos de enseñanza o de investigación científica, y dependerán también de la misma Universidad los que ésta funde con sus recursos propios; aquéllos cuya incorporación acepte, y los que provengan de donaciones o fundaciones particulares que la Universidad ampare o acoja y que tiendan a realizar el objeto de la misma. y el resultado fue la autonomía universitaria.

(...).*Artículo 5o.- El Gobierno de la Universidad Nacional se distribuirá entre un Rector, un Consejo Universitario, un director y un subdirector de cada una de las instituciones que componen la Universidad, las juntas de personal docente o técnico de las referidas instituciones, y los profesores de éstas (En Revista de la ANUIES 31, en línea, 1979).*

El 4 mayo de 1929, los estudiantes desatan una huelga; el factor desencadenante fue una protesta por que licenciado Narciso Bassols, director de la Escuela Nacional de Jurisprudencia, implementó nuevos planes de estudios de una manera impositiva, un movimiento estudiantil contra el autoritarismo se inicia en la Escuela de Jurisprudencia. Dicha escuela se cierra el 7 de mayo arguyendo, para ello, que el dirigente de los estudiantes realizaba el movimiento con el propósito de favorecer al partido vasconcelista, al cual pertenecía. El 21 de mayo, la Escuela Nacional Preparatoria secundó el movimiento y lo aprovechó para pedir la renuncia de Antonio Caso su director;

también por autoritarismo, el 23 de ese mismo mes la Facultad de Odontología y las Secundarias 1, 3 y 4 secundan el movimiento (Mendieta, 1979).

Después de varias represiones donde hubo heridos, los estudiantes de la Escuela Nacional Preparatoria y los de Leyes, presentaron un pliego petitorio al presidente de la República en donde solicitaron además de las renunciaciones de los directores y la destitución del inspector de Policía y el jefe de las Comisiones de Seguridad, los siguientes puntos: a) autonomía universitaria; b) igualdad de votos entre maestros y alumnos en el Consejo Universitario; c) nombramiento del rector por el presidente de la República, escogiéndolo de una terna propuesta por el Consejo Universitario; d) creación de un consejo de escuelas técnicas y otro de escuelas normales con paridad de votos de maestros y alumnos (Mendieta, 1979).

El presidente interino Emilio Portes Gil convocó al Congreso a sesiones extraordinarias y envió un Proyecto de Ley sobre la Autonomía Universitaria, donde quedó establecido que el gobierno de esta institución quedaría a cargo de maestros, alumnos y profesionales egresados de ella; que tendría libertad para resolver sobre sus programas de estudio, métodos de enseñanza y aplicación de sus fondos y recursos.

El 9 de junio de 1929 fue promulgada la ley y el 11 se levantó la huelga estudiantil. A partir del momento en que se declara la autonomía universitaria la institución toma las riendas de su destino; destino ligado a los movimientos estudiantiles hasta la fecha.

En 1936 cambia la sede la Facultad Odontológica. La Ley Orgánica de la Universidad Autónoma de México es aprobada en 1945, ahí quedaron establecidos los requisitos para las facultades. La Facultad de Odontología no cumplía con ellos, y retoma el nombre de Escuela Nacional de Odontología. Es hasta 1975 cuando alcanza el rango de Facultad, con la aprobación de su nuevo estatus por el Consejo Universitario.

La época dorada de la universidad se da durante los cuarenta-cincuenta; cuando la UNAM adquiere gran prestigio social por la calidad de sus

egresados. En el caso de la odontología son ilustrativas las preocupaciones por modificar el plan de estudios, incrementando el número de materias y un año de la educación profesional.

En el oficio dirigido al Secretario General por el entonces director Dr. Andrés Olmos Garibay fechada el 22 de noviembre de 1940, se presenta la propuesta de modificación y la justificación de la misma elaborada por la Academia Mixta de Profesores y Alumnos de la Escuela Nacional de Odontología, que dice:

Que se requiere una preparación médica más amplia para los dentistas, para que éste sea considerado un médico especializado como el otorrinolaringólogo o el oftalmólogo, por lo que el dentista necesitaba tener una visión más amplia de lo que es el organismo humano, de la patología de y de la terapéutica.

Con el siguiente proyecto de plan de estudios

Primer año:

Anatomía Humana

Disecciones Correspondientes. Prácticas

Histología y Embriología

Prácticas de Histología y Embriología

Química de los Materiales Dentales

Anatomía Dental. Prácticas

Fisiología General y Especial. Prácticas

Segundo Año

Anatomía Descriptiva y Topográfica de Cabeza y Cuello y Disecciones Correspondientes

Química Fisiológica. Prácticas

Radiodoncia. Prácticas

Prescripciones a la Clínica Dental

Patología General

Microbiología General y Especial de la Boca

Prácticas de Microbiología

Anatomía Patológica

Clínica Propedéutica

Tercer Año

Patología Médico-Quirúrgica de la Boca

Terapéutica y farmacología

Técnicas de Operaciones en Cadáver

1ro. de Clínica Dental

1ro. de Clínica de Prótesis de Oro

1ro de Clínica de Exodoncia

1ro de Clínica de Prostodoncia

Cuarto Año

Clínica de Anestesia

Clínica Terapéutica Médica

2do. de Clínica Dental

2do. de Clínica de Exodoncia

2do. de Clínica de Prótesis de Oro

2do. de Clínica de Prostodoncia

Clínica Terapéutica Quirúrgica

Quinto Año

Odontología Preventiva e Higiene

Deontología e Historia de la Odontología

Cirugía Menor de la Boca

3ro. de Clínica de Prótesis de Oro

3ro de Clínica de Prostodoncia

Clínica Infantil

Clínica de Ortodoncia

Clínica de Parodoncia

(Fuente directa Departamento de Historia de la Odontología, Facultad de Odontología UNAM, atención de la Dra. Martha Díaz de Kuri).

En 1958 la Escuela Nacional de Odontología se traslada a Ciudad Universitaria (CU), ubicándose en un edificio con instalaciones hechas *ad hoc*, equipadas con laboratorios, clínicas, aulas, etc. así como con una mayor capacidad para

atender a un número creciente de alumnos, por tanto se incrementó rápidamente la planta docente.

Si bien una de las luchas históricas de la odontología ha sido que se le reconozca un estatus similar al de la medicina, y los primeros esfuerzos de la formación de los dentistas como se puede observar iban encaminados a éste fin. La enseñanza de la odontología se mantiene fiel a sus orígenes, prevaleciendo el enfoque eminentemente técnico, el mayor peso curricular lo tienen las materias específicamente odontológicas, y las clínicas se organizan por especialidades. No obstante ha habido un avance en las concepciones sobre el quehacer profesional; al menos en el discurso, donde se manifiesta la preocupación por que el odontólogo resuelva los problemas de salud de la población. La cuestión es que aunque exista otra intención en la manera de formar recursos humanos el plan de estudios de la UNAM presenta prácticamente la misma estructura y contenidos similares a los programas originales.

Movimiento estudiantil de sesenta y ocho

Los analistas atribuyen el movimiento del 68 a varios factores, entre ellos el crecimiento de una clase media, resultado de años de desarrollo estabilizador que requería mayor apertura política y participación social, dentro de una sociedad enmarcada en el corporativismo y el control estatal. Rolando Cordera destaca que en México primero se presentó la crisis política y después la económica (1981). La Universidad en ese momento expresó y aglutinó las demandas sociales y fue ella también quien pagó el precio de la inconformidad. La represión desatada mostró a estudiantes y gobierno la manera como aquietar las inquietudes sociales. Pero también la necesidad de modificar estructuras y buscar nuevas formas de acción y relación entre los actores sociales.

Algunos de los resultados del movimiento del 68 en palabras de Gilberto Guevara Niebla fueron las siguientes: “cambió la atmósfera interna de esas instituciones (IES) transformó (humanizó) las relaciones maestro alumno,

desmitificó la cátedra; despertó una conciencia participativa, sin precedentes en las masas estudiantiles y un renovado interés por los problemas nacionales, provocó un espontáneo cuestionamiento sobre la función social de la universidad misma, lanzó a miles de maestros y estudiantes a la militancia política” (Guevara,1981:12).

Echeverría como presidente del sexenio posterior al 68 y responsable en gran medida de la represión, se propuso llevar a cabo una “reforma educativa” y desarrollar estrategias para limitar la capacidad de movilización de la UNAM; al mismo tiempo brindar ofertas educativas a los sectores sociales inconformes. Como nunca se destinaron recursos a la educación superior y se crearon nuevas IES que brindaron propuestas educativas supuestamente más eficientes, con buenos presupuestos, con modelos institucionales y pedagógicos más modernos. Algunas instituciones planearon organizarse por departamentos; utilizar técnicas para la planeación educativa provenientes de la escuela norteamericana (Guevara, 1981). La Universidad Autónoma Metropolitana nació con la ambigüedad de ser una institución diseñada para contrarrestar el monopolio de la UNAM y formar cuadros para un gobierno de corte populista. Sin embargo esta coyuntura abrió espacios para la innovación, como fue el modelo de la UAM Unidad Xochimilco (UAMX) para las profesiones de la salud.

El modelo de la UAMX retomó gran parte de los fundamentos de los sanitaristas latinoamericanos que le dieron forma a las inquietudes sociales en la educación. El primer rector el Dr. Ramón Villarreal era médico y había trabajado estrechamente con la OPS/OMS; así que fue asesorado por los equipos de dichos organismos para fundamentar los principios filosóficos y pedagógicos de la UAMX, donde las carreras y posgrados de la salud tuvieron un peso importante en la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, en particular en el Departamento de Atención a la Salud de la UAMX, que es el más grande de la Universidad hasta la fecha.

En este afán expansivo y abarcador del Estado se crearon instituciones como el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), y se reforzaron

instituciones que contaban con un buen desarrollo académico como el Colegio de México (COLMEX) entre otros.

Pero aún la misma UNAM con el fin de atender a la creciente demanda estudiantil se descentralizó. El área metropolitana quedó dividida entre las principales IES federales como la UNAM, el Instituto Politécnico Nacional (IPN), la UAM, las cuales delimitaron sus zonas de influencia. La UNAM creó las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales en Acatlán, Aragón, Cuautitlán, Iztacala y Zaragoza. La UAM tres unidades Azcapozalco, Iztapalapa y Xochimilco. El Politécnico Milpa Alta.

La descentralización de la UNAM y la masificación de la educación

La descentralización de la UNAM pretendía además de aumentar la cobertura, incorporar innovaciones en las propuestas educativas, modificar las estructuras académicas y administrativas, optimizar recursos físicos y financieros. Y ofrecer “salidas profesionales acordes a las necesidades del país” (Crónica de la FES Zaragoza 1996:8). Por tanto cumplió con objetivos políticos y académicos, pero se ciñó a las estrategias del Estado.

Una de las licenciaturas que primero se descentralizó en la UNAM fue la odontología, que se instauró en las Escuelas de Estudios Profesionales de Zaragoza e Iztacala. Zaragoza implementó una propuesta educativa diferente a la de la FO de CU, basada en la Corriente Latinoamericana.

En el siguiente cuadro (Cuadro 4) se presenta una síntesis de la evolución de los programas de estudio en Odontología en la Universidad Nacional Autónoma de México con base a la información elaborada por Cuevas y colaboradores (1993).

Cuadro 4. Resumen de los cambios curriculares en odontología de 1904 a 1980

Años	Plan de estudios	Requisitos	Posgrado	Nombres	Eventos
-------------	-------------------------	-------------------	-----------------	----------------	----------------

	de				
1904-1914	<p>Instauración del plan de estudios: con materias biomédicas y odontológicas. Las materias médicas se imparten en la Escuela de Medicina y Hospitales y depende de la misma.</p>	<p>Se establecen requisitos para la titulación</p>	<p>Establecimiento de la especialidad en Prótesis Dental</p>	<p>Se funda el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental. Cambia el nombre a Escuela Nacional de Enseñanza Dental.</p>	<p>Se independiza odontología de carrera medicina y c esto se separa la universidad</p>
1915-1925	<p>Se modifica varias veces el plan de estudio y se incorporan más materias médicas. La formación se vuelve más científica.</p>	<p>Se remodela la facultad</p>	<p>Aparecen las especialidades de. Cirugía y Ortodoncia</p>	<p>Adquiere el nombre de Facultad Odontológica</p>	<p>Vuelve a s parte de universidad</p>
1926-1936	<p>Se incrementa un año el estudio de la carrera. Las materias básicas se imparten en los primeros años.</p>	<p>Se incrementan los requisitos de ingreso y el número de alumnos</p>	<p>Continúan las especialidades</p>		<p>Se logra autonomía</p>

1937-1947	Aumento a 5 años la carrera y se organiza por especialidades,	Aparece la Ley Orgánica de la UNAM, donde de establecen los requisitos para ser Facultad	Continúan las especialidades	Se transforma en Escuela Nacional de Odontología	
1948-1958	Reestructuración del plan de estudios	Se pide 8 mínimo de promedio en el Bachillerato de Ciencias Biológicas	Se traslada la escuela a la Ciudad Universitaria con instalaciones ad hoc		Se incrementa planta docente
1959-1969	Reestructuración del plan de estudios, se eliminan la materias con inclinación médica-clínica para adaptarlas a lo clínico odontológico y básico médico. La enseñanza sería teórico	Se pide 7.5 como promedio mínimo de ingreso y aparece el requisito del servicio social en el medio rural o en hospitales para la	Hay preocupación por introducir al alumno en la investigación. Se ofrecen cursos de preodontología para alumnos instructores		Se realizan programas adicionales formación a profesores alumnos, ofrecen becas se organiza a la Asociación Dental Mexicana

	<p>práctica.</p> <p>Por primera vez aparece la preocupación de que la enseñanza este orientada a solucionar las necesidades de salud bucal. Y el ejercicio profesional altruista.</p>	<p>titulación</p>			
<p>1970-1980</p>	<p>Disminuye un año la carrera, se organiza en 8 semestres, con 45 materias obligatorias y 8 optativas.</p> <p>Se modifica el concepto de odontólogo general por el de especialista</p>	<p>Incremento de la demanda estudiantil</p>	<p>Se amplia el posgrado y se crean las Escuelas de estudios Profesionales que implementan otras propuestas curriculares</p>	<p>Llega a ser Facultad de Odontología</p>	<p>Se da el proceso de descentralización de la UNAM</p>

El Cuadro anterior muestra una dinámica adaptación de los planes y programas de estudio en diferentes momentos del desarrollo institucional y nacional. El programa de estudios se ha diseñado doce veces, desde su inicio en 1904.

En los primeros años la odontología tuvo como objetivo fundamentar científicamente la práctica profesional, basada en el esquema norteamericano del desarrollo de especialidades, lo cual se manifiesta en un interés creciente por cuidar la calidad técnica, el resultado es un aumento en los contenidos y años de estudio, los requisitos de ingreso y el número de materias; dicho

objetivo se alcanzó y la profesión se consolidó pero no de la manera como se la habían imaginado los odontólogos, alcanzar el mismo estatus que los médicos.

Posteriormente se incorpora la investigación y se inicia su desarrollo vinculado a la enseñanza de la odontología. Nuevas preocupaciones sociales orientaron la formación profesional de los dentistas, en el sentido de que la enseñanza diera elementos al futuro profesional para que pudiera solucionar los problemas de salud de la población y la práctica de la odontología se realizara altruistamente. Ante la masificación de la enseñanza se decide reducir la carrera a cuatro años y se inicia el proceso de descentralización de la UNAM. Programas innovadores surgen en el seno de la institución en las Escuelas de Estudios Profesionales, las que más tarde alcanzarían el estatus de Facultades. Las universidades de provincia que habían copiado acríticamente durante muchos años el modelo de la UNAM en la enseñanza de los dentistas comienzan su propio desarrollo, lo cual amplía la experiencia educativa en el área.

Esta situación se ve favorecida porque en los setentas se inicia la expansión de las escuelas de odontología en México, para 1996 según los datos de la ANUIES había 56, 35 dependían de las universidades públicas y 21 privadas, hoy día existen más de 60. Sin embargo, no solamente se incrementó el número de instituciones sino las propuestas educativas; el Centro de Tecnología Educativa en Salud (CLATES) establecido en México por la OPS/OMS y la Fundación K. W. Kellogg en los setentas impulsó el desarrollo de muchas propuestas sobre todo a partir de un convenio que la AMFEO (Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Odontología, hoy FMFEO) hizo con el Centro. Esta diversidad de enfoques educativos se expresa en el nombre de los títulos que otorgan las distintas escuelas y facultades: Cirujano Dentista 43, Licenciatura en Odontología 5, Médico Cirujano Dentista 5, Médico Estomatólogo 1, Licenciado en Estomatología 1, y Licenciado en Cirugía Dental 1(ANUIES, 1996).

La masificación de la enseñanza además de aumentar el número de escuelas y de favorecer el diseño de planes de estudios, amplió el mercado laboral para los dentistas, impulsó la capacitación de los docentes, en suma marcó una etapa dentro de la evolución de la educación dental en nuestro país.

Sobre los planes de estudio

La Facultad de Odontología (FO, UNAM, Ciudad Universitaria) recortó su programa de estudios de 5 a 4 años, para aumentar la cobertura sin aumentar significativamente el presupuesto, aplicando los criterios de la eficiencia educativa; una vez compensado el problema de la oferta volvió a establecer los cinco años de estudio para la carrera de Cirujano Dentista en CU con el siguiente programa:

Primer Año

Anatomía Dental

Anatomía Humana

Bioquímica

Materiales Dentales

Oclusión

Histología Embriología y Genética

Odontología Preventiva y Salud Pública Bucal I

Educación para la Salud Bucal

Segundo Año

Anestesia

Emergencias Médico Dentales

Fisiología

Microbiología

Odontología Preventiva y Salud Pública Bucal II

Operatoria Dental

Patología general e Inmunología

Propedéutica médico-odontológica

Radiología

Seminario de Deontología
Técnicas Quirúrgicas

Tercer Año
Clínica Integrada de Endodoncia
Farmacología
Clínica Integrada de Operatoria Dental
Patología Bucal
Clínica Integrada de Periodoncia
Prostodoncia Total
Prótesis Dental parcial Fija y Removable

Cuarto Año
Cirugía Bucal
Medicina Bucal
Odontopediatría
Ortodoncia
Prostodoncia Total
Clínica de Prótesis Dental Parcial, Fija y Removable
Clínica Integrada II

Quinto Año
Clínica Integral Adultos
Clínica Integral Niños
Seminario de Nutrición
Seminario de Oclusión
Seminario de Administración
Seminario de Historia de la Odontología

Éste plan de estudios fue aprobado por el Consejo Universitario el 17 de septiembre de 1992 y únicamente opera en la Facultad de Odontología de Ciudad Universitaria, las FES Iztacala y Zaragoza cuentan con sus propios planes y programas.

Cada uno de los cursos de la FO tienen actualmente un programa bien diseñado por materias, donde aparecen los objetivos, los contenidos, la aplicación clínica, las modalidades de la evaluación, los créditos, las horas, el perfil deseable de los profesores (perfil profesiográfico de los docentes) y la bibliografía. Estos programas fueron diseñados por el grupo de profesores que imparten la materia, por tanto hay consenso en la manera de orientar y aplicar el programa. Sin embargo en términos generales si comparamos el primer programa de estudios con el actual, en lo que se refiera a la estructura, prácticamente es la misma, en los primeros años se imparten las materias básicas, después las preclínicas y por último las clínicas (modelo flexneriano) por especialidades, en el último año funcionan las clínicas integrales dirigidas a grupos de edad específicos, las prácticas se llevan a cabo en las clínicas periféricas de la UNAM donde se brinda una atención similar a la del consultorio dental. En donde existen diferencias con respecto a los programas anteriores es en el número de materias, los contenidos de prevención y de salud pública. Las clínicas en los primeros años manejan el nombre de integrales pero se mantienen organizadas por materias y especialidades.

En relación con los créditos cuyo número está respaldado por horas teoría y práctica encontramos que en promedio las materias tienen entre 12 y 16, con una relación teoría práctica de 2 a 3 horas a la semana. Los cursos que presentan el mayor número de créditos son la Clínica Integral de Adultos con un total de 32 y 16 horas semanales, seguida por la Clínica Integral de Niños con un total de 24 y 10 horas a la semana. La prevención y la salud pública se encuentran en el primer año, en total alcanzan los 28 créditos, la educación para la salud tiene 8 en toda la carrera; Deontología solamente cuenta con 2 créditos, y se imparte únicamente durante el segundo año, cuando la relación con los pacientes todavía es incipiente y no se vuelven a reforzar estos u otros contenidos de la formación ética.

El contenido de los cursos sobre los aspectos clínicos son los que ocupan el mayor número de los 37 cursos que componen el currículum 6 corresponden a las ciencias básicas, 26 al área clínica, 3 a salud pública y prevención, 1 administración y 1 historia de la odontología. El currículum está orientado por la

enseñanza de la técnica en la clínica, situación similar a lo que ocurría al inicio de la educación odontológica en nuestro país. Hay que considerar que las técnicas y las especialidades son las que han modificado a esta disciplina; pero también se han transformado las enfermedades y el perfil sociodemográfico de la población. Hoy día se sabe que la caries es prevenible y reversible en cierto momento de su evolución si se usan adecuadamente las medidas preventivas, sin embargo los problemas de salud que se presentan con deficiencias inmunológicas como el sida y las enfermedades autoinmunes han avanzado, la diabetes y los riesgos de la obesidad son endémicos, así como los problemas cardiovasculares derivados de ellos, por mencionar algunas. En relación a la dinámica demográfica la población infantil está disminuyendo y aumentando los adultos mayores y los ancianos, por tanto sería importante diseñar nuevos modelos de atención dental acordes con esta realidad. Esto significa que se tendrían que efectuar cambios curriculares en la formación de éstos profesionales de la salud, en lugar de seguir repitiendo esquemas que no responden con los nuevos retos sanitarios.

Una tendencia que se observa a lo largo de la evolución curricular es que trata de solventar la calidad de la educación aumentando los contenidos o el número de materias, saturando al estudiante con contenidos que raras veces se utilizan, en lugar de desarrollar en ellos habilidades que pudieran realmente modificar la calidad del futuro profesional como persona y como especialista, inculcando la necesidad de formarse toda la vida. Es decir fomentar actitudes éticas y científicas, así como la capacidad de aprendizaje.

Las innovaciones curriculares

Las escuelas de odontología que surgieron en los setentas trataron de incorporar en sus curricula las preocupaciones sociales derivadas de la Corriente Latinoamericana, como los de la FES Zaragoza y la UAMX, que pueden servir de ejemplo de cómo se han sido interpretadas estas preocupaciones en la educación dental en México.

La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

En el caso de la FES Zaragoza los profesores fundadores mencionan que los planteamientos originales sufrieron cambios al principio, que desvirtuaron el planteamiento original de la ENEP Zaragoza (Escuela Nacional de Estudios Profesionales en ese tiempo), debido a que las autoridades que iniciaron el proyecto dejaron sus cargos muy pronto y fueron remplazados por autoridades que interpretaron de manera distinta el proyecto; así los primeros programas realmente estuvieron orientados por la tecnología educativa, una preocupación más bien de tipo formal que tuvo un gran auge en los setentas como ya mencionamos (Fuente directa, entrevista a directores de escuelas y facultades de odontología, 2003).

No obstante la FES Zaragoza ha modificado su plan de estudios recientemente, a partir de una autoevaluación realizada por el conjunto de profesores. Para hacerlo se siguió el método prospectivo que sirvió de base para evaluar la situación de la formación de odontólogos en el Continente en los ochentas por parte de la OPS. Para el diseño del currículo desarrollaron el método propuesto por Frida Díaz Barriga; las modificaciones al plan de estudio fueron aprobadas por el Consejo Técnico de la FES el 5 de abril de 1997. El programa sigue un sistema modular y quedó estructurado de la siguiente manera:

Primer Año

MÓDULO DE PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO EN LA SOCIEDAD

Clínica en Prevención.

Bases para el Diagnóstico del Sistema Estomatognático

Prevención en Estomatología

Sistema Estomatognático

Introducción al proceso Salud-Enfermedad, Nutrición, Metabolismo y

Bases Farmacológicas

Estomatología Social I

Metodología de la Investigación

Segundo Año

MÓDULO DE PROCESO SALUD ENFERMEDAD DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO EN LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

Clínica Estomatológica Integral I

Estomatología I (Teoría y Laboratorio)

Sistemas de Mantenimiento, Regulación y Relación del Organismo Humano

Mecanismos de Control de Infecciones

Psicología Social y Clínica I

Estomatología Social II

Metodología de la Investigación II

Tercer Año

MÓDULO DE PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO EN LA POBLACIÓN ADULTA

Clínica Estomatológica Integral II

Estomatología II (Teoría y Práctica)

Alteraciones Bucales

Mecanismos Infecciosos y Respuesta Inmune del Sistema Estomatognático

Psicología Social y Clínica II

Estomatología Social III

Metodología de la Investigación III

Cuarto Año

MODULO DE PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Clínica Estomatológica Integral III

Estomatología III (Teoría y Laboratorio)

Manejo Estomatológico del Paciente Geriátrico

Gerontología Social

Estomatología Integral

Metodología de la Investigación

Este programa de estudios tiene como eje el proceso salud-enfermedad en los diferentes momentos de la vida: infancia, adolescencia, adultez, senectud. Supera la enseñanza por materias aisladas y estructura el currículum por problemas. El módulo inicial aborda cuestiones generales de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, introduce a los alumnos en los contenidos biológicos, clínicos y preventivos. El plan de estudios incorpora la metodología de la investigación en tres de los 4 módulos cubriendo los aspectos: epidemiológicos, básicos y clínicos. En el último módulo ofrece elementos de administración.

Al analizar el programa de estudio se nota una carga importante de contenidos clínico biológicos, los contenidos sociales aunque se encuentran distribuidos a lo largo de la carrera, presentan vacíos e inconsistencias. En relación a lo social aparece cierta confusión, por ejemplo en el curso de Estomatología Social III ubicada en el tercer año, cuyo eje es el proceso salud enfermedad en la población adulta, los contenidos son: perfil del proceso salud-enfermedad estomatognático en población adulta y mujer gestante en comunidad, éste apartado incluye lo siguiente: perfil de la comunidad, Sociología Médica, proceso productivo, proceso político, proceso ideológico, Antropología Social, cultura, discurso, poder, comunicación, hábitos. Como se puede observar existe una confusión en los puntos que se tocan como importantes para establecer el perfil de la comunidad y la Sociología y la Antropología que son las disciplinas justamente que se ocupan de entender las interacciones sociales desde la cultura, el poder, la comunicación, etc. por tanto los elementos que ahí se señalan son de distinto nivel. Por otro lado los contenidos de ética no aparecen claramente expresados en el programa, solamente se habla de las regulaciones técnicas y legales que son una parte de la ética.

Si bien el plan de estudios de la FES Zaragoza introduce algunas de las preocupaciones expresadas por los formadores de recursos humanos latinoamericanos; al analizar los contenidos de los programas de estudio, se observa que sigue prevaleciendo el enfoque clínico biológico de la profesión que no necesariamente es un desacierto, puesto que un profesional

clínicamente capacitado, puede desenvolverse con seguridad en el trabajo clínico, epidemiológico y de investigación, tampoco existen muchas alternativas para el odontólogo más allá de la práctica privada individual.

Por otro lado la integración de lo biológico con los aspectos sociales es un problema no resuelto totalmente teórica y metodológicamente, existen avances teóricos y metodológicas. Quienes han hechos algunas aproximaciones significativos han tenido que incursionado tanto en el campo biológico como en el social (revisar a Menéndez, Modena, Laurell, Lagarde, entre otros). No obstante pretender que un alumno de pregrado con escasa experiencia en ambas áreas sea capaz de integrar una explicación compleja en disciplinas que no maneja es poco viable. Además de que la participación de docentes provenientes de otras disciplinas en la formación de los odontólogos no es la óptima (López Cámara, 2000).

Desde el punto de vista conceptual existe además el problema de que el proceso salud-enfermedad no es un concepto que tenga una clara definición, ya que es un manifestación de la vida misma, y si bien a nivel general es el objeto de trabajo de las prácticas sanitarias, la realidad es que los profesionistas trabajan con personas enfermas o sanas, así la integración de factores sociales y psicológicos tiene en la explicación de la salud o la enfermedad tendrían que partir de esta realidad, e ir avanzando en los diferentes niveles de explicación de la misma, que van desde lo molecular, celular, orgánico, familiar, social, cultural, religioso, ético, por mencionar algunos (Gracia,1998).

Un problema más de los currícula que se articulan por problemas es que no hay una secuencia lineal de los contenidos, ni un orden de creciente complejidad, por tanto siempre hay el riesgo que existan vacíos teóricos, mismos que se pueden detectar pero que no se pueden articular tan fácilmente. También ocurre que el diseño curricular lo realizan prácticamente profesionales de la materia sin la participación de especialistas de otras áreas y los programas presentan inconsistencias e incoherencias cuando se apartan de su tema disciplinar (FES Zaragoza, 1998. Olmeda, 1997).

La Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco

Instituciones de nueva creación como la UAMX pudieron hacer propuestas innovadoras en la formación de recursos humanos para la salud en el terreno conceptual y pedagógico. En el conceptual se puede decir que la UAMX retomó las preocupaciones de la Corriente Latinoamericana en la educación de los odontólogos y en lo pedagógico un modelo de enseñanza activa y participativa basada en Piaget. La institución se organizó por departamentos y áreas de investigación, con un gobierno colegiado representativo de los distintos actores universitarios.

En el diseño curricular del área de la salud se tomaron varios ejes: el proceso salud-enfermedad, el crecimiento y desarrollo, el sistema productivo, abordados desde lo biológico y lo social. La UAMX pretendía que el aprendizaje transformara la realidad, así se daban simultáneamente dos procesos la “producción de conocimientos y la aplicación de estos a una realidad concreta” (Documento Xochimilco, 1980:17) El diseño curricular se hizo seleccionando problemas de la realidad vigentes, pertinentes y relevantes socialmente, cuya dimensión cognoscitiva pudiera articular una experiencia de aprendizaje: el Objeto de Transformación (OT). Los objetos de transformación se definieron como: “los problemas sobre los cuales la práctica profesional opera, trabaja y transforma. Entonces, se amplía el concepto de objeto de transformación, ya no sólo la cosa (la realidad in situ) sobre la cual operar, sino el espacio social y el grupo social con el cual operar: no solamente cómo conozco, sino para qué, qué destino tienen mis conocimientos” (Serrano, 1982:11). Se buscaba que la enseñanza por OT, rebasara la educación por disciplinas.

El abordaje del OT era mediante la investigación, así, ésta constituyó una parte sustancial de las estrategias de aprendizaje, elemento prácticamente inexistente en la formación de estudiantes de licenciatura en ese momento. La UAMX se propuso integrar la docencia, la investigación y el servicio en la planeación educativa. Se adoptó entonces el sistema modular que fue definido

como “un proceso permanente de investigación introduce al alumno en la lógica del pensamiento científico, entregándole las estructuras de lo que constituye el pensamiento científico en general y su campo científico en particular” (Martínez, 1990:57).

No obstante, cuando se hizo un estudio del modelo en 1989 salieron a la luz los problemas y aciertos de la propuesta. Entre estos, problemas de origen, de falta de definición y de metodología para concretar los diseños curriculares con las bases acotadas en el Documento Xochimilco. Así como las dificultades que se presentaron al tratar de diseñar perfiles novedosos enfocados a generar prácticas profesionales “emergente” frente a la necesidad de formar de un profesional competitivo (Díaz Barriga,1989).

Ante la falta de claridad de cómo superar las deficiencias encontradas en el diseño de los módulos, algunos profesores de odontología lo resolvieron dando los contenidos teóricos de las especialidades, el Módulo Integración del Aparato Estomatognático, Factores Biológicos se convirtió en endodoncia y prótesis; y el de Integración del Aparato Estomatognático, Factores Sociales en parodoncia, prótesis y cirugía o bien en los últimos trimestres se trató de abarcar aquellos contenidos no cubiertos a lo largo de la carrera (Díaz Barriga,1989)

Otro de los grandes problemas fue que los docentes venían de una formación tradicional y no sabían cómo organizar una propuesta tan diferente, así cada División y carrera les dieron una salida operativamente diferente a los planteamientos originales. Esto no necesariamente es una desventaja, porque ofrece experiencias interesantes en términos teóricos y metodológicos en el diseño curricular, pero muestra la poca precisión de los planteamientos con los que se inició la UAM (Díaz Barriga, 1989).

De acuerdo con la estructura de la UAM a los docentes se les contrató como profesores investigadores; al inicio la mayoría de tiempo completo. En los primeros años del diseño de la carrera de Estomatología se trataron de incorporar experiencias educativas desarrolladas en AL como fue la de que el

estudiante estuviera en contacto con realidades distintas, que en ese momento se definieron como momentos de desarrollo social: urbano, rural concentrado y disperso. Sin embargo esta propuesta no se pudo llevar a cabo por problemas de planeación y presupuestarios.

La UAMX se abocó entonces a consolidar lo que llamó Laboratorios de Diseño y Comprobación de Sistemas Estomatológicos (LDC), se les llamó así porque supuestamente ahí se deberían probar distintas hipótesis de modelos de servicio, aunque se ha mantenido este nombre hoy se les conoce como Clínicas Estomatológicas. Los LDC se instalaron en las zonas de influencia de la UAMX, Tláhuac, San Lorenzo, Tepepan y Cd. Nezahualcoyotl. Ésta última, que se situó fuera del área de influencia gracias a un convenio de colaboración que en ese entonces la Universidad firmó con los Servicios de Salud del Estado de México, en particular con el Módulo Odontopediátrico.

Las clínicas desarrollaron un modelo de servicio diferente a la mayoría de las escuelas de odontología del país de ese tiempo, y actualmente constituye todavía un acierto de la innovación. Primero porque atiende a poblaciones que tienen un acceso limitado a la atención dental, segundo, brinda servicio a quien lo solicita (hay clínicas de escuelas dentales que especifican que sólo atienden pacientes que sirvan para la docencia), la atención no está organizada por especialidades, las clínicas en la UAMX brindan atención no especializada, aunque se realicen algunas actividades especializadas como cirugía. Cuentan con dos programas, uno dirigido a la población infantil, y otro a la población adulta. Los pacientes son asignados a un grupo de alumnos que se encuentran en diferentes momentos de formación; el grupo de alumnos brinda un servicio integral a los pacientes, desde los aspectos preventivos y educativos hasta los de rehabilitación. Uno de los criterios de evaluación en la clínica es el alta o solución de los problemas de salud, aunque, se mantiene el criterio de número de actividades realizadas por alumno.

El programa de estudios de la UAMX se estructuró de la siguiente manera:

OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA. UAMX

Preparar diversos tipos de personal que funcionando en conjunto, estén capacitados para promover y mantener la salud bucal, así como el tratamiento y rehabilitación para enfermedades ya establecidas.

Planear, administrar, operar y evaluar programas para el desarrollo de una tecnología apropiada, que contribuya a resolver los problemas estomatológicos que afectan a la salud de los individuos que constituyen nuestras poblaciones, cualquiera que sea su momento de desarrollo cultural o socioeconómico.

ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIOS

1. PRIMER NIVEL: TRONCO GENERAL

1.1 Primer Subnivel: Tronco Interdivisional

a) Que el alumno desarrolle las características individuales necesarias para obtener una actitud crítica y una concepción creativa y de interdisciplinariedad de los fenómenos a través del manejo del método científico, que sirva como fundamento para su práctica profesional.

b) Trimestres: Uno (1)

c) Unidades de enseñanza-aprendizaje:

NOMBRE	OBL/OP T	HORA S TEORÍ A	HORAS PRÁCTI CA	CRÉDIT OS	TRIMES RE
<i>Conocimiento y Sociedad</i>	OBL.	12	4	28	1

1. El proceso histórico de la ciencia y su

filosofía.

2. La diferenciación de las ciencias.

3. Introducción al proceso de la investigación científica.

4. Papel de la educación superior en la sociedad

1.2 Segundo Subnivel: Tronco Divisional

a) Que el alumno consolide las características individuales necesarias para obtener una actitud crítica y una concepción científica, creativa y de interdisciplinariedad, mediante la identificación y estudio de problemas relacionados con los procesos biológicos fundamentales que rigen las interrelaciones de los seres vivos y su medio ambiente, enfatizando el proceso salud-enfermedad enmarcado dentro del contexto social vigente.

Introducir al alumno a la metodología seguida en las Ciencias Biológicas.

b) Trimestres: Dos (II y III)

c) Unidades de enseñanza-aprendizaje:

	NOMBRE	OBL/OP T	HORA S TEORÍA	HORAS PRÁCTI CA	CRÉDIT OS
	<i>Procesos Celulares Fundamentales</i>	OBL.	15	12	42
	1. Procesos salud-enfermedad.				
	2. Tipo de investigación.				
	3. Crecimiento, reproducción y				

	diferenciación celulares. La inmunidad como modelo.				
	4. Aspectos aplicativos de los procesos celulares. Manejo de la respuesta inmune, vacunación y salud pública.				
	<i>Energía y Consumo de Substancias Fundamentales</i>	OBL.	15	12	42
	1. Aspectos sociales económicos y culturales de la alimentación en México.				
	2. Aspectos biológicos de la nutrición.				
	3. Producción de los alimentos en México. Modelos de Producción.				
	4. Trabajo de investigación.				
	TOTAL DE CRÉDITOS DE ESTE NIVEL				112

2. SEGUNDO NIVEL: TRONCO BÁSICO PROFESIONAL

Este nivel, con base en el proceso salud-enfermedad, se divide en cuatro etapas.

Existe seriación entre etapas, no hay seriación entre los módulos de una misma etapa.

3. ETAPA: “Mecanismos de Interacción de los Elementos del Proceso Salud-Enfermedad”.

a) El alumno analizará el panorama de salud bucal en la población mexicana, del tipo de cobertura que recibe, y los factores biológicos que caracterizan la relación individuo-sociedad.

b) Trimestres. Cuatro UU EE AA (IV, V, VI,VII)

c) Unidades de enseñanza-aprendizaje:

	NOMBRE	HT/HP	CRÉDITOS	TRIMESTRE
	<i>Salud bucal</i>	16/8	40	IV
	1. Análisis del programa de salud bucal en la población mexicana.			
	2. Identificación del tipo de cobertura que recibe.			
	3. Estudio de las características de la población.			
	4. Análisis del grado de interrelación entre los recursos estomatológicos y las necesidades de salud en una comunidad			
	<i>Atención integral al adulto I</i>	4/4	12	IV

El Hombre y su Medio Interno (0) 16/8 40 IV ó V 33000

1. Análisis de los factores biológicos que caracterizan la relación individuo-sociedad con respecto a las funciones de su aparato estomatognático.

Atención integral al adulto II 4/4 12 V 330004,

4.

5. ETAPA II: "Crecimiento y Desarrollo Biológico y Social del Individuo".

a) El alumno analizará el crecimiento y desarrollo biológico del individuo con respecto a las funciones, crecimiento y desarrollo de su aparato estomatognático.

b) Trimestres: Tres (VI, VII u VIII)

c) Unidades de enseñanza-aprendizaje:

	NOMBRE	HORAS	CRÉDITOS	TRIMESTRE
	<i>Crecimiento y Desarrollo Prenatal</i>	42	42	VI, VII u VIII
	1. Análisis de los factores que intervienen en la relación entre madre-feto y su adaptación al medio ambiente físico y social.			
	2. Estudio de reproducción humana a nivel individual, nacional y mundial.			
	3. Realización de actividades clínicas y de comunidad.			
	Atención integral al niño I	8	12	VII
	<i>Dentición Primaria Unidad Fisiológica de la Oclusión</i>	35	35	VI, VII u VIII
	1. Análisis epidemiológico del proceso de erupción dentaria y del desarrollo de las funciones del aparato estomatognático.			
	2. Identificación, selección e investigación de problemas en el niño, desde el nacimiento hasta el momento que comienza su dentición mixta, correlacionándolos con aspectos clínicos y socioeconómicos.			
	3. Realización de actividades clínicas y de comunidad.			
	Atención integral al niño II	8	12	VI

	<i>Crecimiento y Desarrollo Escolar</i>	40	40	VI, VII u VIII
	1. Análisis epidemiológico del crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático del niño en edad escolar.			
	2. Realización de actividades clínicas y de comunidad.			
	Atención integral al niño III	8	12	Viii

6. **ETAPA III: “La Salud-Enfermedad a través de la Actividad Productiva del Hombre”.**

a) El alumno analizará los factores que intervienen en la integración y estabilización del aparato estomatognático.

b) Trimestres: Dos (IX y X)

c) Unidades de enseñanza-aprendizaje:

	NOMBRE	HORAS	CRÉDITOS	TRIMESTRE
	<i>Integración del Aparato Estomatognático: Factores Biológicos</i>	40	40	IX ó X
	1. Análisis y control de los factores biológicos que intervienen en la integración y estabilización de las funciones del aparato estomatognático.			
	2. Realización de actividades clínicas y de comunidad que inciden en el proceso salud-enfermedad del adolescente y adulto.			

	Atención integral al adulto III	8	12	IX
	<i>Integración del Aparato Estomatognático: Factores Sociales</i>	40	40	IX ó X
	1. Análisis y control de los factores sociales que intervienen en la integración y estabilización de las funciones del aparato estomatognático			
	2. Realización de actividades clínicas y de comunidad que inciden en el proceso salud-enfermedad del adolescente y adulto.			
	Atención integral al adulto IV	8	12	X

7. ETAPA IV: “Planeación y Administración de los Programas Básicos de Atención a la Salud”.

a) Capacitar al alumno en la planeación, administración y práctica de modelos de prestación de servicios estomatológicos en la práctica privada, estatal y paraestatal.

b) Trimestres: Dos (XI y XII)

c) Unidades de enseñanza-aprendizaje

	NOMBRE	HORAS	CRÉDITOS	TRIMESTRE
	<i>Modelos de Servicio en Estomatología en la Práctica Privada</i>	40	40	XI ó XII
	1. Integración de los elementos formativos e informativos desarrollados a través del análisis de problemas			

	concretos.			
	2. Planeación, administración y práctica de modelos de prestación de servicios estomatológicos en la práctica privada, comprendidos dentro de programas multi e interdisciplinarios de salud, así como el replanteamiento de los mismos.			
	Atención integral al adulto V	8	12	XI
	<i>Modelos de Servicios en Estomatología en la práctica Estatal y Paraestatal</i>	40	40	XI ó XII
	1. Integración de los elementos formativos e informativos desarrollados a través del análisis de problemas concretos.			
	2. Planeación, administración y operación de modelos de prestación de servicios estomatológicos en la práctica estatal y paraestatal, comprendidos dentro del programa multi e interdisciplinario de salud, así como el replanteamiento de los mismos.			
	Atención integral al adulto VI	8	12	XII

El plan de estudios tiene varios subsistemas o etapas, el Tronco Interdivisional o tronco común, en donde se introduce a los alumnos al sistema educativo de la UAMX y al pensamiento crítico y científico, obviamente aquí participan todos los estudiantes de nuevo ingreso. El Tronco Divisional que corresponde a las diferentes divisiones, en éste caso a la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, donde se imparten los elementos básicos de las ciencias biológicas. El Tronco Básico de Carrera se organiza en cuatro etapas o fases. La primera

corresponde a los Módulos Salud Bucal y El Hombre y su Medio Interno, no hay seriación entre ellos ya que uno aborda los determinantes sociales del proceso salud enfermedad y el otro los biológicos.

Las actividades clínicas de los alumnos de la primera Fase son fundamentalmente de prevención, asistencia y apoyo, en los programas de adultos y niños. La Segunda Fase sigue el proceso de crecimiento y desarrollo desde la concepción hasta la adolescencia, el alumno en la clínica se incorpora al programa de Atención Integral al Niño. Esta fase dura un año. La siguiente Fase Integración de los Factores Sociales y Biológicos del Sistema Estomatológico y el Sistema productivo, se aborda la problemática del adolescente y adulto y el alumno se incorpora al programa de Atención Integral al Adulto y la última Fase que tiene un contenido administrativo donde se analizan los modelos de servicio de la práctica profesional y el alumno resuelve problemas más complejos en el adulto como cirugía dentro del programa clínico.

Si bien este plan de estudio tiene una concepción similar al de la FES Zaragoza en cuanto a: la preocupación por atender los problemas de salud de las mayorías, estructurarse por módulos, abordar los problemas de la práctica profesional, incorporar la investigación, el trabajo comunitario, estar diseñado por problemas y durar cuatro años; lo cierto es que la interpretación que hace cada institución es diferente. En el caso de la UAMX los módulos son menos específicos en objetivos y contenidos, por lo que pueden presentarse vacíos de conocimientos e interpretaciones diferentes por parte de los profesores que imparten un mismo módulo. La FES aunque es más específica, se puede observar que los programas pasan de un contenido teórico a otro distinto y sin seriación.

En la UAMX está presente la preocupación por rediseñar los programas de estudio y de alguna manera esto se ha hecho en la práctica, sin embargo los cambios no se han plasmado en una propuesta formal más desarrollada, sólo se han adaptado los programas a las exigencias administrativas (experiencia

de más de 25 años de trabajo en la UAMX como profesora de la carrera) a diferencia de la FES.

En Zaragoza aunque cada módulo establece un problema muy general, para su abordaje se divide en módulos que abarcan áreas de conocimiento más específicas, con un programa particular con los objetivos, créditos, horas, prácticas, el perfil del profesor, las formas de evaluación, situación curricular y la bibliografía.

No obstante que los programas innovadores no logran aterrizar sus planteamientos consistentemente en los diseños curriculares, existen varias ventajas; López Cámara y Lara encontraron en un estudio sobre la enseñanza de la odontología realizado en 23 IES públicas de la República mexicana, que los sistemas modulares permitían un acercamiento efectivo entre la teoría y la práctica, mayor participación de los estudiantes en los procesos de enseñanza-aprendizaje, incursionar en la investigación durante la formación, la enseñanza clínica centrada en la solución de los problemas del paciente; lo cual impulsa a los alumnos a tomar decisiones y afrontar tratamientos complejos semejantes a los que enfrentará en su vida profesional. A los profesores los impulsa a cuestionar y alejarse de la forma como fueron educados. Sin embargo en la práctica muchos profesores regresan al modelo de enseñanza tradicional por materias y especialidades, aunque estén en un sistema modular (López Cámara, 2002).

Con esta base podemos concluir que la innovación despierta la creatividad, la imaginación de alumnos y profesores y traza nuevos caminos en la formación de los odontólogos. Sin embargo las propuestas que han servido de ejemplo para ver los alcances de la innovación muestran deficiencias e inconsistencias a nivel teórico y metodológico, así como una incapacidad de transformar sus propios planteamientos en experiencias significativas de aprendizaje para los alumnos. Algunas de las limitaciones tienen su origen en la falta de visión sobre la capacidad de las instituciones educativas de transformar el mercado de trabajo profesional o las condiciones de salud.

Otros aspectos que no se encuentran suficientemente abordados ni en los sistemas tradicionales ni en los innovadores, son las actitudes, los valores y las preocupaciones éticas internacionales en el cuidado de la salud como el respeto a los derechos humanos, el cuidado del ambiente, o el desarrollo humano sustentable, así como las consideraciones morales en la relación clínica y la investigación.

Tampoco las IES han logrado incorporar dinámicamente los nuevos conocimientos, hacerse flexibles (a excepción de la FES Zaragoza que propone una salida de auxiliares y técnicos a quienes no concluyan la licenciatura), introducir las nuevas necesidades de salud, o las del mercado, lo cual significa que se requiere avanzar conceptual, pedagógica y operativamente en los diseños curriculares en odontología.

No obstante estas experiencias positivas y propositivas en la formación profesional de odontólogos en nuestro país son los modelos flexneriano y el Norteamericano los que mantienen todavía una gran influencia. Martínez y Tijerina analizaron 35 de los 64 planes de estudio registrados en la Dirección General de Profesiones y encontraron que el 50% de los programas de odontología siguen el modelo norteamericano, el 33% derivan del modelo flexneriano y el 17% han tratado de incorporar el modelo latinoamericano (Martínez, en prensa).

Estudios más puntuales sobre la formación de los odontólogos como el realizado por López Cámara y Norma Lara, coinciden con Martínez y Tijerina, excepto que ellos no hacen una distinción entre el modelo flexneriano y norteamericano, en ese sentido coincidimos con ésta apreciación. López Cámara y Lara encontraron el modelo flexneriano o norteamericano en la mayoría de escuelas estudiadas, a excepción de tres que estaban organizadas por módulos; una de las que operaba con un sistema modular estaba regresando al modelo tradicional. En la mayoría de escuelas destacan dichos autores la organización de los contenidos seguía la secuencia tradicional: primero en materias básicas, luego las preclínicas y al final las clínicas, la enseñanza en el área clínica estaban organizadas por especialidades. En

relación a la planeación educativa, 20 de las escuelas estaban elaborando el perfil profesional por recomendación de los Comités Interinstitucionales de Evaluación de la Educación Superior (CIEES), resultado de la evaluación externa, no por una necesidad identificada por las IES (López Cámara, 2002).

En cuanto a la formación tradicional si bien aparentemente cubre todos y cada uno de los contenidos necesarios para formar un profesional bien capacitado, también tiene sus problemas. Entre ellos es que refuerza esquemas que pueden ser negativos para el futuro profesional, como son: abordar parcialmente al paciente, tener una actitud acrítica y pasiva frente a la autoridad, el no integrar adecuadamente la teoría con la práctica, llenarse de contenidos sin una clara aplicación, por mencionar algunos.

Tendencias curriculares

De acuerdo con Angélica Martínez tres son los modelos que se identifican en la formación de los odontólogos en México, el que proviene del modelo flexneriano basado en el informe Flexner publicado en 1910, el latinoamericano que tuvo fuerte auge entre lo setentas y ochentas, y el Norteamericano. Actualmente la Federación Mexicana de Escuelas y Facultades de Odontología (FMFEO) esta proponiendo un modelo que denominan innovador que parte del modelo latinoamericano, cuyos elementos aparecen en el Cuadro 6 (Martínez, en prensa).

a) El modelo flexneriano se caracteriza por la enseñanza del área biomédica en los primeros años, las asignaturas se encuentran organizadas por especialidades, el enfoque de la atención es individualista y costosa, curativa y rehabilitatoria. Este modelo ha evolucionado pero se mantiene en un número importante de IES en el país (López Cámara 2002), en las universidades estudiadas, estaría representado por la FO de la UNAM.

b) El modelo latinoamericano OPS/OMS de los setentas, orientado a la comprensión de los factores que determinan el proceso salud-enfermedad, el abordaje colectivo y preventivo de la salud, la integración docencia servicio,

docencia servicio investigación, la participación activa de los estudiantes en el proceso de enseñanza y la vinculación teoría-práctica y práctica-teoría. Propone una práctica profesional solidaria, con enfoque comunitario y por problemas. Dentro de éste modelo se ubican la UAMX y la FES Zaragoza.

c) El modelo norteamericano, enfocado a la enseñanza de la clínica y a la solución de los problemas por especialidades, mantiene el esquema del modelo flexneriano de la enseñanza de la ciencias básicas en los primeros años, y el mismo tipo de atención, incorpora aspectos administrativos y éticos, así como la utilización acrítica de la tecnología. Este modelo es el resultado del flexneriano, conceptualmente, estructuralmente, solamente incorpora nuevas especialidades y tecnologías. Este modelo ha incorporado la enseñanza por problemas y por competencias.

Este último modelo es el que actualmente está impulsando nuevas tendencias en la formación de odontólogos en países como EU y Canadá. También hay cambios en la manera de diseñar los currículos basados en competencias. Las competencias, se definen como las tareas que el profesional tiene que saber hacer; las competencias incorporan: los conocimientos, las habilidades, las destrezas y los valores, son concebidas como áreas integradoras (AADE, 1990. Boyd, 1996).

Las propuestas curriculares basadas en competencias tienen muchas vertientes, e interpretaciones, pero hay elementos esenciales que las caracterizan como: estar orientados por logros o resultados, dentro de esquemas flexibles, favorecer la planeación de las experiencias de aprendizaje en sentido vertical y horizontal, no encasilla la formación profesional en un solo sentido, se pueden alcanzar las competencias independientemente de las propuestas educativas y de las estrategias pedagógicas, brinda criterios para la evaluación del programa de estudios (Cohen, 2002. Tedesco, 1995).

Los países que han definido las competencias profesionales para los dentistas de práctica general como Canadá y EU han logrado establecer parámetros básicos para orientar la educación, lo cual constituye una ayuda para las

escuelas y los organismos evaluadores; así las instituciones pueden definir las experiencias significativas de aprendizaje y que los estudiantes logren desarrollarlas (AADE, 1990.Boyd, 1996)

Para Díaz Barriga las competencias cambian la orientación humanista por una vinculada a la productividad, donde lo prioritario es la adquisición de habilidades que permitan el desarrollo eficaz y eficiente del trabajo (citado por Crocker, 2003).

Gonczi y Althanasou proponen el concepto de competencia integral u holística como estructura compleja los conocimientos, las actitudes, las habilidades y los valores que requiere un profesional para desenvolverse adecuadamente en situaciones específicas. En esta propuesta los autores toman en cuenta el contexto social e institucional y los valores que son los que permiten calificar y ponderar las acciones profesionales (Gonczi, 1996).

A pesar del creciente interés por diseñar competencias, estas no son una novedad en la formación profesional, simplemente bajo el esquema de productividad están tomado un gran impulso.

El diseño curricular basado en competencias, es una tendencia de la tecnología educativa y una metodología para diseñar el currículum; sin embargo, atrás subyacen aspectos filosóficos y contextuales de cada institución, que según algunos autores, las competencias son capaces de integrar. Estos elementos se tendrían que ver con mayor detenimiento, sobre todo cuando se definen en un campo con gran contenido técnico como la odontología (Tedesco, 1995).

El diseño por competencias busca desarrollar un buen profesional técnica y éticamente, pero es una propuesta muy diferente al de la Corriente Latinoamericana que realmente se preocupó por cuestionar éticamente la falta de compromiso del odontólogo frente a los problemas de salud y trato de rebasar los viejos esquemas para proponer una formación profesional fundada en valores como la justicia y la solidaridad sociales.

Obviamente un diseño basado en competencias requiere de una programación detallada, de un financiamiento adecuado, de un fuerte compromiso docente para llevarlo a cabo y creatividad, pero también un fundamento altamente humanista, para no repetir lo que ha ocurrido en el pasado basar únicamente la enseñanza de los odontólogos en los aspectos técnicos.

En EU y Canadá las asociaciones de escuelas y facultades de odontología, así como de los organismos evaluadores han delimitado las competencias a adquirir por el estudiante durante su tránsito universitario, pero cada escuela, diseña las experiencias de aprendizaje de acuerdo con su perfil y tradición.

Los perfiles profesionales referenciales

En México a pesar de que algunas instituciones educativas están diseñando las competencias, existen perfiles profesionales referenciales que se tienen que tomar en cuenta al hacer las propuestas educativas o al reestructurar los currícula. Los perfiles profesionales definen las características o atributos que debe reunir el estudiante al finalizar sus estudios, en términos muy generales, mientras que las competencias definen con mayor precisión las acciones profesionales del dentista.

El perfil profesional expresa los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que tendrá el egresado después de haber realizado los estudios en la institución, es decir los atributos del profesional al finalizar sus estudios, en esa escuela en particular. Para los evaluadores externos el perfil profesional es un elemento fundamental para analizar la manera como la institución organiza sus recursos materiales y humanos para lograr lo que se propone. Resulta interesante entonces, que en las instituciones estudiadas por López Cámara y Lara definir el perfil profesional parece ser una cuestión más bien administrativa que un problema conceptual; un requisito, más que un elemento orientador del quehacer cotidiano de profesores y alumnos ya que muchas de ellas no contaban con él. El problema de no visualizar objetivos generales es que se pierde la perspectiva a largo plazo, ocasiona que los contenidos de las materias se den de una manera independiente centrada exclusivamente en el

logro de los objetivos de cada programa, dificulta la integración del trabajo de grupo de los profesores; de igual manera, es probable que los egresado de una mismas instituciones salgan con perfiles diferentes, lo cual dificulta la evaluación por resultados de los programas (López Cámara,2002).

La FMFEO ha establecido un perfil de egreso con las habilidades, las actitudes y los contenidos para los odontólogos en México, al igual que el CENEVAL; lo que representa un avance importante, sobre todo en el caso de la asociación de escuelas, en términos de consenso, trabajo colectivo y de negociación. En el siguiente cuadro colocamos los perfiles referenciales para el diseño curricular en México, incluimos el perfil de la UNAM porque sigue siendo una referencia importante para la formación de los odontólogos.

Cuadro 5 perfiles referenciales de la profesión

Perfil Profesional UNAM (abarca CU, Zaragoza e Iztacala)	Perfil Profesional del CENEVAL. Se divide en: conocimientos, habilidades y actitudes	Perfil Profesional propuesto por FMFEO
El egresado será capaz de:	El profesional debe poseer:	El egresados será capaz de:
Trabajar en distintos modelos de servicio adecuados a las condiciones sociales, económicas y culturales de las diferentes localidades	Los conocimientos indispensables para : participar en equipos de salud multiprofesionales e interdisciplinarios, que interpreten el proceso salud-	Analizar el proceso salud-enfermedad del sistema estomatognático en los diferentes grupos de población de la sociedad con el propósito de interpretarlo como

	<p>enfermedad en forma integral en los ámbitos institucional y privado</p>	<p>un problema multifactorial, que requiere de la participación multiprofesional e interdisciplinaria para manejar los métodos técnicas y procedimientos propios de la estomatología y contribuir a la solución de los problemas del proceso salud enfermedad de la población sin detrimento del entorno</p>
<p>Conocer las características biopsicosociales del individuo con quienes lleva a cabo su ejercicio</p>	<p>Tener los fundamentos técnicos de los métodos científico, epidemiológico y estadístico, para su aplicación en odontología</p>	<p>Aplicar los métodos, experimental, clínico, estadístico, epidemiológico y administrativo en el diagnóstico individual y comunitario, así como en los planes de tratamiento y operación de</p>

		programas de atención, con base en el principio de prevención integral
Conocer los límites de su competencia profesional, remitiendo al especialista, aquellos casos que no le competen	Desempeñar y desarrollar, con perspectivas integral, el diagnóstico de los pacientes a nivel biopsicosocial	Realizar el diagnóstico integral de los problemas de salud de los individuos con un enfoque biopsicosocial
Aplicar medidas terapéuticas (médico-quirúrgicas), necesarias para resolver los diferentes padecimientos de la cavidad oral	Diseñar un plan de tratamiento preventivo, curativo o restaurativo aplicando los conocimientos teórico clínicos de la práctica general de la odontología considerando las áreas específicas de: patología, medicina bucal, endoperio, cirugía bucal, odontopediatría, ortodoncia,	Diseñar y realizar planes de tratamiento preventivo, curativo y restaurativo, aplicando los conocimientos teórico-prácticos de la práctica odontológica general

	odontología restaurativa, endodoncia y periodoncia en función de los recursos humanos, técnicos y materiales y equipos disponibles	
Relacionar conocimientos de las áreas biológica, clínica y social para la solución de los problemas de salud estomatognática	Definir modelos de servicios en sus diferentes expresiones, tanto institucionales como privadas, asumiendo los principios administrativos, legales y normativos del ejercicio profesional	Aplicar las diferentes técnicas para la prevención, manejo y tratamiento de las urgencias médico estomatológicas
Diseñar y comprobar diferentes modelos de servicio que puedan ser una alternativa para otras instituciones y organismos de salud, dentro de las cuales, la investigación aplicada	El egresado aplicará con excelencia y calidad los conocimientos adquiridos para brindar atención odontológica	Establecer las estrategias necesarias para el cumplimiento de las recomendaciones nacionales e internacionales

<p>ocupa un sitio importante</p>	<p>general y contribuir a la generación de conocimientos, por lo que deberá tener las siguientes habilidades: Diagnosticar , aplicando los conocimientos y elementos auxiliares para cada caso antes de iniciar cualquier tratamiento</p>	<p>para le prevención y control de infecciones cruzadas en estomatología</p>
<p>Desarrollar personal de tipo auxiliar, con los que integre equipos de salud</p>	<p>Aplicar el método epidemiológico para planear y brindar atención bucodental prioritaria sobre la frecuencia de las enfermedades bucales de mayor prevalencia, al igual que su distribución, basándose en enfoque de riesgo</p>	<p>Aplicar técnicas didácticas acordes a la población para promover la salud, así como participar en la capacitación de promotores de salud pertenecientes a la población motivo de intervención</p>
<p>Atender los padecimientos</p>	<p>Aplicar en forma individual y</p>	<p>Analizar desde el marco legal y</p>

<p>estomatológicos, con énfasis en aquellos problemas de relevancia epidemiológica en nuestro país, mediante acciones de tipo preventivo, terapéutico y rehabilitatorio con una formación científica, técnica, humanista y crítica, así como una actitud de superación continua</p>	<p>colectiva medidas de prevención primaria de las enfermedades bucodentales mas frecuentes en el país</p>	<p>normativo del ejercicio profesional los diferentes modelos de servicio tanto institucionales como privados que se promueven actualmente , con el propósito de dar respuesta a los problemas de salud y sean alternativas en el actual mercado ocupacional</p>
	<p>Valorar la condición biopsicosocial de los pacientes que requieren tratamiento bucal y aplicar los procedimientos necesarios para corregir las alteraciones y preservar la salud bucal en función de los recursos disponibles</p>	<p>Contar con los elementos teóricos necesarios para seleccionar la tecnología apropiada a fin de abatir costos sin detrimento de la calidad</p>

	Desarrollar una práctica integral, multiprofesional e interdisciplinaria y ser capaz de referir a los pacientes a las especialidades correspondientes	Identificar las dimensiones internacionales de la odontología, que con motivo de la globalización y competitividad internacional el odontólogo debe tener actualmente
	Organizar y administrar los diferentes modelos de servicio de la práctica odontológica	Tener conocimiento y competencia en el manejo de un segundo idioma
	Desarrollar la práctica odontológica acorde con la innovación, adaptación o transferencia tecnológica en su entorno	Tener conocimiento y manejo de la computación, como herramienta de trabajo y para acceder a los medios de comunicación
	Manejar adecuadamente el instrumental, material, medicamentos y equipo	

	odontológico, que se requiere en la práctica profesional	
	<p>El egresado debe ser un profesional que además de estar altamente capacitado en el área científica-tecnológica deberá poseer los siguientes valores y actitudes</p> <p>Interpretar la realidad de su entorno en un enfoque crítico, creativo y de compromiso , al servicio de la comunidad</p>	
	<p>Fundamentar su ejercicio profesional en el más sólido respeto a los derechos humanos del paciente, preservando la salud y la integridad</p>	

	biopsicosocial	
	<p>Demostrar que sus relaciones profesionales con sus pacientes se realizan bajo un concepto humanístico logrando así la conservación de la salud y el mejoramiento del entorno social y ecológico</p>	
	<p>Conducir sus relaciones profesionales con un espíritu de colaboración y ética promoviendo el trabajo multiprofesional e interdisciplinario</p>	
	<p>Deberá tener la motivación por participar en los procesos de actualización y mejoría de la calidad del ejercicio profesional</p>	

El perfil más completo es el del CENEVAL que comprende los conocimientos, las habilidades, los valores y actitudes que debe tener el egresado presentadas por separado, mientras que en los otros los valores están incorporadas a los objetivos.

Si analizamos los perfiles encontramos grandes coincidencias en los que se refiere: a la calidad del ejercicio profesional, las habilidades técnicas, el manejo de los métodos clínico, epidemiológico, de investigación y el administrativo, así como la necesidad de que el egresado forme parte de equipos multi e interdisciplinarios y sea capaz de formar distintos tipos de personal de apoyo. Todas las propuestas expresan la preocupación de que el profesional oriente su práctica con base a los problemas de salud prevalentes y que diseñe y opere modelos de servicio novedosos para atenderlos. De igual manera interprete biopsicosocialmente al paciente y ofrezca respuestas integrales a los problemas de salud bucal.

En relación a las actitudes que debe tener el profesional hacen alusión a la práctica humanista, a la honestidad del profesional, a su capacidad para reconocer los límites de sus acciones; así mismo mantenga un espíritu crítico, de colaboración y de superación a lo largo de su vida profesional. No todos los perfiles destacan la importancia del conocimiento del marco normativo en lo técnico y lo legal o la importancia del respeto a los derechos humanos y el cuidado del ambiente. Solamente el perfil del CENEVAL hace referencia a estos aspectos

El perfil de la UNAM hace énfasis en que el profesional conozca los límites de su quehacer, lo que muestra un esquema de solución de los problemas bucodentales basado en especialidades. En los otros dos perfiles ésta no es la orientación.

La propuesta de la UNAM destaca la importancia de que el odontólogo forme personal auxiliar para que se integre al equipo de salud. Mientras que el perfil de la FMFEO propone formar promotores de salud comunitarios.

No obstante las diferencias de estas propuestas, cuando se analizan los aspectos teóricos se observa el fuerte contenido clínico de todas ellas, la incorporación de aspectos sociales, mal integrados.

La FMFEO propone en su listado de contenidos 17 del área básica, 21 del área clínica, 6 de sociales, 3 administrativas, 3 metodológicas y 5 complementarias, en donde estarían el manejo del inglés, computación, redacción y comunicación. Es decir que se mantiene la enseñanza de la clínica como el principal interés en la enseñanza de la odontología.

El CENEVAL divide las áreas de conocimiento para cumplir con el perfil que diseñó de la siguiente manera: de formación específica, instrumental y operativa. En la primera se encuentran los contenidos de ciencias básicas: anatomía, bioquímica, embriología, farmacología fisiología, genética, histología, microbiología, inmunología y patología, salud pública, administración y bases legales. El área instrumental comprende anatomía dental, anestesiología, cariológica, embriología e histología bucal, emergencias odontológicas, materiales dentales, oclusión, odontología preventiva, patología bucal, propedéutica y semiología odontológica, radiología, epidemiología, estadística básica, metodología de la investigación científica, odontología legal y odontología social. El área operativa está compuesta por las especialidades como: cirugía bucal, exodoncia, endodoncia, introducción a la clínica, parodoncia, prótesis parcial, fija y removible y prostodoncia total, odontogeriatría, odontología integral, ortodoncia, operatoria dental, simplificación técnica.

Como se puede observar esta propuesta esta más equilibrada entre los contenidos de las ciencias básicas, las técnicas y las odontológicas, esto refleja la preocupación por fundamentar científicamente la práctica profesional. Sin embargo los contenidos sociales y éticos son escasos y difícilmente alcanzarán cubrir los objetivos propuestos en el perfil.

El CENEVAL tiene un planteamiento amplio e incluyente, el problema es que no hay ninguna priorización en los contenidos, cuestión que puede representar

una dificultad para quienes se examinan. Hay que considerar que no es lo mismo proponer un perfil ideal que llevarlo a cabo, existen limitaciones de diverso orden desde las políticas, gerenciales hasta las presupuestarias, por mencionar algunas.

Dentro de las recomendaciones que hechas por organismos como la OCDE (Organismo de Cooperación para el Desarrollo Económico) sobre cómo mejorar la calidad de la educación, se encuentran: la aplicación de exámenes estandarizados de ingreso y egreso, elaborar referencias nacionales de conocimientos y competencias de cada rama y evaluar en referencia a ellas, hacer flexibles los planes de estudio y establecer sistemas de equivalencias para tener diferentes salidas en programas flexibles (OCDE, 1995).

Algunas de estas recomendaciones se están implementando en México como los exámenes de ingreso y egreso para la educación media superior y el Examen General de Egreso Profesional que aplica el CENEVAL.

Muchas escuelas ponen como requisito para la titulación que sus egresados aprueben el EGEL-O, otras lo han rechazado, como la UAMX. No obstante la importancia de tener parámetros para evaluar la calidad de los futuros profesionales, centrar el esfuerzo educativo a que éstos respondan adecuadamente un examen puede distorsionar la orientación de los programas de estudio de las IES. El examen solamente evalúa conocimientos teóricos que son fundamentales, pero también lo son las habilidades y las actitudes, las cuales quedan fuera de la evaluación (www.ceneval.mx).

Pero por muy avanzada que sea la planeación, la operación de los programas lleva consigo otros retos que analizaremos mas adelante. Los directivos de las escuelas opinan que una evaluación externa los ayuda a ver cosas que ellos no han detectado o que no le han dado la suficiente importancia, además que los instrumentos de evaluación están bien hechos pero que no siempre quienes evalúan están bien capacitados para hacerlo (Fuente directa entrevista directores y exdirectores, 2003).

Modelo Innovador

La FMFEO no solamente diseñó un perfil, sino que caracterizó un modelo educativo, llamado "Innovador" (Cuadro 6), mismo que se basa en el modelo propuestos por Ariel Gómez, con ciertas variaciones.

Las características de este modelo abarca desde lo filosófico hasta de organización de la institución, se pretende que este modelo oriente el rumbo del desarrollo curricular de las IES de odontología en México, y que se vaya concretando a mediano y largo plazo.

Aunque el modelo plantea cuestiones muy generales, su desarrollo estará determinado por la voluntad de las escuelas de adoptarlo; su riqueza consistirá entonces en la interpretación que cada institución haga de él, lo cual puede incrementar las experiencias que han impulsado la evolución de la enseñanza de la odontología.

El modelo innovador va más allá del ámbito curricular, al determinar las características y estructura de la institución. Las IES públicas funcionan con cuerpos colegiados representativos como lo indica el modelo pero en las privadas generalmente prevalece el autoritarismo (López Cámara, 2002).

Aunque la propuesta se presente como innovadora, la mayoría de elementos que contiene han sido definidos por la Corriente latinoamericana hace más de 30 años. Al igual que entonces se hacen señalamientos generales ambiguos y en ocasiones contradictorios, como sucede en el proceso de atención donde señalan como característica el trato profesional personalizado y colectivo.

Cuadro 6. Propuesta de la FMFEO un modelo innovador

Elemento	Modelo Tradicional	Modelo Innovador
Filológico		
Marco conceptual	Unidimensional, escolástica	Formación integral humanista, científica ,

		liberal, social
Orientación social	Estratificada, reduccionista, economista	Democrática
Tipo de práctica	Odontología por especialidades	Odontología integrada
Proceso de atención	Industrializado, estandarizado, individualista	Humano, personalizado, colectivo
Integración de componentes educativos	Docencia servicio investigación completamente aislados	Docencia servicio investigación completamente integrados
Definición del contenido del currículo	A partir del contenido existente y con criterios conductista	A partir de la realidad de la práctica odontológica y social
Tipo de investigación	Énfasis en los aspectos biológicos	Orientada a resolver los problemas odontológicos de la población
Elementos de la planeación curricular		
Plan educativo	Desarrollo exclusivamente por el cuerpo docente	Preparado conjuntamente con los profesores, los estudiantes, los administradores y la comunidad en los niveles correspondientes
Estructura Curricular	Microdisciplinas compuestas por cátedras	Módulos integrados por niveles de complejidad en relación con la atención integral a

		diferentes grupos etarios.
Objetivo Curricular completo	Orientado en la enfermedad y con énfasis en la reparación y rehabilitación	Orientación hacia el mantenimiento de la salud
Secuencia para el proceso educativo	La teoría antes que la práctica, lo básico precede a lo preclínico y esto a lo clínico, gran énfasis en la simulación	Teoría anterior a la práctica, teoría y práctica, práctica anterior a la teoría. Integración de lo básico y lo clínico, y poco énfasis en la simulación.
Educación y entrenamiento de los estudiantes	Uniprofesional	Multiprofesional de todo el equipo odontológico y médico
Tipo de tecnología	Tecnología sofisticada	Basada en tecnología apropiada
Docencia	Principalmente en salas de conferencias (autismo)	Casi exclusivamente en actividades de grupo y talleres
Medios físicos	Intramurales distribuidos por especialidades, cátedras y/o departamentos	Extramurales, integrados por los niveles de atención
Espacio físico educativo	Dicotómico, sin contacto externo. Docencia intramural exclusivamente	Superación de la dicotomía por medio de un proceso orgánico en diversos espacios sociales
Perfil del cuerpo docente	Especializado por microdisciplinas	Con conocimientos generales integrados por módulos de enseñanza

Elementos de la estructura institucional		
Gobierno	Oligárquico, vertical, jerárquico	Participativo Colegiado
Procesos	Docencia supeditada a la administración	Administración supeditada a la docencia, con base en la calidad
Relación docente/alumno	Autoritaria y paternalista	Personalizada y de colaboración
Evaluación	Discriminante, cuantitativa	Constructiva, cualitativa, cuantitativa

Cuadro 6 basado en la propuesta de Ariel Gómez (1993), modificado por la FMFEO (2002). "Problemas y perspectivas de las instituciones de educación en Odontología en América Latina", UAL/SPF/AMFEO.

Si bien, la planeación y las concepciones curriculares son importantes para el desarrollo de un programa de estudio, existen otros factores que son fundamentales a considerar en la operación de los mismos; dejemos que sean los responsables de las carreras quienes nos digan cuales son en su opinión, los problemas en el desarrollo de los programas.

Los problemas en la operación de los programas de estudio de acuerdo con los responsables.

Los problemas en la operación de los programas obedecen a muchos factores, analicemos cuales son aquéllos que los directores de las escuelas consideran más importantes. Así los expresaron los coordinadores, directores y exdirectores de las universidades públicas de odontología del Distrito Federal (UAMX, UNAM y IPN), en una entrevista semiestructurada que realizamos en 5 de las 6 escuelas y facultades de odontología.

El propósito de la encuesta fue conocer la opinión de estos líderes de la educación dental sobre cuales son los principales problemas que enfrentan en el desarrollo de los programas de estudio. Se abarcaron los siguientes aspectos: estudiantes, profesores, recursos físicos, planeación curricular, evaluación externa, estructura universitaria, sindicalismo; asimismo se les consultó sobre cuales sería la orientación que debería tener la educación profesional y sus tendencias actuales.

En el cuadro siguientes se sintetiza algunos elementos del perfil de los directores:

Cuadro 7 Características el universo de trabajo

género	Edad aproximada	Formación	Tipo de programa
1.-masc	47-55 años	Posgrado en educación	innovador
2 fem	47-55 años	Posgrado inconcluso	innovador
3.-masc	48-57 años	Posgrado inconcluso	Una parte tradicional y otra modular
4.-fem	40-45 años	especialista	innovador
5.-fem	35-38 años	especialista	tradicional

Con el fin de mantener la confidencialidad sobre las personas entrevistadas, no se agregaron otros datos. Cuando se haga referencia a una frase dicha por alguno de ellos se pondrá el número que aparece en el cuadro.

Preparación de los estudiantes

En relación a los estudiantes los directores opinaron que los alumnos vienen muy mal preparados, que no tienen una adecuada orientación profesional, ni hay un perfil de ingreso bien definido; en una de las instituciones los

estudiantes eligen tres carreras a cursar, la odontología en muchos casos no corresponde a la primera de éstas opciones, así muchos llegan desmotivados, porque querían estudiar otra cosa.

“Los estudiantes no quieren estar aquí, y éstos son un 30% de los que llegan a la carrera”(2)

“aunque no tienen vocación ya están metidos”(5)

Otro de los problemas que señalaron los directores con respecto a los estudiantes, es la ausencia de una buena formación previa, que no saben leer ni escribir, pero la cuestión es más profunda, no comprenden lo que leen, ni siquiera algunos conceptos básicos.

“les cuesta trabajo escribir, leer, comprender, conceptos como cóncavo, convexo, convergente, divergente, no los entienden; es muy difícil para ellos y para nosotros”(2)

“cuando se les pone a leer delante de los demás, parece que están aprendiendo a leer”(1)

Los directores están de acuerdo, con que ésta situación es resultado del sistema educativo en su conjunto, ya que los estudiantes traen deficiencias desde la primaria, y no se explican cómo llegaron a la educación superior

“escriben boca con v, y ¡están en odontología!” (4)

Uno de los directores expresó que el problema es que los alumnos no están formados y que no hay interés por parte de las instituciones educativas de que se formen.

“al sistema no le interesa formar, sólo busca tener esclavos, sumisos y obedientes”(3).

Los alumnos no cuentan con hábitos ni disciplina de estudio. Algunos directores señalan que la licenciatura les ayuda adquirirlos, y que si pasan el primer año de la carrera, muchos logran terminarla.

“Vienen de un sistema de 4 horas, aquí son 8 de clases. Enfrentan exigencias diferentes y cargas de contenidos, del doble o triple del bachillerato; a los seis meses los alumnos se ven agotados desquiciados”(2)

3.-Desconocimiento del modelo

Los directores que se encuentran al frente de un modelo innovador señalan que una de las dificultades que los alumnos presentan cuando ingresan, es que desconocen el modelo educativo y les cuesta trabajo adaptarse. Aunque la mayor parte de las Instituciones que tienen éste sistema cuentan con módulos introductorios.

Los directores opinaron que hay en las generaciones de jóvenes un empobrecimiento del lenguaje, que a los alumnos no les interesa superarse y existe una indiferencia ante el medio social que los envuelve, no leen los periódicos ni están enterados de lo que ocurre en el mundo o en su país. Tampoco conocen museos o teatros de la ciudad; uno de los directores se preocupa por recomendar espectáculos a los alumnos y les consiguen boletos gratis o baratos. Ésta preocupación surge de una relación de cercanía con los alumnos, que solo es posible en un sistema innovador.

*“deben tener el don de la telepatía, yo no oigo palabras que yo pueda entender”
“sólo conocen el cine del barrio, no han ido nunca a un concierto, yo les doy orientación para que conozcan”(2.)*

4.-La crisis económica

Por otro lado, la crisis económica hace que cada vez los alumnos cuenten con menos recursos materiales, los directores detectaron que la situación económica de los estudiantes es más precaria que la de las generaciones

anteriores. Esto trae consigo varios problemas como la deserción y la dificultad para ingresar al mercado de trabajo, sobre todo en una carrera como la odontología donde se requiere una infraestructura mínima para trabajar, que es costosa. Para los estudiantes esto último es una preocupación que manifiestan, en particular, los que cursan los semestres o trimestres finales de la carrera.

“Lo difícil es la planeación y la posibilidad de darle un campo de trabajo a los alumnos. El mercado de trabajo se ve problemático, porque para eso se forman para ser independientes”(4).

5.-Grandes expectativas

Hay una sensación de malestar de los coordinadores de los programas de estudio, en el sentido de que el alumno llega con muchas ilusiones a estudiar, y no sólo él, también la familia, piensan que la educación le va a dar al estudiante mayores oportunidades, pero la realidad del mercado de trabajo es otra. Responder a las expectativas de los alumnos es una preocupación expresada por la mayoría de los directores.

“El problema de la práctica es que o es privada o es privada, y hay que prepararlos para eso” (1)

6.-Baja Autoestima

Otra de las dificultades observadas por algunos coordinadores es la baja autoestima de los alumnos, que se refleja en inseguridades, trabajo para tomar decisiones y embarazos no deseados. Lo cual problematiza su desempeño académico y con sus pacientes. Muchos de los estudiantes sufren violencia intrafamiliar y no tienen apoyo de sus hogares.

“el problema de los embarazos es patético, siempre hay muchos por generación, ni se les ocurre aplicar la información que tienen”(2).

7.-El enfrentamiento con los pacientes

En relación a la clínica los directivos expresaron varios problemas, uno es que a los alumnos les asusta al principio la relación con los pacientes; les cuesta trabajo, sobre todo, asumir la responsabilidad hacia ellos, ésta situación va cambiando conforme avanzan en sus estudios. La otra cara de la moneda es que los alumnos visualizan a los pacientes como un medio para obtener su calificación; ésta actitud se ve fomentada por las presiones por cumplir con cierto número de actividades clínicas. Hay entonces una preocupación por parte de algunos directivos para modificar la forma de evaluación, sin embargo no todos los directores ven la evaluación clínica como problemática.

“no los ven como un paciente que está sufriendo y que necesita de ellos”(3).

“el modelo (educativo) dice que le hombre es un ente biopsicosocial, los alumnos dicen, ahí va mi amalgama(2)”

Yo creo que hay una separación entre el modelos educativo y el de servicio, en la evaluación.....la evaluación numérica desvirtúa el modelo educativo y caemos en lo tradicional, no nos orientamos por las necesidades de la población...esto desvirtúa el marco filosófico de la institución(1)”

Sin embargo, todos los directores están de acuerdo, que en términos generales se da una buena relación entre alumnos y pacientes, así como entre los profesores con los pacientes.

8.-No existen organizaciones estudiantiles

En las escuelas visitadas no existen organizaciones estudiantiles, algunas instituciones impulsan la participación estudiantil en la operación de los programas, mediante jefes de grupo, otros dentro de los comités de carrera para los diseños curriculares, por ejemplo. Más bien la organizaciones se dan cuando ya han salido de las escuelas; existen asociaciones de egresados que organizan eventos sociales y cursos, conferencias, etc. o encuentros académicos. Pero la participación estudiantil durante la formación es muy pobre en términos generales.

“La institución hace participar a los jefes de grupo, pero quienes son elegidos lo viven como una molestia y su trabajo no tiene reconocimiento de los compañeros”

“Aunque es una carrera numerosa no hay interés (de participar en los cuerpos colegiados), cuando hay elecciones la participación de Estomatología es muy baja de 700, sólo participan 50 en la elección (1)”

Si bien los alumnos son la materia prima de la enseñanza, los profesores son quienes los moldean, son los medios que ayudarán a su transformación, alumnos y profesores son los principales actores de los procesos de enseñanza aprendizaje, su interacción le imprime características especiales a la educación odontológica.

II.-Discurso de los directivos en relación a los profesores

1.-La contratación

Sobre la contratación de los profesores, uno de los directores destacó que al principio se contrataron profesores jóvenes, recién egresados a los que la Institución formó, pero que después al cambiar las autoridades contrataron profesores sin ningún perfil. Hay que aclarar que la mayoría de las escuelas que se visitaron tienen entre 25 y 30 años de fundadas a excepción de una que tiene unos 4 años.

En contraste con lo que ocurre en las escuelas que tienen varios años de funcionamiento, en el programa de reciente creación hay una mística de trabajo, los profesores aunque no tienen una contratación definitiva, están entusiasmados con el proyecto, la mayoría son jóvenes especialistas y recién egresados. Como existen pocos alumnos y profesores también tienen una cercanía entre ellos

Otro de los inconvenientes mencionados en la operación de los programas fue el tipo de contratación de los profesores, éste puede ser, de tiempo completo,

medio tiempo o por horas, la mayoría está contratado bajo ésta última modalidad.

“Las actividades son por módulo, se requiere que los profesores estén más tiempo, para que participen también en las actividades de rediseño. Porque vienen a dar su contenido y se van” (4)

Los porcentajes de profesores de tiempos completo, medio tiempo o por horas varía en cada institución, en una el 30% son de tiempo completo, mientras que en otra del 70%, por ejemplo. Hay acuerdo entre los directores que el tipo de contratación limita la participación y el compromiso de los profesores con el programas de estudios.

“tenemos mucha adversidad en la planta docente, estamos por interinato, en un proceso de cambio”(5).

2.-El desconocimiento de los modelos

En los modelos innovadores uno de los principales problemas fue que los docentes no conocían el modelo, al inicio las escuelas capacitan a su personal, pero conforme pasaron los años, se dejó de hacer. Esto tuvo como resultado que cada profesor o bien interpretara la propuesta educativa o bien que regresa al sistema tradicional, del cual provienen muchos de sus docentes, aunque algunas escuelas ya están contratando a sus egresados.

“cada profesor interpreta su práctica”(2).

3.-No correspondencia del perfil docente

Otro de los inconvenientes detectados por una de las escuelas es que el perfil de los profesores no corresponde con la asignatura o el módulo que están impartiendo.

“por ejemplo hay profesores que tienen estudios en salud pública y que están dando cursos de odontopediatría”(2).

4.-No hay capacitación permanente

La mayoría de los directivos están de acuerdo en que no hay una capacitación permanente de los profesores, lo cual es una dificultad para el desarrollo de los programas modulares, cuyas características y dinámica son diferentes a los programas tradicionales donde se formaron la mayoría de los profesores. Y que cada profesor de acuerdo a su interés busca su formación, la Institución sólo le da las facilidades para que lo haga.

“Lo de los profesores es complejo, cuesta trabajo el aplicar o asimilar para aplicar éste modelo educativo. Se asoma uno al aula y es común ver al profesor (incluyéndome yo), que está junto al pizarrón, y todos los alumnos frente a él.yo siento que se ha desvirtuado el modelo....debería de haber cursos y que los profesores tomarán uno al año”(1).

5.-La falta de comprensión del “compromiso moral”

Algunos directores identifican como dificultad en la enseñanza, que los profesores no entienden que tienen “el compromiso moral de formar a los alumnos” no sólo de instruirlos, y se preocupan únicamente de transmitir los contenidos. Esto se refleja en que los alumnos reciben órdenes del profesor y las obedecen sobre todo en la clínica, pero que no se les enseña a pensar, a tomar decisiones y a aprender y a ser críticos.

6.-Resistencia al cambio

Los directores señalan como problemático que cada profesor interpreta su quehacer basado en su experiencia previa. Por la antigüedad de las escuelas una gran cantidad de profesores están pensando en jubilarse y no quieren modificar absolutamente nada, ni tiene la intención de molestarse en cambiar los programas de estudio o su propia práctica docente. Que el grueso de los profesores está en posibilidades de jubilarse en una IES es un fenómeno nuevo en la enseñanza de la odontología que afecta a unas cuantas instituciones.

En los sistemas modulares los directores señalan que hay un trato muy directo de los profesores con los estudiantes, por tanto hay una relación cercana entre ellos. En las escuelas de reciente creación sucede lo mismo aunque no sean modulares porque son pocos alumnos y profesores.

7.-Autoritarismo en la relación profesor alumno

En cuanto a la relación profesor-alumno, en opinión de estos líderes de la enseñanza, presenta problemas: hay autoritarismo y en algunos casos corrupción.

“Cuando llegué, había 388 profesores, hoy hay 318, los demás tuvieron que salir, algunos con 21 años de antigüedad. Yo tengo la convicción, de que no hay intocables, no hay privilegios,.....cuando ciertos profesores dejaron sus puestos, los alumnos vinieron a decirme que se respiraba un ambiente de libertad en la clínica”(3)

Lo que está ocurriendo en una de las escuelas es ejemplar, ya que es sumamente difícil despedir a los profesores de una institución pública. Sin embargo, a pesar de los inconvenientes de hacerlo, es posible si se logra tener evidencia y voluntad política para hacerlo. Esta situación resulta ejemplar para toda le ES, donde parece que se pueden dejar pasar actos no sólo de corrupción, sino conductas que desvirtúan la tarea formativa de las IES.

III.-En relación a la planeación y la administración

1.- Infraestructura necesaria

La mayoría de entrevistados manifestaron contar con un buen apoyo político administrativo en su gestión; algunos identificaron ciertas dificultades en cuanto a la infraestructura, en particular la de las clínicas, sobre todo la escuela de reciente creación; sin embargo, uno de los directores expresó que mejorar la

infraestructura, significa mejorar la calidad, sobre todo en la atención a los pacientes.

Dos de las escuelas estaban remodelando sus clínicas, una con fondos provenientes de programas especiales del gobierno y el otro con fondos de la propia institución. En el segundo caso la remodelación y cambio de equipo se hizo de una manera escalonada.

“Cómo se le exige a la carrera un nuevo perfil si no hay con que respaldarlo, no podemos exigir si no hay condiciones.....la carrera tenía veinticinco años de abandono”(3).

“Con los recursos con que se cuenta son suficientes, pero necesitamos ir salvando las dificultades que se nos presentan”(5)

2.-Sistemas democráticos

En cuanto a la conducción institucional, todas las escuelas visitadas cuentan con un sistema democrático donde participan autoridades, profesores y alumnos, organizados en órganos colegiados, que son quienes toman las decisiones sobre la vida universitaria.

3.-La participación sindical

Sobre el sindicato, los directores coincidieron, en que no representaba un obstáculo para el cumplimiento de los programas. Sin embargo, no todos opinan los mismo, uno de ellos expresó tener una visión negativa del sindicato, por las experiencias del pasado, donde éste desvirtuó la mística de trabajo.

“Yo tengo una perspectiva de los sindicatos muy negativa, el sindicato del personal académico es blanco, mientras que el de los trabajadores es más aguerrido y se hizo una cultura sindical, pero estuvo tantos años en el poder que se convirtió en un obstáculo y un deterioro para la institución”(2)

“Es un sindicato recién formado y no hay problemas con él”(5)

4.-La planeación y el rediseño curricular

Sobre la planeación educativa, todos los entrevistados manifestaron dificultades, en algunos casos muy serias, como en la escuela que está regresando al sistema tradicional o en otra donde los primeros semestres los estudiantes llevan un sistema modular y luego pasan al tradicional. Otros directores señalan incoherencias entre el sistema modular y el modelo de servicio, donde se les pide a los alumnos número de actividades realizadas para obtener la calificación.

En relación a la adecuación y rediseño de los planes de estudio, los directores manifestaron lo siguiente: una de las instituciones propone reestructurar los programas cada cuatro años, otras han hecho un esfuerzo por rediseñarlos, y la de reciente creación tienen un mapa curricular de materias, y en base a sus experiencias lo va reestructurando.

“Cada cuatro años se reestructura la carrera, trabajamos por academias, por áreas y nos reunimos para analizar lo que pasa y ver lo que sucede en los programas, entonces se van haciendo las anotaciones para proponer los cambios”(4)

“Se modificó el plan de estudios para retomar los principios e ideas y elaborar un documento de trabajo con estrategia participativa, y se concretó el plan de estudio, con mucho trabajo y desgaste, se tuvo que informar y formar, se rompe la estructura de la gente”(2)

En el plan por asignaturas tenemos un mapa curricular y vemos carencias, en la lógica de las materias, si no hay una buena coherencia, hay que reestructurar y ver cuales fueron nuestras experiencias y en base a eso se reestructura”(5).

“Tuvimos que conjuntar dos sistemas el modular y por asignaturas, y echar andar una planta docente para los dos, y están las dos generaciones viendo las dificultades y las bondades de uno y otro, hemos visto en la práctica que hay

mejor aprovechamiento por asignaturas, por los tiempos...se presiona al alumno para que tenga conocimientos efectivos y sale mejor preparado”(5)

De igual manera, los coordinadores coincidieron en destacar que existen vacíos en conocimientos en los programas y que se tratan de subsanar, en algunos casos, distorsionando el concepto curricular, sobre todo en los programas modulares. Asimismo hay inconsistencias en los métodos de enseñanza, por ejemplo en el sistema modular se propone una participación activa del alumno en el proceso de aprendizaje, y cotidianamente el profesor basa su enseñanza en la clase magistral, lo cual indica en esos casos una desvirtuación del modelo de educativo.

Otra dificultad que han identificado estos coordinadores de estudios es la relación entre teoría y práctica; las dificultades de fundamentar en el aula, lo que ocurre en la clínica.

5.-La organización de las clínicas

Existen diferentes maneras de organizar las clínicas en las distintas escuelas: en una de ellas, primero se desarrollan las clínicas por especialidades y luego las clínicas integrales, en otra las clínicas se estructuran por niveles de atención, en las demás las clínicas son integrales. En algunos caso como quedo dicho los directores identifican un divorcio entre el modelo de servicio y el educativo, entre las contradicciones que se presentan en un servicio orientado a la formación de alumnos frente a los problemas de la población.

Uno de los directores identifica esta situación como un problema moral, más que de contradicciones entre teoría y práctica lo ve como la necesidad de formar al alumno con una visión humanista.

“parece que se está trabajando con maniquíes, no con seres humanos, está deshumanizado el trato al paciente....el profesor debe formar en valores, no nada mas informar”(3).

6.-La formación ética del alumno

En cuanto a la formación ética del alumno si bien se manifiesta como una preocupación en el conjunto de los directivos, pocos de ellos tienen clara la manera como abordar éste problema, algunas de las dificultades que identifican están relacionadas con el actuar de los profesores. Solamente un director ha estado empeñado en correr a aquellos profesores que han actuado inapropiadamente y está capacitando a los docentes y a los alumnos para que formen comités de ética en las clínicas odontológicas, asimismo está fomentando la participación de los estudiantes en el rediseño curricular, en fin está empeñado en realizar una “reforma moral” en la escuela.

7.-El desarrollo de la investigación

Solamente en dos de las escuelas se hace investigación formativa, en las demás se reconoce su importancia pero no se lleva a cabo.

“La investigación está descuidada, se requiere una reflexión autocrítica”(3).

La investigación es fundamental en una sociedad basada en el conocimiento, donde el acceso y utilización del mismo se aprende en la investigación.

IV.-Sobre la evaluación

1.-La evaluación externa y la acreditación

Sobre los procesos de evaluación externa y acreditación de los programas de estudio la mayoría de las escuelas no se han sometido a ellos, es más, algunos directivos ignoran quienes son los organismos que intervienen en la evaluación, lo que evalúan y la importancia de la misma. Sólo quienes la conocen e incluso participa en alguno de los comités señalan que no existe ningún rechazo por parte de las IES para que se realice la evaluación, y que los instrumentos utilizados están bien hechos; donde les surgen dudas es sobre la capacidad de los profesores visitantes de realizarla y de utilizar adecuadamente los

instrumentos. De igual manera destacan que ésta es una política a la que tendrán que someterse las IES si quieren recursos.

“O se entra o no son bien evaluados y acreditados (los programas)y no tienen acceso a los recursos financieros, sus resultados habrá que verlos”(1)

V.-Sobre las tendencias en la enseñanza odontológica

Por último, la enseñanza de la odontología según estos líderes de la educación se tiene que modificar en aspectos cómo: fundamentar científicamente la práctica odontológica, incorporar un alto contenido humanista, establecer modelos profesionales diferentes y no solamente basarse en el de la práctica privada individual, una mayor preocupación en formar que en informar, y alcanzar un alto grado de compromiso moral del profesor con su tarea, incrementar la capacitación de los docentes; pero sobre todo sembrar en los alumnos la inquietud por mejorar, enseñarlos a pensar y a aprender a aprender, motivar a los estudiante a que se abran al conocimiento y a la experimentación de la cultura.

Discusión sobre los resultados de las entrevistas

De acuerdo con lo expresado por los directores de las escuelas, los principales problemas en la operación de los programas de estudio son las características de los estudiantes, en términos de formación previa que muestra las desigualdades sociales de la población en un país empobrecido por la crisis económica. No basta que haya una oferta educativa, tienen que existir las condiciones para que los alumnos puedan realmente estudiar; muchos de ellos no tienen el suficiente interés, otros la vocación por estudiar una profesión que ellos no escogieron o el compromiso por hacerlo, esto se refleja en las actitudes del estudiante frente al estudio, las cuales se suman a su baja preparación en aspectos básicos como la lectura y la escritura; pero también existen condiciones familiares y sociales que limitan el esfuerzo de los que buscan superarse a través de la educación. La odontología por su imagen social se sigue viendo por estudiantes y padres de familia como una opción en

época de crisis, pero en los últimos años de la carrera se dan cuenta de la realidad del mercado de trabajo y las dificultades para ingresar en él.

Si bien los estudiantes de mayores recursos económicos y sociales acceden a la educación privada, en la educación pública lo hacen quienes cumplieron ciertos requisitos aunque no tengan suficientes recursos para estudiar. El deterioro de la economía del país también se ve reflejada en los estudiantes universitarios. Antes un buen número de alumnos que llegaba a las instituciones públicas contaba con cierto nivel económico y social y por tanto contaban con una infraestructura familiar que apoyaba el rendimiento académico, además con este sustento podían seguir formándose e ingresar con mayor éxito al mercado de trabajo. La situación actual seguramente influirá en el futuro de estos profesionales y de la profesión.

Prevalece en las escuelas que se contactaron problemas en el enfoque utilitarista de los alumnos hacia sus pacientes, este enfoque se ve reforzado por la manera como se evalúa el desempeño de los estudiantes en la clínica; los profesores están interesados por el desarrollo de las habilidades manuales, más que por desarrollar la capacidad de los estudiantes en la solución de problemas. Esto significa que no se ha modificado la antigua idea en la enseñanza de los odontólogos, de insistir en los aspectos técnicos que si bien es un aspecto necesario no es el único; se requiere que aflore la parte humana en el trato al paciente, elemento central para la curación. Aunque no todo es blanco y negro en la enseñanza clínica, ya que la responsabilidad en la atención al paciente es un motivo de preocupación por parte de profesores y alumnos, lo cual es un aspecto positivo, rescatable en la enseñanza, pero no es suficientemente. Se requiere planear experiencias de aprendizaje significativas, así como modificaciones curriculares que refuercen el crecimiento personal y humano de los alumnos, trabajadores, profesores y pacientes.

La falta de interés en el entorno social que vive el estudiante, puede ser una actitud de las nuevas generaciones, en contraste con lo ocurrido en el pasado cuando los estudiantes eran una masa crítica que se revelaba contra el sistema

y luchaba por ideales sociales y políticos. Esta actitud probablemente es consecuencia de la falta de alternativas sociales, en términos de sociedades más justas. Ahora la ideología que promueve el mundo global es el individualismo exacerbado.

Resulta interesante que los profesores tienen mayor preocupación por transmitir conocimientos que por formar a los alumnos. Aquí hay que considerar que existen condiciones laborales que limitan el desempeño particular y grupal de los docentes; tampoco hay políticas claras de contratación y capacitación para ellos; esto último se da como una preocupación individual más que como una necesidad institucional, permanente y a largo plazo.

Si bien los profesionales contratados por las escuelas no son a veces los más adecuados para la enseñanza, lo cierto es que las instituciones tienen que capacitarlos para que lo sean, en este sentido parece que no existe dentro de escuelas una política bien establecida para hacerlo, sobre todo en los aspectos que demanda la tarea docente como son los pedagógicos, la actualización creciente, etc.

Si bien a nivel en la política estatal hay programas especiales enfocados a mejorar la capacitación docente, como el Programa de Mejoramiento al Profesorado (PROMEP), a éste solo tienen acceso los profesores contratados en forma definitiva y de tiempo completo, que son aproximadamente entre un 12 a 20 % de los profesores de odontología de las IES públicas (López Cámara 2002).

Es importante lograr que el profesor tenga un mayor compromiso moral con su tarea educativa, y por tanto las IES tiene que tener mecanismos para desarrollar éste aspecto fundamental en el odontólogo sobre todo en relación con el paciente; de igual manera la institución tendría que diseñarse procedimiento tendientes a controlar y eliminen conductas nocivas de los profesores en términos de corrupción o autoritarismo en la labor docente.

Por otro lado la participación de los estudiantes en la conducción universitaria tendría que mejorarse como parte de su formación, y rebasar las actitudes indiferentes que actualmente prevalecen, mediante un convencimiento cotidiano de los profesores con los alumnos.

Sobre la formación moral de los estudiantes, el problema no es solamente incorporar los contenidos sino fundamentalmente diseñar estrategias institucionales para que se forme a los estudiantes, pero no sólo a ellos sino a todos los actores involucrados en el sistema educativo, tiene que crearse una cultura de la ética, a todos niveles que realmente eleve el nivel del compromiso moral de la institución. Si bien todos los directores están de acuerdo en incorporar la formación ética en los programas de estudio solamente uno de ellos cuenta con una estrategia bien definida para hacerlo y está capacitando a los profesores en estos aspectos. La formación ética de los odontólogos sigue siendo una tarea pendiente en las escuelas frente a una sociedad que cada vez es más exigente, celosa de sus derechos, a la cual el egresado se enfrentará prácticamente sin armas.

Pero donde debe tenerse mucho más atención es en la relación clínica, el trato con los pacientes, es donde se tiene que trabajar para mejorar la solución de los problemas de salud bucal a nivel individual y de grupo, es en esa resolución donde el alumno tendría que aprender. Por tanto los servicios universitarios establecer estrategias en la planeación teniendo como centro al paciente. Es en ese espacio donde se tendrían que reforzar las actitudes positivas de un buen profesional.

Muy pocos directores de los sistemas modulares señalan las ventajas del sistema, pero estas ventajas (que las tienen) frente a los tradicionales no han mostrado cambios positivos tangibles en la educación profesional, por el contrario parecería ser que existe una tendencia por regresar al sistema tradicional, por quienes han puesto en marcha nuevos programas de odontología. El problema es que no se ha hecho una investigación sistemática sobre los resultados de las propuestas educativas innovadoras frente a la tradicional.

Los resultados de la entrevista muestran que la planeación educativa sigue siendo un problema en las escuelas, así como la falta de comprensión por parte de los profesores frente a ellas. Lo cual ha ocasionado que existan muchas interpretaciones diferentes de lo mismo. Aquí tampoco se ve un esfuerzo institucional para crear consenso entre los profesores de los propósitos del programa de estudio dentro de la filosofía de la institución donde se encuentra inserto.

Si bien el sindicato está en franco retroceso como consecuencia de las políticas del Estado y de su actuación pasada, no se debe dejar a un lado su importancia en la defensa de los derechos de los trabajadores universitarios, sobre todo porque su participación modificó la educación superior en nuestro país.

En cuanto a los procesos de evaluación y acreditación pese a que las políticas educativas están impulsándolos decididamente, todavía hay un desconocimiento de su importancia; uno de los directores no conoce a los actores que participan en la evaluación, esto es preocupante porque la evaluación y la acreditación están introduciendo cambios en la enseñanza de la odontología.

Si bien la planeación educativa es problemática y sobre todo en las escuelas donde los planes curriculares abarcan dos modelos de enseñanza, las escuelas de alguna manera lo solucionan y lo adecuan. Sin embargo, la inserción del recurso humano en el mercado de trabajo tiene que considerarse muy puntualmente, no solamente por lo que significa para un alumno en término de desgaste, tiempo, dinero, el estudiar una carrera para que al salir se tope con un mercado saturado y no pueda desarrollarse profesionalmente. Aquí es donde las IES tienen que ofrecer propuestas muy claras, de cómo impulsar distintas maneras de ejercer la odontología.

Donde parece que no hay claridad en los directores es sobre el futuro de la profesión y los cambios que se tendrían que incorporar a la enseñanza. Las

propuestas, van desde la crisis del mercado de trabajo, hasta la imposición de las políticas estatales de educación superior y las transformaciones morales. Esto podría interpretarse como una posición diferente frente a una realidad que rebasa las expectativas presentes de la profesión, y requiere el esfuerzo de imaginar y pensar en un futuro distinto al de la práctica profesional actual. Aquí, si hay una obligación moral por parte de las IES de repensar el ahora y el mañana para la odontología, sobre todo cuando se mantienen necesidades de atención a los problemas bucales por parte de sectores importantes de la población; ésta es la justificación más importante para transformar la educación de los odontólogos en México.

Bajo este panorama es necesario redescubrir nuevas propuestas para la formación de los odontólogos en México, en el siguiente capítulo presentamos una de ellas.

Capítulo VIII

Propuesta para elaborar un currículo de odontología basado en diferentes paradigmas.

Los paradigmas que se seleccionaron para orientar la presente propuesta tienen como referencia las tendencias en la Educación Superior (ES) en el contexto de la globalización, de la UNESCO (a1998), organización que definió sus características de la educación superior en el mundo, frente a situaciones inéditas para la humanidad, como el uso creciente de la tecnología, el acceso a la información, el aumento y la profundización de la pobreza, las modificaciones demográficas, la rapidez de los cambios a nivel internacional y la preocupación para impulsar los valores frente a un mundo que ha solucionado sus problemas mediante la guerra, la violencia, las asimetrías de género, la intolerancia y el racismo; así, este organismo propone que la ES sea un proceso para toda la vida, flexible, que facilite al individuo el desarrollo de todas sus potencialidades con creatividad y autonomía, una educación exenta de sectarismo, intolerancia y adoctrinamiento, fundada en el respeto y la tolerancia, democrática e incluyente, preocupada por satisfacer las exigencias del mercado pero no centrada exclusivamente en esto, cuidadosa del medio ambiente, y empeñada en educar para la paz y los derechos humanos (UNESCOa, 1998).

Sí se eligen los paradigmas propuestos por la UNESCO, incorporados en el Programa Nacional de Educación 2000-2006 en la formación de los odontólogos como el desarrollo humano sustentable y los derechos humanos, se tendrían que hacer cambios significativos en el currículum, planes y programas de estudio, estrategias pedagógicas, modelos de servicio, así como en las relaciones interpersonales entre los distintos actores sociales del proceso educativo (pacientes, administrativos, profesores, autoridades y alumnos), ya que una propuesta con estas características impacta directamente las relaciones de poder que sustenta la educación y el modelo de práctica tradicionales, asimétricas y autoritarias para buscar otras, basadas en la cooperación, la colaboración y el respeto (Luengas, 2001).

Los estudiantes del área de la salud se encuentran en la intersección de dos derechos, el de la educación y el de la salud. Ellos durante su formación ofrecen sus servicios, por tanto materializan en un solo espacio y momento su derecho a la educación y el derecho al cuidado de la salud de quienes atienden. Es deseable entonces que a los estudiantes de odontología se les conforme una identidad profesional fincada en la responsabilidad y el respeto en el cuidado de los otros y la auténtica preocupación por velar por su bienestar.

La relación entre médicos y pacientes (relación clínica) se da en un momento de vulnerabilidad para el enfermo; por tanto una de las críticas más severas para estas profesiones es la deshumanización en el trato y cuidado de los enfermos, a partir de esta crítica se ha recomendado enfatizar su formación humanística; sin embargo, plantear un humanismo en abstracto dificulta concretar una propuesta que realmente oriente de manera diferente al estudiante; en este sentido los derechos humanos son un buen punto de partida.

El incorporar en el currículum de odontología los derechos humanos puede contribuir a crear en los egresados una práctica profesional más responsable y respetuosa fincada en valores como la justicia, la solidaridad, el respeto, la tolerancia, entre otros. Una educación con esta orientación podría contrarrestar la educación tradicional centrada en la práctica liberal de la odontología basada en la oferta y la demanda, la competitividad y el individualismo, todavía vigente en muchas IES en México.

La relación clínica es fundamental en la formación de los trabajadores sanitarios; es al lado del enfermo donde se aprende el arte de curar, y es en ese espacio íntimo donde se construye el saber ser, la identidad profesional. Así, los cambios en el quehacer de estas profesiones se tiene que dar justamente en el entorno del encuentro humano.

Autores como Ezequiel Emanuel y colaboradores proponen que la relación clínica se convierta en una oportunidad para el desarrollo moral, tanto para los

médicos como para los pacientes; basada en una amistad particular (Laín,1967) donde se consideren los valores del enfermo al elaborar la historia clínica y establecer el diagnóstico y el tratamiento, asimismo se respeten las decisiones de los pacientes sobre las opciones terapéuticas a las que se someterá.

Tomar en cuenta los valores del paciente es importante, ya que la persona elabora con respecto a ellos su interpretación sobre la enfermedad o la salud; los valores son los referentes para definir cursos de acción, es decir, lo que el enfermo estaría dispuesto a hacer para mejorar su situación, los riesgos a tomar en el tratamiento y por supuesto los recursos (tiempo, cuidado, dinero, etc.) que va a invertir para su curación. Por su lado el profesional, también interpreta los datos de acuerdo con sus valores; en ocasiones los valores del médico y del paciente entran en conflicto y el profesional necesita tener la capacidad y los métodos para solucionarlo. Es deseable entonces que el odontólogo, además, cuente con habilidades para negociar y conciliar, pero sobre todo sea capaz de respetar los puntos de vista de los enfermos y ayudarlos a reflexionar y tomar decisiones considerando los referentes morales del paciente (Schmelckes, 1997).

En la práctica médica es fundamental la habilidad para solucionar problemas con creatividad, destreza y fundamentos, ésta es la parte sustancial de la profesión, por tanto el sustento del aprendizaje. Si bien el aprendizaje significativo en el área médica es la clínica, se necesita tener clara la intención que se persigue en la formación del estudiante, más allá de su capacitación. Aquí es donde hay que trabajar y ajustar la intención y planeación con lo que sucede cotidianamente en el aula, en la clínica o en el hospital. Quienes están a cargo de la enseñanza tiene que estar convencidos y de acuerdo con las cualidades a conformar en los alumnos y crear las condiciones necesarias para que el aprendizaje se de en ese sentido.

No obstante, la planeación de una experiencia de aprendizaje clínico con esas características no es simple, hay que considerar que la educación superior está dirigida a adultos que tienen un bagaje importante previo sobre el que se

construyen nuevas experiencias de aprendizaje; adultos que están a punto o han concluido su desarrollo moral, para quienes los nuevos conocimientos, habilidades e identidades pueden consolidar o cuestionar concepciones previas (Kohlberg, 1992). Aquí hay una especie de construcción/deconstrucción en el proceso educativo, que requiere por parte del alumno apertura mental, madurez moral, interés por aprender y capacidad de cambio, cualidades que permitan su transformación real. Lo cual requiere instrumentos pedagógicos, teorías que sustenten métodos para hacer posible una experiencia educativa con estos atributos. El constructivismo pedagógico puede ser una de ellas debido a que se nutre de diversas teorías (Piaget, Bruner o Gardner) por tanto tiene una visión conceptual rica del aprendizaje. Es una pedagogía centrada en el alumno, que considera las experiencias de vida, toma en cuenta las diferencias individuales, culturales y lingüísticas, engloba los diferentes aspectos del aprendizaje cognitivo, emocional y psicomotor, y se preocupa por una sólida formación en valores (Beltrán en prensa). Esta teoría pedagógica modifica la enseñanza basada en el contenido de los programas por otra centrada en la persona.

Si la educación es un medio para el desarrollo personal entonces se tiene que partir del paradigma del desarrollo humano sustentable (como lo propone el actual PNE 2000-2006) pero no sólo de éste.

Se han elegido para la presente propuesta un conjunto de paradigmas que se complementan y regulan; cada uno cubre aspectos diferentes de la formación profesional, de ellos se desprenden las competencias profesionales.

Cada paradigma se desglosa en supuestos, que se traducen en características deseables para la enseñanza y la práctica odontológicas. Si bien algunos de los supuestos de estos paradigmas son contradictorios por ejemplo el del desarrollo humano sustentable frente al del libre comercio, hay que considerar que la odontología es una práctica liberal y el empleo para ésta es muy limitado y no es posible que las IES ofrezcan estudios para los cuales no existen oportunidades de trabajo; las universidades tienen que hacer propuestas viables para desarrollar una práctica profesional exitosa; esta es una de las

obligaciones morales de las IES. Una forma de hacerlo es diseñando modelos de atención rentables que acerquen los servicios dentales a la población, enfocados a grupos vulnerables y de riesgo (niños, ancianos, diabéticos, deprimidos, etc).

El Paradigma del Desarrollo Humano Sustentable

El desarrollo humano sustentable tiene como propósito el pleno desarrollo de las capacidades del individuo, para que se integre mejor a la sociedad y pueda tener mayores oportunidades, y como ciudadano participe en la construcción de una sociedad donde se respeten los derechos humanos, se cuide el ambiente y se borren las desigualdades extremas y de género.

Cuadro 8. Supuestos del Paradigma del Desarrollo Humano Sustentable y su efecto en le educación y práctica odontológicas

Supuestos del paradigma desarrollo humano sustentable	En la educación odontológica	En la práctica odontológica
a) coloca en el centro al ser humano	a) coloca en el centro del proceso educativo al estudiante y promueve su pleno desarrollo como persona y como profesional	a) coloca en el centro de la atención odontológica al usuario
b) se basa en el respeto a los derechos humanos	b) Se basa en una relación democrática, participativa y respetuosa entre profesores, autoridades, administradores y alumnos. El derecho a la educación entraña	b) la relación clínica se funda en el respeto a los derechos de los usuarios

	obligaciones para los participantes	
c) propone el equilibrio entre desarrollo social y la conservación del medio ambiente	c) fomenta una cultura de protección y cuidado del medio ambiente, respetuosa de las normas técnicas, legales y éticas de la profesión	c) propone normatividades más estrictas para la prestación de servicios dentales, así como el manejo de los desechos peligrosos o contaminantes para cuidar el ambiente
d) tiene una visión prospectiva o de futuro	d) la educación es una tarea de futuro y a futuro	d) se hace énfasis en la prevención y promoción como estrategias para el cuidado de la salud
e) es inclusivo toma en cuenta la diversidad étnica, genérica, políticas, religiosa y cultural	e) promueve el conocimiento y la comprensión de diversas expresiones culturales y étnicas como elementos para entender las manifestación y significados de la enfermedad, así como el compromiso del odontólogo con sus pacientes y entorno social	e) busca brindar una atención odontológica igualitaria, no discriminatoria, sin importar las características raciales, genéricas, religiosas, políticas, culturales o tipo de enfermedad que presenten los enfermos e incorpora sus valores
f) propone la tolerancia y la democracia como formas de convivencia social	f) promueve la tolerancia, el diálogo y el respeto como formas de convivencia para el desarrollo de las tareas	f) promueve una relación clínica equilibrada, de respeto a la autonomía y decisión de los enfermos sobre su salud y su vida

	académicas e institucionales	
g) se preocupa por la justicia y la solidaridad al considerar a las mayorías y hasta los no humanos	g) propone y desarrolla modelos de atención dirigidos a grupos en desventaja social, basados en el compromiso social del profesional, así como en la justicia, la solidaridad, los derechos humanos y el cuidado del ambiente	g) enfatiza el compromiso social de la práctica profesional para mejorar la calidad y el acceso a los servicios odontológicos, así como impulsar políticas de salud de mayor beneficio social
h) propone una moral distinta al cuestionar las relaciones de poder y buscar el empoderamiento de los individuos	h) el estudiante participa en las instancias de gobierno de las instituciones educativas, así como en los procesos de planeación curricular y todos aquellos relacionados con el desempeño académico e institucional	h) el consumidor interviene en el control de los servicios de salud y en las decisiones de las políticas de los mismos. Promueve la constitución de comités de ética en los servicios de salud. La opinión y satisfacción del consumidor constituyen parte de la calidad de los servicios

(Luengas,2000).

El Paradigma de los Derechos Humanos

El desarrollo humano sustentable contiene a los derechos humanos (DH), éstos se refieren exclusivamente a las relaciones entre los seres humanos ya que son prerrogativas que tienen éstos por el simple hecho de serlo; la ONU los define como los derechos inherentes a nuestra naturaleza sin los cuales no se puede vivir como seres humanos, es decir sin el pleno desarrollo y ejercicio de

nuestras capacidades en un clima de respeto, libertad y justicia (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948). El reconocimiento al respeto a los derechos humanos(DH) constituye actualmente uno de los mayores logros sociales, si no el mas significativo para la humanidad.

Los derechos humanos al ser reconocidos por el poder político obligan a los gobiernos a su cumplimiento. En México los DH están plasmados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como garantías individuales.

Los derechos humanos abarcan diferentes esferas de la vida social como educación, salud, empleo, recreación, acceso a los bienes políticos y culturales. Sin embargo, para que se puedan ejercer dichos derechos se requiere un clima de libertad, paz, justicia, democracia, igualdad, tolerancia y derecho; asimismo de un ciudadano consciente, responsable, informado y participativo (Lolás 2000).

El principio fundamental de los DH es la dignidad de la persona, los DH expresan un ideal de convivencia que permita a todos alcanzar no solamente beneficios económicos, sino formas de vida mas justas, plenas, creativas y equitativas (Barba 1997).

Los derechos humanos significan un proyecto amplio para la humanidad; para traducir este proyecto de la humanidad en la formación de los odontólogos hay que considerar que ellos realizan acciones profesionales encaminadas a educar, promover la salud, es decir a inculcar en los usuarios actitudes responsables frente a sí mismos fundadas en el autocuidado, por un lado y por otro como sujetos de derecho.

Pero ¿de que manera esté nuevo marco moral afecta a la práctica de la odontología? ¿ los odontólogos pueden participar en este amplio proyecto o están al margen?. Por ser los DH una propuesta que beneficia a todos es importante que cada uno de los ciudadanos desde el lugar que ocupan

socialmente contribuyan para que se respeten, esto involucra prácticamente a la mayoría de los particulares y a la sociedad en su conjunto.

Para que los profesionales del área de la salud con su quehacer ayuden a crear una cultura de respeto a los DH tendrían que modificar sustancialmente los siguientes aspectos a) la formación de los recursos humanos, b) la relación médico-paciente y c) el compromiso social de la profesión.

La Declaración Universal de los DH es una de las propuestas mejor logradas de la humanidad y constituyen un ejemplo de la capacidad de negociación y de universalización del proyecto del ser humano.

Cuadro 9. Supuestos del paradigma de los Derechos Humanos en la formación y práctica de la odontología

Supuestos del paradigma de los derechos humanos	En la enseñanza de la odontología	En la práctica profesional
a) se preocupa por preservar la dignidad del ser humano	a) la educación es un derecho y un factor para desarrollar una vida digna y plena. La educación es central para que los estudiantes ejerzan sus derechos con responsabilidad	a) la salud es un derecho y un factor para desarrollar una vida digna y plena. La atención odontológica se preocupa por un trato digno y ofrecer servicios de calidad
b) se preocupa por formar ciudadanos concientes de sus derechos y obligaciones	b,1) forma ciudadanos y profesionales concientes de sus derechos, obligaciones y responsabilidades. Incorpora en los programas de estudio las normatividades técnicas,	b,1) promueve la responsabilidad ciudadana y profesional, por tanto respeta las normatividades técnicas, éticas y legales que acotan el ejercicio profesional y favorece la

	éticas y legales que acotan el ejercicio profesional	participación del usuario en la vigilancia y control de los servicios de salud
	b,2) fomenta la autonomía de los estudiantes en la toma de decisiones	b,2) educa a la población para el autocuidado y fomenta la autonomía de los consumidores en la toma de decisiones sobre su salud y su vida
c) se preocupa por mejorar el acceso de la población a los servicios y que estos sean de calidad	c, 1) Informa e involucra a los alumnos en las decisiones que afecten su vida académica e institucional	c, 1) utiliza cotidianamente el consentimiento informado o cualquier otro método para obtener la anuencia de los consumidores sobre el tratamiento
	c, 2) brinda una educación odontológica de calidad sustentada científicamente y respetuosa, no discriminatoria por motivos de raza, género, religión, filiación política, discapacidad o tipo de enfermedad c, 3) inculca el interés por la capacitación técnica, la actualización profesional constante, el uso racional	c, 2) brindar una atención odontológica de calidad sustentada científicamente y respetuosa, sin importar, raza, género, religión, filiación política o tipo de enfermedad c,3) mejorar la calidad de la atención dental mediante la c, 4) capacitación técnica, la actualización profesional constante, el

	de la tecnología, así como el respeto a los derechos de los consumidores	uso racional de la tecnología el respeto a los derechos de los consumidores y el cumplimiento de sus expectativas
d) fomenta en la población una actitud responsable frente a sus derechos y obligaciones	d) fomenta en el alumno el autocuidado y la promoción de la salud nivel individual y comunitario	d) promueve la salud como parte del acto médico cotidiano a nivel individual y comunitario
e) busca estrategias para que los derechos sean una realidad para toda la población	e) investiga la manera de combatir las enfermedades prevalentes y ensaya modelos de atención con enfoque de riesgo tendientes a mejorar el acceso a la atención bucodental sobre todo de los grupos vulnerables a través de los servicios universitarios	e) participa en el diseño de políticas de salud tendientes a mejorar el acceso a la atención bucodental sobre todo de los grupos vulnerables
f) son el fundamento para la construcción de un orden social mundial con valores compartidos donde hay una evaluación de la gestión del Estado por	f) crea conciencia en los alumnos para que no participen acciones que atenten contra la dignidad de las personas, que conocen los acuerdos internacionales	f) no participa o tolera actos de tortura o acciones que atenten contra la dignidad de las personas, conoce los marcos internacionales y nacionales en relación

organismos supranacionales que vigilan el cuidado de los derechos humanos	y los marcos nacionales sobre los DH	con los DH
g) promueve un nuevo humanismo, una cultura basada en el respeto a los derechos humanos	g) promueve en el estudiante una cultura basada en el respeto a los derechos humanos	g) promueve en el gremio una cultura basada en el respeto a los derechos humanos

(Alva, 1992. Barba, 1997. Luengas, 2001)

Otro de los paradigmas que tienen impacto en la formación de los odontólogos es el del consumidor porque el profesional ofrece un servicio. La administración y el otorgamiento de servicios se han transformado en del mundo global, los consumidores o usuarios son el centro de la planificación . Estos nuevos enfoques se tienen que incorporar en la formación profesional ya que no se trata únicamente de hacer negocio sino de tomar en cuenta otros factores que influyen en la satisfacción del servicio y que le imprimen calidad.

El Paradigma del Consumidor

El Paradigma del Consumidor ha transformado el enfoque en las reformas del Estado en países europeos, este paradigma coloca en el centro de éstas al ciudadano o consumidor, con ello se logró una mayor flexibilidad administrativa, soluciones individuales, motivadoras y evolutivas, así como a desarrollar estrategias tendientes a mejorar el control, participación, seguimiento y la calidad de los servicios (Crozier, 1995).

La calidad de la atención sanitaria de acuerdo con la OMS se refiere a “incorporar la eficacia en los tratamientos, así como la satisfacción de los pacientes y requiere evaluaciones de las intervenciones en los servicios de salud” (OMS,1998:4). Si bien este concepto está pensado para la reforma del sector salud, se puede aplicar a los servicios sanitarios tanto públicos como privados. El Paradigma del Consumidor le da un papel diferente a éste, activo,

participativo en la vigilancia y buen desempeño de los profesionales en la atención médica.

Cuadro 10. Supuestos del Paradigma del Consumidor en la enseñanza y práctica de las odontología

Supuestos del Paradigma del Consumidor	En la enseñanza de la odontología	En la práctica profesional
a) el consumidor se encuentra en el centro de las reformas administrativas	a) el alumno se encuentra en el centro de las organización académica y administrativa y los servicios que ofrece la universidad tienen las características, que aquí estamos definiendo para la práctica profesional (ver columna contigua)	a) el consumidor es el centro de la organización de los servicios dentales
b) propone la participación de los consumidores en la vigilancia y control de los servicios	b) el estudiante forma parte de la estructura administrativa de la institución educativa y su opinión es tomada en cuenta	b) brindar servicios de calidad y cumplir con las expectativas de los consumidores. Estos vigilan el desempeño de los servicios y su opinión se considera en la toma de decisiones. La organización de los servicios tiene mecanismos para que esto ocurra
c) busca equilibrio en las relaciones de poder	c) las relaciones entre estudiantes, profesores y	c) La relación entre servicios públicos,

	autoridades se vuelve menos asimétrica	privados y consumidores se vuelve menos vertical y más equilibrada
d) propone desarrollar en la población una cultura participativa, responsable, conciente de sus derechos y obligaciones	d) los estudiantes participan en las diversas instancias académicas e institucionales con responsabilidad y compromiso	d) El usuario adquiere un nuevo estatus en el control de los servicios, lo cual implica una mayor responsabilidad por parte de ellos, para que estos se adecuen a lo que el consumidor espera.

El Paradigma del Libre Comercio

El Paradigma del Libre Comercio es de tomarse en cuenta en la formación de los odontólogos porque es una práctica liberal y a pesar de que la globalización se funda en la fantasía de que la libre competencia es el motor del desarrollo y la manera como se regula la sociedad, (hemos analizado la falsedad de esta afirmación) desde el punto de vista político e ideológico la libre competencia refuerza el modelo de practica liberal y la inamovilidad del modelo hegemónico en la enseñanza de la profesión. No obstante, la práctica liberal es casi la única alternativa laboral para el odontólogo, por tanto se requiere repensar y desarrollar modelos de atención más competitivos aún dentro de este tipo de práctica, modelos que puedan ser accesibles a grupos sociales cada vez más numerosos y permitan una vida digna y plena al profesional.

Además de que las IES tienen que responder a las expectativas de los estudiantes, que en el caso de la odontología buscan ejercer la profesión bajo el modelo de práctica privada individual. Frente a la crisis del mercado, la falta de empleo en las instituciones sanitarias, el profesional liberal necesita desarrollar estrategias novedosas. No se trata de enviar al egresado al desempleo y la marginación. Por eso incorporamos este paradigma.

Cuadro 11. Supuestos del Paradigma del Libre Comercio en la enseñanza y práctica de la odontología

Supuestos del Paradigma del Libre Comercio	En la enseñanza de la odontología	En la práctica profesional
a) Propone que el libre mercado sea el motor del desarrollo social y que este regule la producción, la calidad y distribución de productos y servicios	a) se investigan y diseñan modelos de servicio competitivos centrados en la salud y la prevención de bajo costo, alto impacto, rentables y accesibles	a) Se busca ampliar el mercado de trabajo mediante la asociación de los profesionales y el desarrollo de modelos de atención que ofrezcan servicios dentales de bajo costo, basados en la prevención, curación y educación sanitarias
b) Limita el papel del Estado en el bienestar social	b) se diseñan modelos comunitarios basados en la educación, la promoción y la prevención de la salud, Los servicios universitarios permiten el acceso a los servicios odontológicos generales y especializados a la población marginal de riesgo	b) se dificulta el acceso al cuidado de la salud de sectores importantes de la sociedad y aumenta la competencia entre los particulares por un mercado cada vez más restringido Se buscan nuevas estrategias para ampliar el mercado de la atención dental Se promueven medidas masivas de prevención para las enfermedades orales
c) Presupone igualdad de oportunidades para	c) se identifican los nichos de oportunidad en	c) se buscan modelos en la práctica privada mas

participar en la competencia	el mercado Se promueve la calidad técnica en las acciones odontológicas como elemento para competir	competitivos basados en la excelencia técnica dirigidos a grupos de riesgo
d) Destaca la libertad del usuario para elegir bienes y servicios	d) la libertad para elegir una carrera depende de factores económicos, culturales y sociales y morales Los estudiantes que optan por carreras de servicio adquieren una mayor responsabilidad con los consumidores	d) educan a la población para utilizar más adecuadamente los servicios odontológicos Se promueve una cultura del cuidado de la boca y ofrecer servicios dentales a diferentes grupos sociales

(Luengas, 2000)

Si bien los paradigmas provenientes de nuevas dimensiones éticas en el mundo social es necesario incorporarlos en el diseño curricular otro que si bien parte de las diferencias biológicas engloba lo cultural y social, lo individual y subjetivo como el de la sexualidad.

El Paradigma de la Sexualidad

La sexualidad de acuerdo con Marcela Lagarde “rebasa el cuerpo y al individuo: es un complejo de fenómenos bio-socio-culturales que incluye a los individuos, a los grupos y a las relaciones sociales, a las instituciones, y a las concepciones del mundo –sistemas de representaciones, simbólicismo, subjetividad, éticas diversas, lenguajes- y desde luego el poder” (Lagarde, 1993:185).

La sexualidad da un lugar en el mundo, una forma de relación con el cuerpo, con los otros, una manera de crecer y de evolucionar, de pensar y de anhelar,

de construir la salud, la enfermedad, la vida y la muerte. La comprensión de esta dimensión humana ayuda al profesional sanitario a encontrar sentido a expresiones de la enfermedad que solamente pueden explicarse si se incorpora este enfoque. También contribuye a la reflexión y comprensión del profesional de sí mismo, elementos todos que resignifican la práctica profesional.

Actualmente el enfoque de género en la salud es recomendado por las agencias internacionales como OMS, BM, así como por las instituciones sanitarias, no nada mas por los riesgos diferenciados que enfrentan hombres y mujeres, sino por la manera como utiliza cada uno sus recursos vitales e institucionales en el cuidado de la salud propia y del grupo familiar.

El paradigma de la sexualidad fue incorporado en la Reforma Sanitaria de los setentas en Italia, reforma que avanzó el pensamiento sanitario en el mundo (Fuente directa entrevista con el Dr. Giovanni Berlinguer, Italia 1982)

Cuadro 12. El Paradigma de la Sexualidad y sus efectos en la formación y práctica de la odontología

Paradigma de la sexualidad	En la formación de odontólogos	En la práctica profesional
a) Incorpora el enfoque de género para el ejercicio de los derechos	a) incorpora el enfoque de género en la oferta de oportunidades educativas	a)incorpora el enfoque de género en el diagnóstico y atención dentales
b) considera las diferentes etapas del crecimiento y desarrollo, la madurez y la senectud en los riesgo en la salud, el diagnóstico y el tratamiento	b) considera la educación como un proceso para toda la vida.	b)considera las diferentes etapas del crecimiento y desarrollo, la madurez y la senectud en los riesgos para la salud, el diagnóstico y el tratamiento dentales

c) considera la identidad sexual como referente en la interpretación que los individuos hacen de su salud o enfermedad	c).considera la identidad sexual como referente en la educación e identidad profesional	c) considera la identidad sexual como referente en la interpretación que los individuos hacen de su salud y enfermedad, así como los riesgos derivados de ello
d) incorpora aspectos subjetivos como determinantes de la salud	d) incorpora aspectos subjetivos en la comprensión, interpretación y abordaje de la salud bucal	d) incorpora aspectos subjetivos en el abordaje de la salud oral
e) considera los riesgos diferenciados en la salud por género	e) considera los riesgos diferenciados en la salud por sexo y género y se investiga sobre estos aspectos	e) considera los riesgos diferenciados en la salud por sexo y género
f) sustenta las asimetrías genéricas en la forma de uso de los recursos disponibles	f) considera las asimetrías genéricas en el rendimiento escolar, así como en el cuidado y atención a la salud	f) considera las asimetrías genéricas en el uso de los recursos para el cuidado y atención a la salud bucal
g) regula las formas de comportamiento social y cultural del individuo	g) inculca el respeto y la tolerancia a la diversidad sexual y promueve una cultura con esas características	g) brinda una atención no discriminatoria por sexo, género, o tipo de enfermedad
h) regula la percepción del propio cuerpo por tanto la elaboración que el individuo hace sobre la salud y la enfermedad	h) respeta la percepción del individuo sobre su cuerpo e identidad	h) incorpora la percepción del propio cuerpo, por tanto la elaboración que el individuo hace sobre la salud y la enfermedad

i) da como resultado una moralidad diferenciada por género	i) diferencia y comprende las distintas interpretaciones éticas en el proceso educativo	i) introduce los valores como referentes en el cuidado de la salud y las decisiones sobre el tratamiento
j) incorpora los riesgos derivados del funcionamiento orgánico, las patologías, el uso de medicamentos, por género	j) sustenta el aprendizaje en el conocimiento de los riesgos derivados del funcionamiento orgánico, las patologías, el uso de medicamentos, género para la atención dental	j) sustenta el diagnóstico en los riesgos derivados del funcionamiento orgánico, las patologías, el uso de medicamentos, por género para la atención dental
k) sustenta derechos diferenciados sobre el cuidado de la salud	k) se preocupa por que se ejerzan los derechos considerando las diferencias genéricas.	k) busca hacer realidad del derecho a la salud, brindado una atención de calidad y luchando por mejorar el acceso a los servicios dentales
l) considera las diferencias genéricas en las políticas sanitarias	l) considera las diferencias genéricas en las políticas educativas	l) se preocupa porque las diferencias de edad y genéricas se consideren en las políticas sanitarias
m) su incorporación es un criterio de la calidad de la atención	m) el enfoque de género es un criterio de la calidad de la educación	m) el enfoque de género es un criterio de la calidad de la atención a la salud

Estos paradigmas definen un marco y una idea de práctica profesional; algunos de los supuestos aunque provienen de diferentes paradigmas presentan coincidencias, y pueden ayudar a indicar cuales de estos aspectos tendrían que enfatizarse. No obstante hay que identificar las condiciones de salud bucal

e incorporarlas como una preocupación fundamental en el diseño curricular.

La salud bucal no se puede presentar como un paradigma, ya explicamos las dificultades teóricas que tiene aterrizar un objetivo así, sin embargo, definir las condiciones de ésta permite acotar las necesidades de atención a las que se enfrentará el profesional.

Condiciones de salud bucal

Como ya se ha discutido sobre estos aspectos solamente se destacaran sucintamente algunas de las cuestiones a tomarse en cuenta en el diseño de los currícula de odontología.

En México:

-La mayoría de la población actualmente se ve sometida a mayores riesgos para la salud y a un gran rezago en la atención a la misma, por el incremento de la pobreza y el adelgazamiento del Estado, lo cual limita los recursos destinados al cuidado de la salud.

-Los cambios demográficos experimentados en el mundo por el aumento de la esperanza de vida al nacer complican aún más las condiciones sanitarias de grandes grupos sociales. La modificación del perfil de la población no solamente ha tenido repercusiones en la pirámide poblacional sino en las formas de vida a nivel familiar y social.

-El incremento en los años que vive la población a escala mundial, han favorecido el aumento de las enfermedades crónico degenerativas. La población mayor de 65 años constituye el 13.5% a nivel mundial y alcanzará el 24.7% hacia el 2050 (FNUAP, 1998). Esto necesariamente tendrá impacto en los sistemas de salud en el costo y complejidad de los servicios que requiere la población geriátrica a corto, mediano y largo plazo.

-El surgimiento de nuevas epidemias como el SIDA y el uso generalizado de drogas como el tabaco, el alcohol y otras sustancias, así como los malos hábitos nutricionales constituyen problemas de salud no resueltos en el mundo, mismos que tienen repercusiones importantes en la calidad de vida y en el tipo de enfermedades que se desarrollan y sus secuelas. Los nuevos retos sanitarios requiere una mayor capacitación profesional en estos aspectos y nuevas estrategias de abordaje a la salud.

-En el caso de la salud bucal muchas de las enfermedades crónico degenerativas e infectocontagiosas tienen manifestaciones orales, y es necesaria la capacitación de los profesionales para su identificación, manejo y prevención. Así como el desarrollo de modelos de atención especializados y dirigidos a la población de riesgo.

-Según el INEGI, la primera entre las principales 20 causas de mortalidad en México se encuentran: las enfermedades del corazón, seguidas por tumores malignos, accidentes, diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, cirrosis. En el 12° sitio se encuentran deficiencias de la nutrición; anemias en el sitio 16°; tuberculosis pulmonar y SIDA en el 18° (INEGI, 1996).

-Esta compleja situación de salud requiere de políticas adecuadas, recursos y modelos de atención dirigidos a grupos de riesgo, a una mayor educación para la salud que mejore el autocuidado, así como un mayor énfasis en la prevención.

Salud bucal

-La salud bucal, se considera parte de la salud integral; aunque este concepto no es nuevo, sí es importante que se reconozca (Petersen, 2003). Para evaluar la salud oral se están considerando indicadores positivos como el número de dientes sanos presentes en la boca. Esto significa una orientación hacia la conservación de la salud más que la atención de la enfermedad**.

** Ante esta situación la OMS propone las siguientes metas globales de salud bucal para el año 2025:
90% de los niños de 5 años sin caries,

-En México, la única medida masiva nacional para conservar la salud dental es la sal fluorurada, ésta ha logrado abatir la prevalencia y severidad de la caries, en 1980, el 90% de la población la presentaba, en 1999 el 70% (SS, 1999. Velázquez, 2003). No obstante esta disminución, existen secuelas de ésta enfermedad no resueltas, para las cuales los sistemas públicos no tienen capacidad para solventarlas.

-En lo concerniente a la prevalencia de la periodontitis en los años 80as, se calculó su presencia entre un 7% y 15% en la población mundial. También se ha publicado que en el grupo de edad de 35 a 44 años la periodontitis presenta diferencias entre los países industrializados y en desarrollo en las etapas más avanzadas de periodontopatías (OMS,1994. Petersen, 2003). La enfermedad periodontal tiene una relación directa con la higiene oral y la cual tiene que ver con una cultura del cuidado propio y con la disponibilidad de servicios de agua. Además existen factores de riesgo sistémicos que tienen impacto en las afecciones periodontales como la diabetes y el embarazo entre otras.

-Respecto al SIDA, desde su inicio han sido infectadas 30 millones de personas en el mundo; las cuales no están exentas de problemas bucales, algunas lesiones bucales se asocian a la evolución de ésta enfermedad (Ramírez, en prensa). Esto significa que este tipo de pacientes requieren una atención odontológica cara, especializada y compleja para la cual no hay políticas, ni recursos. (Salud Bucal 1997).

-En lo que se refiere a la población de la tercera edad, el 95% padecen algún tipo de enfermedad bucodental (SS, 2000). Sin embargo, estas personas son las que menos atención bucal preventiva y curativa reciben. Así tenemos por ejemplo que la Encuesta Nacional sociodemografía del envejecimiento en México mostró, entre otros problemas funcionales, la ausencia de "dentadura" en un 20% de esta población (SS, 1997).

90% de las personas de 20 años sin caries activas,

90% de la población sin enfermedad periodontal,

75% o más de los individuos que reciban educación para la salud oral y prevención de enfermedades bucales

-El programa de Salud Oral de la OMS recomienda a los países que, para enfrentar los problemas de salud bucal de sus poblaciones impulsen: la investigación con el objeto de contar con datos confiables para prevenir y tratar las enfermedades bucales; que las instituciones sanitarias reconozcan a la salud oral como un componente integral del cuidado de la salud; que lleven a cabo trabajo comunitario; que se fortalezcan los servicios de salud y se traten las manifestaciones orales de enfermedades sistémicas como el SIDA, entre otros (Programme. ORG General 28/01/2000). Estas recomendaciones constituyen compromisos para adecuar tanto la práctica como la enseñanza odontológicas de manera que sean capaces de responder a las necesidades imperantes.

Situación del mercado de trabajo

Los aspectos a considerar para el diseño curricular en relación al mercado de trabajo serían los siguiente:

-Una disminución del mercado de trabajo para los odontólogos y una competencia desigual por parte de odontólogos establecidos y de compañías de seguros .

-El debilitamiento de las instituciones de salud y la injerencia del sector privado en cualquiera de los procesos de atención o de administración de las mismas, lo cual aumentará la inequidad en el acceso y uso de los servicios de salud.

-Los servicios de odontología de las instituciones de salud, por lo señalado antes, no tienden a mejorar, por el contrario, la contratación de odontólogos está paralizada, por ausencia de plazas nuevas. El incremento a los precios de equipo y materiales dentales trae como consecuencia el desabasto y la limitación del tipo de actividades que pueden realizarse en los consultorios públicos. El costo que se requiere para montar un consultori es también son un obstáculo para que los recién egresados se instalen.

-La incorporación de nuevas tecnologías en la atención odontológica influirá de manera importante en los modelos de práctica y los procesos de atención, pero estos cambios se darán en los servicios privados (por lo menos inicialmente).

-Por su parte, los servicios de práctica privada que permanezcan funcionando bajo el modelo pasivo de respuesta a la demanda, atención individual, sólo curativa, rutinaria, sin trabajo de grupo y sin una propuesta activa de atención por ejemplo: a familias, grupos de riesgo, grupos con necesidades especiales etc. perderán su capacidad de atraer posibles usuarios.

-El llamado sector social en donde participan grupos civiles y organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro, podrá tener un papel importante en la promoción de estrategias de atención a las necesidades de salud bucal, aquí se presenta una posibilidad de trabajo para los odontólogos no explorada.

Competencias profesionales para los odontólogos

Actualmente se está diseñando la formación profesional por competencias. Las competencias expresan el resultado de la educación profesional, lo que los estudiantes esperan aprender durante el tránsito universitario, son una guía para el diseño curricular y los programas de estudio. Las competencias no solamente se refieren a la adquisición de conocimientos, habilidades y valores en relación a los aspectos cognoscitivos, psicomotores y afectivos sino que constituyen una manera de evaluar la educación y acreditar los programas (ADDS, 1997. Boyd, 1996. Cohen, 2002. Glassman,1998. Fonseca 1995, Tedesco, 1995).

Las competencias también ayudan a planear el aprendizaje en el ámbito clínico. Las competencias van orientadas a la capacidad de aplicar los conocimientos en la solución de las necesidades de atención de los pacientes, es ahí donde se conjugan e integran los conocimientos de varias disciplinas, así como la necesidad de discutir con otros especialistas los problemas detectados y las soluciones posibles. Las competencias ayudan a identificar los límites de la propia capacidad resolutive.

Establecer las competencias para los profesionales en otros países ha sido un esfuerzo del conjunto de profesionales y una conclusión negociada y aceptada por el gremio. Aquí haremos un ejercicio sobre cuales serían las competencias que se desprenden de los paradigmas (Boyd et. al, 1996).

Las competencias son instrumentos para la planeación pero si no se tiene atrás una posición y una visión más allá de lo técnico se caerá nuevamente en cumplir con aspectos formales, y técnicos dejando de lado una toma de posición de los profesionales frente a las necesidades y el derecho a la salud.

Considerando los elementos antes expuestos las competencias se tienen que definir no solamente enfocadas a las acciones profesionales en abstracto sino fundamentalmente derivadas de lo que aquí se ha discutido, tratando de impulsar un nuevo humanismo.

Competencias profesionales

El odontólogo debe ser competente para:

-identificar los acuerdos internacionales y nacionales que constituyen el marco ético, técnico y legal que acotan la práctica profesional de la odontología y ejercerla apegada a este marco

-aplicar los principios éticos, técnicos y legales en el ejercicio profesional.

-comunicarse efectivamente con los enfermos, semejantes y el público respetando los aspectos sus formas de ser, de pensar y de género, así como sus decisiones sobre la salud

-realizar una evaluación completa del paciente incorporando los valores, el género y los aspectos subjetivos para establecer el diagnóstico y el tratamiento;

-considerar los riesgos presentes en las diferentes etapas del crecimiento y desarrollo, la madurez y la senectud para el diagnóstico y el tratamiento dentales

-identificar los problemas generales de salud y sus manifestaciones bucales canalizando a los pacientes a otros servicios y colaborando cuando sea necesario con otros profesionales para beneficio del paciente

-utilizar los medios disponibles de laboratorio, radiográficos, modelos de estudio, procurando su justificada aplicación para efectuar un diagnóstico preciso

-brindar una atención de calidad no discriminatoria por motivos de raza, credo, género, filiación política o tipo de enfermedad

-diagnosticar y tratar las siguientes enfermedades bucos dentales: caries, parodontopatías, alteraciones dentales y del crecimiento y desarrollo, problemas pulpares y maloclusiones proponiendo las opciones terapéuticas más convenientes para cada paciente de acuerdo con su género, sus valores y cultura

-desarrollar modelos de servicio dirigidos a grupos vulnerables como niños, ancianos, diabéticos, inmunodeprimidos, centrados en la educación, promoción y prevención de la salud rentables y accesibles para poblaciones con poca capacidad de pago

-informar y deliberar con los enfermos sobre el diagnóstico y las opciones terapéuticas, para fomentar en ellos su autonomía en la toma de decisiones sobre su salud, así como la responsabilidad en el autocuidado para el éxito del tratamiento

-prescribir y dosificar medicamentos para las enfermedades bucodentales basados en las condiciones del enfermo, consultar cuando sea necesario al

médico responsable si el paciente se encuentre bajo tratamiento médico y colaborar con otros especialistas por el bien del enfermo

-identificar las emergencias que se presentan en el consultorio por el uso de la anestesia, el estrés, la hipoglucemia entre otros y manejar las técnicas y medicamentos para enfrentarlos

-discutir con los pacientes los hallazgos, el diagnóstico y el tratamiento y ayudarlo a deliberar sobre las opciones terapéuticas para que tome decisiones fundamentada y responsablemente

-utilizar y capacitar en las técnicas de barrera apropiadamente para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas a los miembros del equipo de trabajo odontológico y a los pacientes

-manejar a los pacientes con dolores crónicos y agudos, incorporando otros especialistas

-leer y analizar críticamente la literatura y actualizarse constantemente para realizar una práctica basada en evidencias, de igual manera consultar con otros especialistas cuando así se requiera

-obtener el consentimiento informado por escrito en los procedimientos, riesgosos y definitivos, explicando las consecuencias de éstos a los pacientes o tutores

-obtener la anuencia de los pacientes en los procedimientos dentales o epidemiológicos, después de informarles

-informar al paciente o tutores los procedimientos, riesgos, costos, así como las posibilidades de éxito del tratamiento y solicitar la colaboración responsable del paciente para llevarlo a buena conclusión

-reconocer los signos físicos y emocionales del maltrato y abuso, para canalizar al paciente a los servicios de apoyo y reportarlos a quien corresponda

-manejar el dolor como una percepción, en sus manifestaciones aguda y crónica en las afecciones buco dentales

-cuidar, según la reglamentación establecida en las normas oficiales que los desechos peligrosos y riesgosos no contaminen el medio ambiente

-tomar las precauciones establecidas en las normatividades técnicas para que los integrantes del equipo odontológico no se expongan a riesgos profesionales innecesarios

-investigar las enfermedades prevalentes y diseñar modelos de atención comunitarios para enfrentarlas, basados en el conocimiento, la prevención y promoción de la salud, de bajo costo y alto impacto

-aplicar los principios de administración de negocios, financieros, así como las técnicas de mercadotecnia para desarrollar una práctica exitosa en un espacio social donde haya necesidades

-incorporar las expectativas de los consumidores en el desempeño de los servicios de atención dental

-organizar los servicios para recoger la opinión de los usuarios y considerarla en la operación de los servicios

-crear comités de ética en los servicios institucionales de salud para resolver los problemas morales que se presenten

-cuidar la confidencialidad de la información de los pacientes y solicitar su autorización cuando sea necesario presentarla, sin dar elementos para que se identifique al paciente (caso clínico o investigación)

-no participar o tolerar actos de tortura o aquellos que atenten contra la dignidad de la persona

-participar con el gremio en el diseño de políticas sanitarias encaminadas a hacer realidad el derecho a la salud

-identificar críticamente los factores sociales, políticos, económicos y culturales que impiden que sea efectivo el derecho a la salud

-investigar las causas sociales, políticas, culturales económicas y de género que determinan las condiciones de salud de los distintos grupos sociales

-identificar, considerar e indagar los factores subjetivos y simbólicos que constituyen la interpretación de las enfermedades orales en la población

-participar con el gremio en las iniciativas por mejorar la regulación de la práctica profesional y contribuir a su avance en conocimientos y experiencias, pero sobre todo empeñar su esfuerzo en crear una cultura de derecho en los profesionales y sus pacientes (ADDs, 1997. Boyd, 1996. Cohen, 2002. Glassman, 1998. Fonseca 1995, Tedesco, 1995).

La obligación moral de las IES es desarrollar la mejor oferta educativa, incorporar en ella el mayor número de elementos que le permitan al futuro profesional las condiciones de convertirse en una mejor persona, y un profesional capaz y humano. La odontología en el pasado pretendió modificar las condiciones de salud bucal, nuestra propuesta es mucho más humilde sólo pretende transformar a las personas que han tenido acceso a la ES en los odontólogos que la sociedad quiere y necesita.

La odontología en el pasado pretendió modificar las condiciones de salud bucal, nuestra propuesta es mucho más humilde sólo pretende transformar a las personas que han tenido acceso a la ES en los odontólogos que la sociedad quiere y necesita.

Conclusiones

Actualmente los procesos de globalización y regionalización están conformando un nuevo orden mundial caracterizado por una mayor dependencia entre países, donde las fronteras geopolíticas prácticamente han desaparecido. Este proceso ha sido impulsado por el capital especulativo transnacional pero también por la necesidad de una mayor cooperación internacional. Los Estados Nacionales han perdido autonomía frente al gran capital subordinándose a sus exigencias, las consecuencias han sido el “adelgazamiento” del Estado. Los cambios económicos de este proceso se han enfocado supuestamente a sanear las finanzas públicas reduciendo el gasto social en rubros como salud, educación, vivienda, etc. sectores que no se consideran “prioritarios” para el fortalecimiento de la economía; el modelo económico pretende reducir la inflación, promover las exportaciones, atraer la inversión extranjera, impulsar la inversión privada, disminuir las políticas proteccionistas y eliminar aranceles. Se trata de abrir la economía, fomentar el ahorro interno, aumentar la competitividad nacional e internacional a cualquier costo. El Estado se ha transformado fundamentalmente en un gestor del cambio.

Una sociedad regida por las leyes del mercado tiene costos sociales importantes sobre todo en aquella población que se encuentran fuera del paradigma de la globalización, es decir la mayoría. Las reformas estructurales que han impuesto las agencias internacionales como el BM y FMI han aumentado la pobreza y la inequidad.

La retirada del Estado de actividades consideradas de su exclusiva competencia ha abierto espacios al avance de la sociedad civil, misma que se encuentra participando tanto en la regulación de las políticas y acciones estatales, como en actividades específicas de educación, salud etc., lo cual refleja una sociedad más participativa y por tanto más democrática.

Aparecen en el escenario planetario nuevos actores sociales que tienen cada vez más influencia en la dinámica social, por tanto se perfilan cambios en las relaciones de poder que marcan un orden mundial con características distintas.

Bajo estas condiciones surge el paradigma del desarrollo humano sustentable como una propuesta impulsada por organismos internacionales como la ONU para orientar el desarrollo social con “rostro humano”. El paradigma coloca en el centro del desarrollo social al ser humano; reconoce la pluralidad como una riqueza de la humanidad y propone la tolerancia como forma de convivencia; con este planteamiento se rebasan concepciones estereotipadas del ser humano.

El eje del paradigma es un cuestionamiento ético sobre la manera como se ha ejercido el poder; la democracia se presenta como la estrategia para contrarrestar el autoritarismo, la discriminación, mediante la participación y la representación de los ciudadanos. El paradigma permite generar consenso y legitimidad. En el discurso de la modernidad todos están incluidos: niños y niñas, mujeres, homosexuales, ancianos, indígenas, entre otros, pero sólo en el discurso.

Las propuestas para orientar la educación de una manera distintas se amplían; organismos como la UNESCO proponen que se inculque una educación para la paz, los derechos humanos y el cuidado del ambiente, un nuevo humanismo basado en una cultura del derecho y la responsabilidad (UNESCOa, 1998).

Si bien existe acuerdo internacional para buscar mejorar las condiciones de vida de millones de personas, generar oportunidades de desarrollo, aumentar la esperanza y la calidad de vida, cuidar el medio ambiente, ampliar el acceso a los bienes culturales; así como a otros satisfactores que favorezcan conformar al ser humano como un ente pensante, libre y participativo como propone el paradigma; en la realidad ocurre lo contrario, los niveles de inequidad económica y social son abrumadores y el modelo global marca aún más las diferencias.

La educación dentro del modelo global constituye una de las estrategias para borrar las diferencias, un instrumento para homogeneizar al mundo; pero para lograrlo hay que mejorar el acceso, la calidad y la equidad educativas. La educación superior además de incorporar los atributos mencionados requiere mayor flexibilidad, orientarse por el mercado, con salidas intermedias, vinculada con su entorno, diversificada, tecnificada y un proceso para toda la vida.

No obstante, la importancia de la educación en la sociedad global los contrastes entre los países pobres y los ricos son abrumadores, como lo muestra el hecho de que en AL sólo el 18.7 llegaba la educación superior mientras que en países como Canadá es el 70.4 (Martínez Rizo, 2000). Esta situación no es posible revertirla en el corto plazo.

Por otro lado la pobreza genera problemas de salud que se expresan en el perfil socioepidemiológico, en México se presenta una situación sanitaria definida como la “polarización epidemiológica” caracterizada por una mortalidad y morbilidad diferencial entre los diversos sectores sociales, en contraste con el análisis que hacen las instituciones públicas de salud que definen el proceso como una “transición epidemiológica” donde conviven enfermedades propias de una sociedad desarrollada (cardiovasculares, crónicas degenerativas) y las de la pobreza (infecciones respiratorias, gastrointestinales y otras asociadas a la desnutrición).

En cuanto a la salud bucal, se puede observar que enfermedades como la caries han disminuido por la fluoruración de la sal, pero todavía alcanza altos porcentajes en la población infantil (Monroy, 2003); en relación a las parodontopatías, las maloclusiones y todos aquellos problemas bucales asociados a problemas sistémicos como la diabetes, van en aumento. También hay que considerar que existen una gran cantidad de necesidades acumuladas de atención para las cuales no hay alternativas de solución, ya que los servicios odontológicos no son una prioridad para el sistema de salud a pesar de que los servicios dentales en la Ley General de Salud se consideran servicios básicos.

Por otro lado, los cambios demográficos ocurridos por el aumento de la esperanza de vida al nacer, y la disminución de las tasas de natalidad están modificando la pirámide poblacional, con ello las necesidades de salud; el aumento personas con enfermedades crónico-degenerativas que requieren tratamientos especializados, complejos y costos, entre ellos los odontológicos van a tener un impacto en el sistema sanitario tanto en los costos como en las estrategias de atención.

El proceso de globalización esta transformando las relaciones internacionales entre los países, no únicamente en el terreno económico sino en el cultural, en el axiológico, en las formas de vida, no es un proceso unidireccional, abre espacios para la organización y la participación de la sociedad. Es un proceso complejo que esta modificando las relaciones de poder donde la educación tiene un papel y una responsabilidad fundamentales en la construcción de alternativas sociales, aún con las limitaciones de su quehacer.

Así, la enseñanza de la odontología se encuentra en una situación de amplios retos, unos derivados del modelo de desarrollo y las políticas derivadas de éste, otros de las transformaciones socioepidemiológicas y las limitaciones del mercado de trabajo profesional así como de las preocupaciones educativas .

El gobierno mexicano ha seguido los mandatos de los organismos económicos internacionales y a puesto en marcha para desarrollar la economía el modelo neoliberal. Desde el gobierno de Salinas de Gortari se iniciaron cambios decididos para la modernización del Estado y sus instituciones, entre ellas la educación.

Actualmente el gobierno del presidente Fox ha planteado como uno de los propósitos dentro del PND y PNE 2001-2006 el desarrollo humano sustentable, lo cual significa que el centro de la reforma del Estado es el individuo. Las políticas y estrategias definidas en los programas están encaminadas a mejorar el acceso, la equidad, la calidad y la eficiencia en la educación en todos sus

niveles. Con esto se muestra como el Estado mexicano retoma las propuestas internacionales dentro de sus políticas.

Las IES cada vez se encuentran más acotadas y vigiladas, y en este proceso van perdiendo autonomía. Por otro lado, la educación superior es presionada a capacitar para el empleo, esto es una prioridad para las IES privadas, pero para las públicas, restringir su labor a capacitar para el mercado, no es acorde totalmente con su razón de ser. Las IES públicas se preocupan por elaborar perfiles profesionales orientados a solucionar las necesidades sociales.

Capacitar para el empleo únicamente modifica de alguna manera la misión de la universidad pública: de ser una institución dedicada a desarrollar el conocimiento, preservar y difundir la cultura, a una institución que da cuentas de su desempeño desde la visión del Estado. Dentro de este contexto las IES públicas tratan de ajustarse al nuevo marco político-administrativo y ético que las envuelve cumpliendo con las exigencias y controles que se han puesto en marcha, como la evaluación y la acreditación de los planes y programas de estudio, la planeación estratégica, la organización del trabajo académico a través de los Cuerpos Académicos entre otros. Sin embargo, estas políticas generales afectan de manera diferencial a cada programa de estudio de acuerdo con sus características, como es el caso de la odontología.

Otro de los controles que el Estado está implementando en las IES públicas son los sistemas de estímulos y becas, como estrategias para mejorar el salario. Los sistemas de estímulos y becas han generado una pérdida de la identidad del trabajador académico como asalariado y lo han orillado hacia la búsqueda individual de su bienestar, lo cual ha restado fuerza a los sindicatos universitarios; estos ya no se ven como organizaciones capaces de gestionar mejoras en las condiciones laborales de los trabajadores académicos. Esta situación tiene repercusiones importantes a nivel político y moral en los profesores y fractura la colaboración entre ellos cuestión preocupante en la tarea educativa.

Como el sistema de estímulos y becas para los académicos es por productividad y no impactan el salario, se puede pensar que una tendencia

entre los trabajadores académicos es su permanencia prolongadas en las IES, lo cual seguramente dificultará el recambio de los académicos y limitará el mercado laboral a nuevos talentos; esta situación tendrá impacto en la calidad de la enseñanza a corto y mediano plazo.

Surgen problemas políticos ante los estímulos financieros que generan cada desigualdades tanto entre las IES como dentro del cuerpo docente.

Para la odontología los criterios utilizados para evaluar el desempeño académico no la favorecen, por las características de la enseñanza y el ejercicio profesional. Una buena parte de los docentes tienen especialidad más que maestría o doctorado. Están enfocados a las acciones de servicio las cuales no tienen peso en los tabuladores, constituye una desventaja para los profesores de odontología; si bien, los alumnos de la carrera de Cirujano Dentista brindan servicios que favorecen el acceso de la población a la atención bucodental, este trabajo es prácticamente invisible para quienes evalúan el desarrollo institucional, los programas de estudio y a los docentes. Los servicios dentales facilitan la vinculación de la universidad con su entorno social, pero esto tampoco parece ser un factor positivo a la hora de la evaluación y coloca a los profesores de odontología en una situación desventajosa en relación a los de otras carreras, desmotiva la participación de los dentistas en los servicios universitarios y más grave aún disminuye el compromiso de las IES con la sociedad. Una de las fortalezas de la enseñanza de la odontología bajo estos criterios de evaluación generales, se convierte en una debilidad.

Otra de las tendencias que se fortalecen en AL y en México es que la educación privada está incrementando su cobertura educativa. Sin embargo, muchas de estas instituciones no cumplen con los parámetros mínimos de calidad, en la odontología esta situación es preocupante porque hay una mayor proporción de instituciones privadas en nuestro país que ofrecen estudios de esta disciplina prácticamente sin ningún control de calidad, esto necesariamente repercutirá en el buen desempeño profesional.

La ampliación del programa de becas para los estudiantes de educación superior es una política muy positiva, sobre todo si se pretende una igualdad de oportunidades, sin embargo los montos son insuficientes para apoyar a los estudiantes con escasos recursos económicos sobre todo si estos eligen carreras como la odontología que requieren de un gasto importante en instrumental y materiales durante su formación así como para insertarse en el mercado de trabajo.

Las políticas para mejorar la calidad de la educación solamente están impactando positivamente el financiamiento y reconocimiento a unos cuantos programas, aquellos que por sus características y tradiciones les permiten cumplir con los criterios de la evaluación. Este no es el caso de la odontología que es una carrera con una orientación técnica, el aprendizaje en la clínica es la parte sustancial del aprendizaje, y este proceso no se puede cambiar por mucha tecnología que se utilice. Hay que considerar los tiempos de aprendizaje frente al paciente, la flexibilidad dentro de este programa tiene sus limitaciones.

La creación de cuerpos académicos tal y como se pretende desarrollar está restringida a núcleos selectos de profesores con tradición de trabajo en investigación en equipo, que han avanzado en su consolidación, pero no es una situación generalizable. Los cuerpos académicos tienen consecuencias importantes en términos de vinculación interinstitucional, uso eficiente de recursos académicos y financieros, pero marca desigualdades entre los profesores en relación a exigencias en las tareas universitarias, salariales, de estatus y económicas. Las exigencias a los profesores mejor calificados, repercutirán en la diversidad y cantidad de actividades a cumplir, situación que resulta contraproducente con los objetivos de los cuerpos académicos en términos de productividad y eficiencia. Para los profesores de odontología, por sus características, incorporarse a esta organización académica es muy difícil.

Si bien hay avances en la investigación odontológica, su desarrollo se encuentra limitado básicamente a las universidades públicas y su impacto fuera de este ámbito es muy reducido. Tampoco ha habido mucho interés en desarrollarla porque los resultados obtenidos de las indagaciones no han

contribuido a mejorar el acceso a los servicios de salud e incrementar la calidad de los mismos, ni ha fundamentado el diseño de políticas más adecuadas. Se tendría que buscar estrategias para modificar esta situación en el corto plazo.

La tendencia de una mayor participación de la mujer en la educación superior se ve reflejada en la odontología, sólo que aquí la proporción de las mujeres es mucho mayor que en la ES en general, este es un fenómeno a nivel mundial, se habla incluso de “la feminización de la odontología”, sin embargo es un proceso que tiene características distintas en cada país de acuerdo con su historia y tradiciones.

Las tendencias que antes mencionamos están impactando la estructura universitaria en su conjunto, sin embargo lo esencial es cambiar el currículum sobre todo en las profesiones liberales, con mercados unidimensionales, centradas en su propio quehacer y cerradas a nuevas formas de organización. Formar profesionales sin alternativas laborales es un problema ético que no pueden soslayar las IES, al que tienen que dar solución.

Las políticas actuales constituyen un escenario dentro del cual aparecen nuevos elementos éticos para la reflexión de las escuelas sobre su quehacer en la formación de los odontólogos en México. Las tendencias más importantes en la Educación Superior en México son el cambio en las relaciones entre Estado, IES y sociedad; ésta triple relación IES-Estado-Sociedad ha vuelto más compleja su interacción, y ha incrementado el número de interlocutores a quienes se enfrentan las instituciones públicas de educación.

Por otro lado la manera como se implementan las políticas y las características del contexto donde se aplican, así como la interpretación que los actores limitan el cumplimiento de los propósitos que les dieron origen; el caso de la evaluación es significativo. La evaluación es una política orientada a mejorar la calidad de la educación en nuestro país sin embargo los resultados de su aplicación, hasta el momento no han tenido el impacto que se esperaba.

La evaluación de la educación en México como una política sistemática y bien estructurada surge a partir de la política de “Modernización Educativa” instrumentado en su inicio por el gobierno salinista; con el propósito de mejorar la eficiencia y eficacia educativa y facilitar el intercambio de recursos con el Tratados de Libre Comercio. Además de responder a una preocupación social que reclamaba una mejor calidad educativa y un mayor control de los recursos destinados a ella.

La evaluación de la calidad educativa es una tarea de la sociedad en su conjunto expresa una moralidad distinta entre la sociedad y las IES. Esta política ha impulsado la creación de diferentes actores sociales encargados de evaluar distintos aspectos de la educación superior como los CIEES, el CENEVAL, COMPES, CONAEVA, entre otros; y han obligado al gremio y a las escuelas a reagruparse para no quedarse al margen y participar de una manera proactiva, tal es el caso del Consejo Nacional de la Educación Odontológica (CONAEDO) o la incorporación del EGEL-O aplicado por el CENEVAL como requisito para la titulación.

Las evaluaciones en sus diferentes modalidades ayudan a las IES y sus actores a incorporar distintos puntos de vista lo cual necesariamente legitima su quehacer.

Sin embargo, en el momento que dicha política toma cuerpo, pierde la perspectiva de su propósito que es elevar la calidad, la eficiencia y la competitividad internacional definitivamente éstas no se logran mediante la evaluación al menos como esta se plantea en México. Son otros los cambios que la evaluación y la acreditación están provocando en las escuelas de odontología: como la reestructuración de sus propuestas educativas en los aspectos formales, ya que los instrumentos que se aplican para evaluarla solamente se enfocan a analizar la coherencia interna del programa educativo, es decir si lo que propone la institución lo puede cumplir con los recursos con que cuenta, el tiempo, el perfil de ingreso, las características de los profesores, etc.

La evaluación externa es una experiencia reciente para las IES, éstas tratan de responder a las exigencias de cada una de las agencias evaluadoras, lo cual significa un desgaste para quienes se someten a estos procesos. Las respuestas dadas a los evaluadores no necesariamente corresponde con lo que sucede en el desarrollo del programa de estudio. El problema es que no existe un sistema coherente de evaluación, que permita ahorrar recursos, potencializar el trabajo de todos y por supuesto tener mayor objetividad en las valoraciones. Cada institución evaluadora establece sus criterios y sus métodos, y aunque algunos se parecen sus propósitos son diferentes, los CIEES por ejemplo hacen una evaluación diagnóstica y el CONAEDO acredita los programas, el resultado de su quehacer es significativamente distinto.

La cuestión es si este impulso empuja a la odontología hacia una transformación o hacia una adecuación a una exigencia ajena. Cambiar requiere de una profunda reflexión ética por parte del gremio y los formadores de recursos humanos, autocrítica, capacidad de decisión, liderazgo, presión social y claridad de hacia donde se quiere llevar el cambio. Imaginar y construir una forma diferente de ser profesional sobre la que no hay tradición ni experiencia, una hipótesis que puede resultar o no, es complicado para las IES y requiere no sólo de condiciones materiales e históricas sino de una fuerte convicción ética.

El problema es que la evaluación y la acreditación cuestionan desde afuera la educación dental, y la reflexión no parte de un cuestionamiento de fondo por parte de la práctica sobre su propio quehacer. Como fue durante los setentas el fundamento de la Corriente de Innovaciones en la Enseñanza y Servicios de Odontología en AL, cuyo resultado fueron algunos programas de formación de odontólogos con un enfoque social, comunitario y por problemas.

Las corrientes de pensamiento desarrolladas durante los años sesentas en Latinoamérica sobre la formación de odontólogos lograron cambios conceptuales, metodológicos y estructurales en las IES y los sistemas sanitarios. Varias propuestas curriculares innovadoras se implementaron en algunas escuelas de odontología de la región como la UAMX, La UNAM en la

ENEP Zaragoza, la Universidad de Nuevo León en México, en la Universidad de Zulia en Venezuela, la Universidad de Antioquia en Colombia, San Carlos en Guatemala, Cayetano Heredia en Perú, por mencionar algunos casos.

El pensamiento latinoamericano impulsó cambios en las políticas sanitarias, para que se instauraran medidas de prevención masiva para la reducción de caries, como la sal o el agua fluoruradas, lo cual implicó el desarrollo de la investigación epidemiológica para el diagnóstico y seguimiento de estas medidas, mismas que han tenido un impacto positivo en la salud de la población.

Asimismo se fundaron escuelas de odontología en zonas donde no existían, como en el Caribe y Centroamérica, que nacieron con propuestas curriculares innovadoras con enfoque social, comunitario y programas de capacitación al personal auxiliar; como la Universidad de Panamá, o la de la República Dominicana. De igual manera dicha Corriente favoreció la creación de los Departamentos y Cátedras de Odontología Preventiva como el de la Universidad de Antioquia en Colombia.

Los avances en lo referente a la tecnología educativa y los proyectos que se desarrollaron para capacitar recursos humanos como CLATES mejoraron la planeación educativa en el terreno sanitario y permitieron el desarrollo de nuevos planes y programas de estudio para los odontólogos, en México diferentes a los de la UNAM.

La autocrítica en la enseñanza dental impulso la instauraron en los programas de estudio de las clínicas integrales, que aunque reproducen lo que el odontólogo hace en el consultorio, con algunas variantes como sería el ofrecer programas dirigidos a grupos étnicos como: niños y adultos, volvió mas adecuada la forma del trabajo clínico experimentado por los estudiantes, que en las clínicas por especialidades y actividades, que todavía funcionan en algunas escuelas. Otro gran logro de la innovación fue la integración docencia-servicio y docencia-servicio-investigación que acercaron en algunos casos a los servicios públicos con las universidades y en otros orientaron el trabajo clínico

mejorando la integración de la teoría con la práctica. La investigación ha sido incorporada en los planes de estudio. La educación dental ha cambiado pero no en el sentido que deseaban quienes propusieron éstos cambios.

Debido en parte a que muchas de las propuestas de la Corriente de Innovaciones encontraron sus límites dentro de sus propios planteamientos, en algunos casos desproporcionados a las posibilidades de cambio de un programa educativo en odontología. Los obstáculos para lograr las transformaciones esperadas en el quehacer profesional fueron muchos, entre ellos: la falta de alternativas en el mercado de trabajo, la dependencia tecnológica, la resistencia al cambio de los profesionales y docentes y las políticas sanitarias. Pero tampoco los resultados de la innovación han sido evaluados sistemáticamente para destacar lo valioso de sus aportes o lo serio de sus limitaciones, esta es una tarea pendiente que puede ayudar a elaborar propuestas realistas y posibles para la educación dental.

En México las transformaciones sociales han facilitado o frenado el desarrollo de la odontología a lo largo de su historia reciente como profesión. A pesar de ser una profesión eminentemente práctica, fue de las primeras carreras que se impartieron en la Universidad Nacional (hoy UNAM) y sus estudiantes estuvieron presentes en los movimientos sociales por la autonomía universitaria y el movimiento del sesenta y ocho, movimientos que le dieron un significado distinto a la educación superior en nuestro país.

Resultado de esta lucha social fue la masificación de la educación, coyuntura que favoreció la diversificación y ampliación de la oferta educativa, donde la discusión latinoamericana en la formación de los odontólogos se pudo concretar en currícula innovadores; tenían que conjugarse dos elementos para hacer posibles nuevas hipótesis en la educación de estos profesionales, los cambios sociales y las propuestas educativas. A lo largo del país las IES se separaron de la UNAM, institución que cobijó, desarrolló y apadrinó mucho años la enseñanza dental y que fue ejemplo de la lucha de los profesionales por elevar la calidad de la enseñanza odontológica. Sin embargo, a pesar de todos estos cambios la educación de esta disciplina ha mantenido como

referencia el modelo de la práctica hegemónica, lo cual ha limitado su evolución y su compromiso social.

Si bien los cambios curriculares en México tuvieron como fuente la Corriente de Innovaciones y la tecnología educativa, cada institución interpretó de manera diferente los elementos conceptuales; por ejemplo dos instituciones que nacieron durante los setentas como la FES Zaragoza y la UAMX cuentan con programas de estudio diferentes para abordar cuestiones similares como: el proceso salud enfermedad y el crecimiento y desarrollo. Esto no necesariamente es algo negativo, pero muestra la falta de definición y precisión de estos postulados para orientar los diseños curriculares.

Por otro lado la limitada cobertura de servicios dentales, así como la falta de empleo para los odontólogos y de alternativas fuera de un modelo único de práctica son las justificaciones más importante para proponer nuevas formas del ejercicio profesional. Las IES tienen que considerar esta problemática en el momento de diseñar los currícula y tratar de dar una orientación distinta al futuro profesional, pero también apoyarse en su historia como profesión para encontrar la fuerza y el impulso de cambio.

En este sentido la evaluación puede ser una oportunidad para que las IES reflexionen sobre su quehacer y mejoren los programas de estudio y sobre todo se enfoquen a buscar soluciones para mejorar las condiciones de salud bucal. No obstante, hay otras cuestiones pendientes que pueden impulsar transformaciones en la odontología, más allá de las políticas de educación, como son el perfil socioepidemiológico de la población, las políticas de salud, pero también de una manera importante el marco de los derechos humanos y el cuidado del ambiente.

Las críticas sobre la manera como se ha manejado la relación clínica en el área médica, los problemas surgidos por el uso de la tecnología y la forma como se ha implementado la investigación biomédica, dieron origen a acuerdos y

códigos internacionales y a un marco axiológico bien acotado en la atención a la salud, que todavía requiere mayor desarrollo y difusión sobre todo en la odontología.

Los nuevos marcos axiológicos de las profesiones sanitarias están impulsando cambios en el quehacer profesional, apuntando a un nuevo humanismo, un humanismo basado en la justicia, la solidaridad, el respeto y la tolerancia, valores no sólo necesarios sino indispensables para desarrollar una cultura basada en el respeto del profesional consigo mismo y con los demás. Si bien, hay acuerdos internacionales sobre como orientar la educación para el desarrollo humano, la paz y los derechos humanos éstos paradigmas no han sido adoptado en la educación odontológica en México, aunque ha habido algunos intentos no con buenos resultados como el de la Benemérita Universidad de Puebla.

Las preocupaciones éticas en el campo de la salud están impulsando mayor normatividad técnica, ética, legal, así como políticas enfocadas a la calidad de la atención entre otras, su impacto necesariamente tendrán que verse reflejado a corto y mediano plazo en los servicios dentales, el gremio y la enseñanza profesional.

La incorporación de paradigmas como el desarrollo humano sustentable, los derechos humanos, que expresan un nuevo humanismo en la educación dental. Existen otros paradigmas cuya inclusión es necesaria para que el profesional se inserte exitosamente en el mercado de trabajo como el del libre comercio y el del consumidor. Sin embargo dadas las características de la profesión es importante introducir un paradigma más que articule lo biológico y lo social, así se introdujo el paradigma de la sexualidad. Bajo este amplio esquema se diseñaron las competencias profesionales, esta propuesta muestra caminos para las transformaciones significativas en la educación.

La propuesta que se hace en el presente trabajo para la formación de odontólogos es desde el corazón mismo de la enseñanza de la odontología, la relación clínica; por considerar que es posible un cambio radical del quehacer

profesional si se trabaja por el crecimiento de los estudiantes como personas, teniendo la formación ética como eje curricular ya que ésta da significado y valor al quehacer profesional.

Si bien se propone que la relación clínica modifique la práctica, subyace una concepción sobre cómo tendría que ser el profesional (y por supuesto el ser humano) en el futuro, si deseamos un mundo más justo, donde se respeten a las personas y sus derechos, que se favorezcan su desarrollo en un clima de paz. Es decir que la propuesta no se queda en la relación clínica pero parte de ésta proyectando al profesional hacia un mayor compromiso social bajo un enfoque humano.

Un profesional éticamente conformado no solamente tratará a los enfermos con consideración impulsándolos a ejercer su autonomía con responsabilidad y fundamento, sino que se preocupara por mejorar su capacitación, cuidara el medio ambiente, conocerá los límites de su entrenamiento y luchará por hacer efectivo el derecho a la salud.

No se puede como sucedió en el pasado proponer transformaciones inalcanzables, la propuesta se centra en aquello que es posible modificar pero acotada en un modelo profesional que puede impulsar la práctica al futuro de una manera exitosa y comprometida.

Glosario

Glosario de Siglas

A

ADM. Asociación Dental Mexicana
ALAFO. Asociación Latinoamericana de Facultades de Odontología
ANMEB. Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica Superior
ANUIES. Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Educación Superior

B

BM. Banco Mundial

C

CENEVAL. Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior
CIEES. Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior
CLATES. Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud
CMDF. Colegio Mexicano de Profesionistas en Odontología
CNCD. Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas
CNDH. Comisión Nacional de Derechos Humanos
CONAFE. Consejo Nacional de Fomento Educativo
CONAEDO. Consejo Nacional de Educación Odontológica
CONAEVA. Comisión Nacional de Evaluación de la Educación Superior
CONAMED. Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONPES. Coordinación Nacional para la Planeación de la Educación
COPAES. Consejo para la Acreditación de la Educación Superior
COSNET. Consejo Nacional de Educación Tecnológica
CPOD. (índice internacional de caries dental) Dientes, Cariados, Perdidos y Obturados.

E

ENEP Zaragoza. Escuela Nacional de Estudios Superiores Zaragoza
EGEL-O. Examen General de Egreso Profesional para la Odontología

F

FDI. Federación Dental Internacional (por sus siglas en inglés Internacional Dental Federation)
FES-Zaragoza. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza FES Zaragoza
FIMPES. Federación de Instituciones Mexicanas Particulares de Educación Superior
FMFEO. Federación de Escuelas y Facultades de Odontología
FAM. Fondo de Aportaciones Múltiples
FIMPES. Federación de Instituciones Mexicanas Particulares
FIUPEA. Fondo de Inversión para Universidades Públicas Estatales
FMI. Fondo Monetario Internacional
FO. Facultad de Odontología
FOMES. Fondo para la Modernización de la Educación Superior

G

GATT. Acuerdos sobre Aranceles Aduaneros y Comercio

I

ÍDH. Índice de Desarrollo Humano
IET. Índice de Eficiencia Terminal
INEE. Instituto Nacional para la Evaluación Educativa
IPN. Instituto Politécnico Nacional

O

OFEDO. Organización de Facultades y Escuelas de Odontología
OIT. Organización Internacional del Trabajo
OMC. Organización Mundial del Comercio
OMS. Organización Mundial de la Salud. **En Inglés WHO, World Health Organization.**
OPS. Organización Panamericana de la Salud. **En Inglés PAHO, Panamerican Health Organization.**

P

PROADU. Programa de Apoyo al Desarrollo Universitario
PARE. Programa para Abatir el Rezago Educativo
PIAEE. Programa de Instalación y Fortalecimiento de las Áreas Estatales de Evaluación
PROIDE. Programa Integral para el Desarrollo de la Educación Superior

PIFI. Programa Integral para el Fortalecimiento Institucional
PIFOP. Programa Integrales para el Fortalecimiento del Posgrado
PROMEP. Programa de Mejoramiento al Profesorado
PRONABES. Programa Nacional de Becas y Financiamiento para estudiantes de Tipo Superior
PRONAES. Programa Nacional de Educación Superior
PND. Plan Nacional de Desarrollo
PNE. Programa Nacional de Educación
PRONAD. Programa Nacional de Normatización Administrativa
SUPERA. Programa Nacional de Superación de Personal Académico
PNUPD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

S

SESIC. Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica
SEP. Secretaría de Educación Pública
SIIA. Sistema Integral de Información Administrativa
SILOS. Sistemas Locales de Salud
SIN. Sistema Nacional de Investigadores
SINAPPES. Sistema Nacional de Planeación Permanente de la Educación Superior
SNEE. Sistema Nacional de Evaluación de la Educación Superior
SNTE. Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación
SS. Secretaría de Salud

U

UAMX. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco
UIT. Unión Internacional de Telecomunicaciones
UNAM. Universidad Nacional Autónoma de México
UNCTAD. Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Comercio y el Desarrollo. **En Inglés**
United Nations Conference on Trade and Development.
UDUAL: Unión de Universidades de América Latina

T

TLC. Tratado de Libre Comercio

Bibliografía

Aguilar, L. 1997 "Los valores sociales: entre lo público y lo privado". En Gonzáles, J. y J. Landa (Compiladores). Los valores humanos en México. Editorial S XXI, UNAM. México:11-32.

Almada C. 1996 "Integración económica, desarrollo y administración pública. La experiencia de la CE y el Tratado de Libre Comercio de América del Norte". Kilksberg, B. (Compilador). El rediseño del Estado. Una perspectiva internacional. México, FCE (Ira ed. 1994) Capítulo XIII: 254-269.

Álvarez, G. y C. Wietse de Vries.2002 "Los asuntos claves para la Educación Superior en el Programa Nacional de Educación 2001-2006". Revista de la Educación Superior en Línea. Num. 121, <http://www.anuies.mx>

Alva Olvera, MA.1992 "Educar para la paz y los derechos humanos. Una tarea posible". Rev Latinoamericana de Estudios Educativos, Vol XXII, Núm. 1.

American Association of Dental Schools. 1997 "Competencies for the new dentist. Approved by the 1997 House Delegates". J. Dental Education. Vol. 61, No. 7:556-558.

AMFEO. 1983 Editorial. En Boletín Educación Odontológica 10. Vol. 2, núm. 10, Julio-Agosto. AMFEO, México:1.

Amnistía Internacional. 1990. Códigos de ética y declaraciones aplicables a la profesión médica. 2da. Edición Londres Inglaterra 1990.

ANUIES. 2002 Informe estadístico 2001.ANUIES, México.

ANUIES 1999. La educación Superior hacia el Siglo XXI. ANUIES, México.

Arango, J. y R, Eisteman.1978 "La enseñanza odontológica orientada a las diversas condiciones de Panamá": En Rev. Educación Médica y Salud. Vol. 12, Núm.4, OPS/OMS, Washington:410-421.

Arango, A. A, Mena. P, Yepez.1990. Análisis Prospectivo de la Educación Odontológica en América Latina. Organización de Facultades y Departamentos de Odontología de la Unión de Universidades de América latina con la cooperación técnica de la OPS/OMS. Caracas, Venezuela.

Arenas, M. R, Serrano. R, Velasco. 1981.El Sistema Modular y la Enseñanza de la Medicina Veterinaria y Zootecnia. Cuadernos de Formación de Profesores 3, UAMX-CBS.

Albornoz, O. 2002 "Políticas públicas en Educación Superior. Algunas notas sobre el caso mexicano en el año 2002".Revista de la Educación Superior en Línea. Num. 121,Vol. 31, México, enero-marzo:117-127. <http://www.anuies.mx>.

Banco Mundial sobre el Desarrollo Mundial. 1993. Invertir en Salud. Banco Mundial Washington.

Barba, B. 1997. Educación para los derechos humanos. Fondo de Cultura Económica, México.

Bartolucci, J. 1994.Desigualdad social, educación superior y sociología en México. CESU UNAM, Ángel Porrúa. Colección problemas educativos. México.

Berck,U. 1997. "La apertura del horizonte mundial: hacia una sociología de la globalización". En

¿Qué es la globalización Falacias del globalismo respuesta a la globalización. Paidós, España,1997:45-98.

Beltrán. R.1998. Educación Odontológica. Manual del profesor. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.

1987 Conferencia La Tecnología en las perspectivas del cambio en salud: Análisis crítico. En Memorias de la IV Conferencia Internacional. Las universidades de América Latina y la Estrategia Mundial para Lograr Salud Para Todos en el Año 2000. OFEDO/UDUAL, Lima, Perú.

.....1988. Educación en Odontología. Manual del profesor. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.

Beltrán, R. Beltrán, E. Aprendizaje intensiva dedicación exclusiva. Universidad peruana Cayetano Heredia, (en prensa).

Blanco, J. Rangel, J. 2000 "La eficiencia de egreso en las IES. Propuesta de análisis alternativo al índice de eficiencia terminal". Revista de la Educación Superior en Línea. Num, 114. Vol, 29. México, abril-junio. <http://www.anuies.mx>

Bobadilla, J. 1997. "El examen de la OCDE sobre la política mexicana de Educación Superior". Colección Biblioteca de la Educación Superior. ANUIES.

Bolaños, B.1996. El derecho a la educación. Colección Temas de Hoy en Educación Superior, Número 16. ANUIES 1996.

Boyd, M.Jack, D.Chambers, Ed. Henderson, B.1996. "Competence for dental licensure in Canada". Journal Dental Education, Vol. 60. No. 10:842-845.

Breilh, J. 1979. Epidemiología, economía, medicina y política. Universidad Central de Quito, Ecuador 1979.

Brito, P. 1990. "La incorporación de las Ciencias Sociales en la Enseñanza de las Ciencias de la Salud: una historia conflictiva" En Formación del personal de salud, articulación del conocimiento básico. Serie: Desarrollo de la Salud y Derechos Humanos 2. CIDEPSA, OPS:23-32.

Brussino, S. 1998. "Bioética y racionalidad". Rev. Topodrilo 50, marzo-abril. México UAM Iztapalapa: 5-9.

Cabarrús, F. C, Pomés. E, Morán. y R, Gereda. 1978."Programas de ejercicio profesional supervisado y de promotores rurales de salud oral en Guatemala" En Rev. Educación Médica y Salud. Vol. 12, Núm. 4, OPS/OMS, Washington:361-391.

Cann, C. Babler, W. Cohen, P. 1998. "Lesson learned from Competency-Based Curriculum Initiative at Baylor College of Dentistry". Journal of Dental Education, Vol. 62, No. 2. February:197-207.

CAPFSE. Educación media y superior diagnóstico y retos. <http://www.capfse.gob.mx>

Carrión, C. 2001.Valores y principios para evaluar la educación. Paidós Educador. México.

Casillas, M de L. 1997. Los procesos de planeación y evaluación. Colección Temas de Hoy en la Educación Superior, núm., 19. ANUIES 1997.

CENEVAL.2000. Informes y resultados 1997, 1998, 2000. <http://www.ceneval.com>

CENEVAL. 1998. Examen General de Calidad Profesional para Odontología, EGEL-O. CENEVAL.

Cervantes, A. 2001. "Universalización, desigualdad y ética: intervenciones en la teorización sobre los derechos humanos". En Figueroa, JG (Coordinador) Elementos para un análisis ético de la reproducción. PUEG-UNAM, PUIES. México, 2001: 41-74.

CIESS. 1992. "Evaluación de resultados: base de una evaluación integral, integrada y significativa" Documento de Trabajo. En Materiales de Apoyo a la Evaluación Educativa No , octubre. México.

CIEES. 1995. Marco de referencia para la evaluación. Comité de Ciencias de la Salud. CONPES, México.

2000. Instrumento para la Evaluación de Programas de educación Superior en Ciencias de la Salud. CIEES, México, Febrero.

Cohen, M. 2002. "Major long-term factors influencing dental education in the twenty-first century". Journal Dental Education. Vol. 66. No:360-379

Comboni, S. Juárez, JM. 2002. "Política educativa y reforma de la educación superior impacto de los organismos internacionales en las políticas nacionales". En En Comboni, S. Juárez, JM. París MD (Coordinadores) ¿Hacia dónde va la Universidad Pública? La Educación Superior en el siglo XXI, UAMX México:69-102.

.....1997 "La educación superior en América Latina: perspectivas frente al siglo XXI". Rev. Universidad y Sociedad, núm. 9, UAMX, México:8-27

Cordera, R. 1981. "Sobre la crisis del capitalismo en México". En Guevara Niebla, G. (Compilador) La crisis de la educación superior. Editorial Nueva Imagen México.

CONAEDO. 2002. Documento presentado ante el Copaes para constituirse como instancia acreditadora.

Crocker, R. MP, Gómez. MA, Ávila. CE, Robles. M, Villa. JA, Sánchez. 2003. "La educación y el trabajo de los Médicos Alópatas en la medicina Homeopática. Estudio de caso de los factores que inciden en la opción educativa y la ubicación laboral de los egresados del Centro de estudios de Homeopatía, AC, en la zona metropolitana de Guadalajara". En Crocker, R. Vargas, R. Oropeza, L. (Coordinadores) Currículum y Trabajo Médico. Desarrollo histórico en Jalisco en el siglo XX. Universidad de Guadalajara.

Crozier, M. 1995. Cómo reformar al estado. Tres países, tres estrategias, Suecia, Japón y Estados Unidos. FCE (primera edición en francés 1988) primera reimpresión, México.

Cuevas, L. RM, González. y V, Rocha.1993. La enseñanza de la Odontología en la UNAM. Proceso Histórico. UNAM Iztacala.

Cháves, M. 1962. Odontología Sanitaria. OPS/OMS, Washington, Publicaciones Científicas, Núm.63.

Chomsky, N. 1997. "Democracia y mercados en el nuevo orden mundial" . En Chomsky, N. y H. Dietrich. La Sociedad Global. Educación, Mercado y Democracia. Editorial Joaquín Mortiz, colección Contrapunto (primera edición 1995) cuarta reimpresión México:15-47.

"Declaración de Uruguay sobre la Educación Médica". 1995. En Rev. Educación Médica y Salud. Vol. 29, Núm.1, OPS/OMS, Washington:119-120.

Díaz Barriga, A.1989. Práctica Docente y Diseño Curricular. UAMX -CESU México.

Díaz Barriga, A, Martínez, D. Reygadas, R. Villaseñor, G. 1989. Práctica Docente y diseño curricular. Un estudio exploratorio en la UAM-Xochimilco. UAMX CESU-UNAM, México.

Díaz Barriga, F. 1993. "Ejercitación de un método específico para el diseño curricular". Unidad 6 Módulo Fundamentos del Desarrollo de la Tecnología Educativa de la Maestría en Tecnología Educativa. ILCE México.

Díaz de Kuri, M. 1992. "Odontología en el siglo XIX en México". Rev. de la Asociación Dental Mexicana. Vol. XLIX, Núm. 2, Marzo-Abril:85-90.

Didriksson, A. 2002. "Tendencias en la educación superior en el mundo". En Comboni, S. Juárez, JM. París MD (Coordinadores) ¿Hacia dónde va la Universidad Pública?. La Educación Superior en el Siglo XXI. México UAM X:49-55.

Documento Xochimilco. 1980. Anteproyecto para establecer una unidad del sur de la Universidad Autónoma Metropolitana. UAM (primera edición 1974) Cuarta Edición.

Drucker, P. 1996. Su visión sobre la administración. La organización basada en la información, la economía, la sociedad. Bogotá, Colombia, Editorial Norma (Ira ed. 1995) 1996.

Durkheim, E. 1956. Educación y Sociología. Editorial Colofón. Primera edición, México.

Écuye, J. 1995. "Evaluation in higher education: a tool for change and accountability". Colección Biblioteca de la Educación Superior. ANUIES México 1995: 71-78.

Eisenberg, R. 2003. Documento de Trabajo, UNAM. Iztacala.

Ezequiel, J. Emanuel, MD. Emanuel, L. 1992. "Four models of the physician-Patient relationship". JAMA, April 22/29, -Vol. 267, N 6: 2221-2226.

Farley, S. 1993. The community as partner in Primary Health Care. Nurse & Health Care 145.May. USA.

Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de odontología (FMFEO). 2002.Reunión Ordinaria de la FMFEO. UAMX, Mayo, México.

1996. Procedimiento para la Acreditación de Facultades y Escuelas de Odontología. Documento de Trabajo, Febrero, México.

FES Zaragoza. 1998. Plan de estudios de la Carrera de Cirujano Dentista. FES Zaragoza, UNAM.

Figueroa, JG. y E, Yanes. 2001. "Presentación". En Figueroa, JG (coordinador) Elementos para un análisis ético de la reproducción. PUEG-UNAM. PUIES. México:5-37.

Fitcher, J. 1986. Sociología. Biblioteca Herder (primera edición 1964) decimoquinta edición. España.

Flores y Troncoso, F. 1982. Historia de la medicina en México desde la época de los indios hasta nuestros días. 2da edición, México IMSS.

Flores Olea, V. y A. Mariña. 1999. "Introducción" y "Las organizaciones supranacionales: Unión europea, TLC, Mercosur, APEC". En Crítica de la globalidad, dominación y liberación en nuestro tiempo. UNAM, México:11-26 y 163-191.

FNUAP:1998. Estado de la Población mundial. Las nuevas generaciones. FNUAP ONU.

Follari, R. 1995. "El Planteamiento Curricular en la Era del Pragmatismo Absoluto en: La Universidad Latinoamericana ante los Nuevos Escenarios de la Región. UIA, UDUAL. México.

FOMES. <http://www.fomes.sep.org>

Fonseca, R. 1995. "The Challenge to Dental Education: educating dentists for the future". J Dental Education, Vol. 59, N6:655-658.

Foucault, M. 1975. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Segunda edición (primera edición en francés 1963). Editorial. Siglo XXI, México.

Francisconi, CF. 1998. "Sida y Bioética". Rev. Topodrilo 50, marzo-abril. México UAM Iztapalapa: p21-24

Freidson, E. 1978. La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Ediciones Península, México.

Fuente directa entrevista a la Dra. Laura Patricia Sáenz Responsable del Servicios Social de Estomatología, 200-2001, UAMX:

Fuente directa entrevista a directores y exdirectores de IES públicas del DF. 2003.

Fuente directa entrevista al Dr. Hugo de la Fuente dirigente de la Comisión de evaluación y Acreditación del CONAEDO, 2003.

Fuente directa entrevista al Dr. Sergio González Barrón de la Subdirección del Módulo de Estomatología de la Dirección General de Conciliación de la CONAMED, 2002.

Fuente directa entrevista Dr. Giovanni Berlinguer Titular de la Cátedra de Higiene del Trabajo en la Università degli Studi de Roma, Italia, 1982.

Fundación KW Kellogg. 1995. "Evaluación del conjunto de Proyectos UNI. Cluster UNI", Informe del primer período, Apéndice 1., Precisiones conceptuales acerca del modelo evaluativo. Abril.

Furlán, A. 1995. "¿El currículum, la universidad y el siglo XXI?". En De Alba, A. (Coordinadora) El currículum universitario de cara al nuevo milenio. SEDESOL, UNAM, CESU. México, 1995:46-56.

Gil, M. 2002. "Las cuestiones de fondo en la educación superior en México". En Comboni, S. Juárez, JM. París MD (coordinadores). ¿Hacia dónde va la Universidad Pública?. La Educación Superior en el Siglo XXI. México UAM X:127-135.

Gillespie, G. a1978. "Editorial. Antología de experiencias en educación y servicios odontológicos en América latina". Rev. Educación Médica y Salud, OPS-OMS, Washington Vol.12, Núm. 4:343-348.

Gillespie, J. y R, Beltrán. b1978. "Tendencias innovadoras en odontología antecedentes, bases y perspectivas". Rev. Educación Médica y Salud, OPS-OMS, Washington Vol.12, Núm. 4:512-533.

Gillespie, G. y A, Gómez. 2002. Aportes al desarrollo de la Odontología en América Latina. OPS/OMS.

Gimeno, Sacristán.1989. El curriculum: una reflexión sobre la práctica. Morata, Madrid,1989.

Glassman, P. Chambers, D. 1998. "Developing Competency Systems: A Never-Ending story". Journal of Dental Education, Vol. 62, No. 2. February:173-182.

Gómez, A. 2002. "La Organización de Facultades de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina (OFEDO/UDUAL) y sus aportes al proceso (1980-2000)". En Gillespie, G. y A. Gómez. Aportes al desarrollo de la Odontología en América Latina. OPS/OMS:37-43.

.....1993. "Problemas y Perspectivas de las Instituciones Educativas en Odontología en América Latina". En Memorias del Taller Seminario de Educación Curricular. Pátzcuaro, México UAZ/SEP/AMFEO:10-15.

Gómez, O. Jiménez, A. Mejía, R.1978. "El aporte de la Universidad de Antioquia a la odontología latinoamericana". Rev. Educación Médica y Salud, OPS-OMS, Washington Vol.12, Núm. 4:349-360.

Gómez del Campo, J. et al.1999. La formación y el compromiso ético-social de los profesionistas. ANUIES colección, documentos México.

Gonczi, A. y J Althanasou.1996. "Instrumentación de la educación basada en competencias. Perspectivas de la teoría y la práctica e Australia". En Argüelles, A. (Compilador) Competencia laboral y educación basada en normas de competencia. Limusa, SEP, CCCI, CONALEP; México.

González, E.1984. "Producción de servicios". Conferencia en la III Conferencia de Facultades y Escuelas de odontología de América Latina, OFEDO/UDUAL, México.

González, J. 2000. El poder de eros. Fundamentos y valores de ética y bioética. UNAM, Paidós. México.

.....1997."Valores éticos y valores humanos (en torno a la ontología del valor)" en González, J. Landa, J. Los valores humanos en México. Siglo XXI-UNAM, México:33-49.

.....1998. "Los valores bioéticos y la relación médico-paciente". Revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, año 3, octubre-diciembre, México:6-7

Gracia, D. 1998. Bioética Clínica. Editorial El Búho LTDA, Colombia.

Gracia, D. 2000."Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics" Rev. Medicine Health care and Philosophy. Netherlands:1-10.

Gramsci, A. 1988. La Formación de los Intelectuales. Grijalbo, México.

Grocker, R. et al.2003. "La educación médica y el trabajo de los médicos alópatas en la medicina homeopática". En Crocker, R., R. Vargas y L. Oropeza. Currículum y trabajo médico. Desarrollo histórico en Jalisco en el siglo XX. Universidad de Guadalajara, México:199-231.

Guevara Niebla. G. 1981."Los múltiples rostros de la crisis universitaria". En Guevara Niebla, G. (Compilador) La crisis de la educación superior. Editorial Nueva Imagen, México.

Gurdián, A. 1995. "El Impacto de los Cambios Globales en el Currículo Universitario" en La Universidad Latinoamericana ante los Nuevos Escenarios de la Región, UIA, UDUAL, México.

Hermosillo, G. V, López Cámara. M, Alvarez Manilla. M, García Cantú. H, Silva. 1978. "Formación y utilización de recursos humanos en odontología". Rev. Educación Médica y Salud, OPS-OMS, Washington Vol.12, Núm. 4:457-501.

Hendricson, W. 1998. "Curricular and Instructional Implications of Competency-Based Dental Education". Journal of Dental Education, Vol 62, No. 2. Febrero:183-196.

Hernández, ML. Actores y políticas para educación superior 1950-1990. 1996.Biblioteca de la Educación Superior. ANUIES, México.

Ibarra, E. 2002. "Políticas de evaluación en México durante los noventa: hacia nuevas formas de regulación de instituciones y conducción de sujetos". En Comboni, S. Juárez, JM.París MD (Coordinadores). ¿Hacia dónde va la Universidad Pública?. La Educación Superior en el Siglo XXI. UAMX, México:33-48.

INEGI 1996. . Información estadística del sector salud y seguridad social. Cuaderno núm. 12. INEGI.

Instituto Mexicano del Seguro Social. 1990. Diagnóstico de Salud Bucal. México.

Jiménez, H. Cova, R. Arango, A. 1978. "Laboratorios de comunidad como instrumentos para la investigación científica de salud y sociedad en Venezuela". En Rev. Educación Médica y Salud. Vol. 12, Núm.4, OPS/OMS, Washington:392-409.

Jong, A. 1993. Community Dental Health. Tercera Edición, Mosby, USA 1993.

Kemmis, S. 1989. El Currículo: más allá de la reproducción. Editorial Morata, España.

Kent, R. 1995. "La Regulación de la Educación Superior en México". Temas de Hoy en la Educación Superior, número 3. ANUIES.

Kilksberg, B. 1996. "El rediseño del Estado para el desarrollo socioeconómico y el cambio. Una agenda estratégica para la discusión". En Kilksberg, B. (Compilador). El rediseño del Estado. Una perspectiva internacional. México, INAP, FCE (Ira ed. 1994), Cap. I:17-42.

Kohlberg, L. 1992. Psicología del desarrollo Moral. Decleé de Brovwer, España, Bilbao. La Jornada 1998 Letras 6 de agosto.

Laín, P.1967. El médico y el enfermo. Biblioteca para el hombre actual, Madrid España 1967.

Lagarde, M. 1993. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas y locas. UNAM, 1993.

Lara, N. Luengas, I. López Cámara, V.Sáenz, LP. Tendencias en la educación odontológica en México: ¿hacia dónde orientar la formación profesional? (en prensa en la revista Salud Problema, UAMX).

Latapí, P.1996. "Acuerdos y desacuerdos con la reseña de la OCDE". Revista de la Educación Superior en Línea Número 98, ANUIES; Abril-Junio.

Laurell, AC. 1994. "La salud de derecho social a mercancía". En Laurell, AC (Coordinadora), Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud. Fundación Fredrich Ebert, México:9-3.

..... 1996. "Nueva concepción de los servicios de salud". En Mussot, ML (compiladora) Alternativas de Reforma de la Seguridad Social. UAMX, Fundación Friedrich Ebert Stiftung. México.

Laurell, AC. y M, Márquez. 1983. El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud. ERA, Colección Problemas de México, México.

Ley General de Salud. 1997. Ediciones Delma, México.

Lolas, F. 2000. Bioética y Antropología Médica. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile .

López, A. 1989. Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas. UNAM, México.

López Cámara, V. Lara, N. 1983. Trabajo Odontológico en la Ciudad de México .Análisis de la práctica Dominante. Serie Cuadernos Universitarios núm., 5, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México.

..... 1992. Trabajo odontológico en la Ciudad de México. Crisis y cambios. UAMX, México.

.....2001. "Estudio bibliométrico de la investigación en la odontología mexicana, 1994-2000". Rev. Práctica Odontológica, noviembre-diciembre, No.11-12:4-12

2002. "La enseñanza de la odontología en México. Resultados de un estudio en 23 facultades y escuelas públicas". Revista de la Educación Superior en Línea, Num. 121, <http://www.anuies.mx>

Loyo, A. et al. 1997. Los Actores Sociales de la Educación. UNAM-Plaza y Valdés editores. México.

Lowenthal, A. y G, Treverton G. (Compiladores). 1996. América Latina en un mundo nuevo. México FCE, (Ira ed. 1994) 1996.

Luengas, I. 2000. "Tendencias de cambio en la práctica odontológica en México. Al inicio de un nuevo Milenio". Asociación Dental Mexicana, Vol. LVII; 1:12-18.

..... 2001."La formación de odontólogos en el marco de los derechos humanos en México". Rev. Asociación Dental Mexicana, 58 (5):177-182.

..... 2002. "Los actores sociales que vigilan la formación de los odontólogos en México". Rev. de Ciencias Clínicas. Vol. 3, No. 2:103-111.

.....2003. "La bioética en la relación clínica en odontología". Rev. Asociación Dental Mexicana. Vol. LX, No. 6, Noviembre-Diciembre:233-239

Llorena, R. 1994. "La evaluación de la Educación Superior en México".Revista de la Educación Superior en Línea, Vol. XXIII, No. 89. <http://www.anuies.mx>.

Lugo, L. Salvo, B. Mungaray, A. 1995. El Servicio Social en México. Temas de Hoy en la Educación Superior, Número 9, ANUIES.

Madrid, I. G, Velázquez. y E, Fefer. 1998. Reforma del Sector Farmacéutico y del Sector Salud en las Américas: una perspectiva económica. OPS/OMS, Washington.

Martínez, A.y G. Tijerina. Las innovaciones curriculares en odontología. (En prensa).

Martínez Rizo, F.2000. Nueve retos para la educación superior. Funciones actores y estructuras. Colección Biblioteca de la Educación Superior. Ensayos, ANUIES.

Metcalfe, L. 1996. "Coordinación de políticas internacionales y reformas de la administración pública".. En Kilksberg B. El rediseño del Estado una perspectiva internacional. Instituto Nacional de Administración Pública, Fondo de Cultura Económica, primera reimpresión México (Ira. edición 1994) México, Cap. XII: 235-253.

Méndez, B. 1994. "Inmigración, homologación, certificación y acreditación universitaria en el contexto del TLC: asimetrías nacionales y vulnerabilidad del profesional mexicano". Conferencia trinacional sobre la globalización de la educación superior. Cancún, México, 1994.

Mendieta, L. 1979. "La Huelga de 1929". Revista de la Educación Superior en Línea, Núm. 31. [www. http://www.anuies.mx](http://www.anuies.mx)

Mendoza, J. 1997. Evaluación, acreditación y certificación: instituciones y mecanismos de operación. Colección Biblioteca de la Educación Superior. ANUIES.

Menéndez, E. 1990. Morir de alcohol. Serie los noventa Alianza Editorial, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México.

Molina, R. 1989. "Precios y diferenciación de productos en la industria farmacéutica mexicana". Revista Economía Teoría y Práctica. Economía y Salud, número 13, primavera-verano, UAMI:3-48.

Mora, G. y J. Yunes.1994. Mortalidad materna: una tragedia olvidada. PAHO/HMP/GDR-4/94.10. OPS/OMS, Washington DC, USA.

Morris, A. 1974. Odontología: pasado y perspectivas para el futuro. Documento HP/DH/28. OPS/OMS: Washington.

Marún, E. 1999. "Las profesiones y la educación superior en el marco de los procesos de integración económica de América". Revista de la Educación Superior en Línea. Vol. XXIVIII, No. 110. <http://www.anuies.mx>.

Mejía, J. 1994. "La evolución cualitativa de la educación superior mexicana, ¿una perspectiva aplazada?". Revista de la Educación Superior en Línea, Vol. XXIII, No. 89. <http://www.anuies.mx>.

Morales, JB. 1987. "Cambios en el contenido y orientación de la enseñanza de la odontológica para contribuir a lograr salud para todos en el año 2000".En memorias de la IV Conferencia Internacional de UDUAL/OFEDO; Salud para todos en el año 2000. Lima Perú, marzo:149-154.

Niño, D. 1995. "Evaluación de la Calidad y Gestión del Cambio. La Experiencia Colombiana en la evaluación de la calidad de la educación superior en Evaluación de la calidad y gestión del cambio". Colección Biblioteca de la Educación Superior. ANUIES México:105-110.

OCDE. 1995. Estudios Económicos de la OCDE. México, 1995. OCDE.

.....2002. Panorama de la educación indicadores sobre México. Síntesis informativa. 28 de octubre. <http://www.ocde.org>.

2002 Observatorio ciudadano de la educación. Comunicado 32, 19-05-www.observatorio.org.

1997. Exámenes de las políticas nacionales de educación. OCDE, París, 1997.

OFEDO/UDUAL. 1980. Informe de la Primera Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina. Santo Domingo Octubre 1980.

..... 1987. .Memorias de la IV Conferencia Internacional las Universidades de América Latina y la Estrategia Mundial para Lograr Salud Para Todos en el Año 2000. OFEDO/ UDUAL, Lima Perú.

Olmeda, MP. 1997. "El desarrollo curricular como alternativa para la ampliación de la cobertura y mejoramiento de las funciones de la Educación Superior".En Innovación curricular en las instituciones de Educación Superior. Colección Biblioteca de la Educación Superior, ANUIES, México.

OMS. 1994. "Boca sana, vida sana".Folleto Informativo. Asociación Estadounidense para la Salud Mundial. Washington DC, USA.

1995. The World health report 1995, bringing the gaps. OMS, Geneve.

OMS-OPS. 1989. Desarrollo y Fortalecimiento de los Locales de Salud. Talleres subregionales. Experiencias y conclusiones. OMS-OPS Washington.

OMS/UNICEF. 1981. Declaración de Alma Ata. En Revista Primer Nivel. Atención Materno Infantil No. 1, Junio, UAMX México:2-6.

ONU. 1998. Informe 97 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano 1998. ONU 1998, PNUD, Ediciones Mundi prensa USA.

Outon, M. y M, Ysunza. 1996. "Situación y circunstancias del diseño curricular en Xochimilco: origen, mitos y experiencias" en Arbesú, Y. y L. Berruecos. El Sistema Modular en la Unidad Xochimilco de la UAM. México UAM-X 1996.

Pallán, C. 1997. Impacto de la innovación en la organización académica. En Innovación curricular en las instituciones de Educación Superior. Colección Biblioteca de la Educación Superior. ANUIES:21-30.

PAHO.1995. Pan American Health Organization (PAHO) Regional health strategy for 1990s. Washington, DC USA 1995.

Parent, JM. 2001. "Derecho a saber". En Esquivel, N. JM, Parent. MR, Guerra. y R, Elizalde Universidad y derechos humanos. Universidad Autónoma del Estado de México. México.

Parsons, T.1999. El Sistema Social. Primera edición en ensayo. Alianza Editorial, Madrid.

Payares, C. Arango, A. 1990. "La odontología integral: la evolución de un concepto en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia". En Arango, A. (Editor) La enseñanza de la Odontología. Universidad de Antioquia.

Pérez Rocha, M. 1999. "Evaluación, acreditación y calidad de la educación superior". Materiales de Apoyo a la Evaluación Educativa. CIEES; CONAEVA 22.

Petersen, E.2003. "The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in 21st century- the approach of WHO Global Oral Health". Rev Community Dentistry and Oral Epidemiology.37 (1 Supl. 1) Denmark:3-24.

Piam, S. 1996. "El Estado y la competitividad de la economía".Kilksberg Bernardo. El rediseño del Estado una perspectiva internacional. Instituto Nacional de Administración Pública, Fondo de Cultura Económica, primera reimpresión, México, (Ira. edición 1994), Cap.III: 79-97.

PIFI. <http://www.pifi.org>

Platts, M. 1997. "Presentación". En Platts, M. (Compilador) Dilemas éticos. Problemas de la ética práctica. UNAM, Fondo de Cultura Económica. México.

Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994

Poder Ejecutivo Federal. Plan nacional de Desarrollo 1995-2000

Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.<http://www.pnd.gob>.

Ramírez, V., L, Esquive, E. Irigoyen, G. Anaya, G. González, E. De la Rosa, E. González. "Asociación de lesiones bucales con el estado serológico al VIH, en los centros de información del CONASIDA, de la Ciudad de México" (en prensa).

Reich, RB. 1993. El trabajo de las naciones. Hacia el capitalismo del siglo XXI. Buenos Aires, Javier Vergara Editor S.A..

Revelo, J.2000. "Sistema Nacional de Acreditación en Colombia y su desarrollo actual".Revista de la Educación Superior en Línea, Vol. XXIX, Núm. 113, México. <http://www.anui.es.mx>.

Ricardo, S. 1995. Reflexiones sobre la gestión del cambio: paradojas criterios y retos. Colección Biblioteca de la Educación Superior. ANUIES, México: 47-55.

Rivas, J. 1994. Variables del diseño curricular en medicina. Seria Académicos, CBS. UAMX: México.

Ruiz, C. 2001. Las políticas de salud en el estado Mexicano (1917-1997). Tesis para obtener el grado de Doctor en Administración Pública. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM. Marzo.

Ruiz Durán. C.1997. El reto de la educación superior en la sociedad del conocimiento. Colección Biblioteca de la Educación Superior, ANUIES, México.

Sánchez, L. 1987. "Caries dental en el sur del D. F." Rev. Práctica Odontológica, 1987, Vol. 8 No. 2:25-30

Sánchez, MA. 1998. Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico. Masson, Barcelona, España.

Sánchez Vázquez, A. 1969. Ética. Tratados y Manuales Grijalbo. México.

Sanfillipo, J. 1995-1996. "Antes de hace veinticinco años, adonde se enseñaba la odontología en México". Rev. Asociación Dental Mexicana:150-156.

Savater, F. 1997. El valor de educar. Instituto de Estudios Educativos y Sindicales de América. México.

Secretaría de Salud. Programa de Salud Bucal 1997. Secretaría de Salud. México, D. F.

Secretaría de Salud. Programa de Salud Bucal 1999. Secretaría de Salud. México, D. F., febrero del 2000.

Schmelkes, S. La escuela y la formación valoral autónoma. Castellón Editores. México 1997.

SEP. Programa para la Modernización de la Educación 1989-1994

SEP (2001). Programa Nacional de Educación 2001-2006, México.

Serna, L. 1997. "Propuesta metodológica de desarrollo curricular". En Innovación curricular en las instituciones de Educación Superior. Colección Biblioteca de la Educación Superior. ANUIES:99-104.

Serrano, R. 1982. El objeto de transformación. Cuadernos de formación de Profesores. UAMX, CBS

SESIC. www.sesic.sep.gob

Sierra, Justo. 1979. "Discurso ante la Cámara de Diputados el 16 de abril de 1910". Rev. De la Educación Superior en Línea, Núm. 31, ANUIES. www.anui.es.org.

Silva Herzog, J. 1960. La Revolución Mexicana. Breve historia constitucionalista y la lucha de fracciones. Fondo de Cultura Económica, Colección Popular, México.

Silverton, S. 2001. "Women and dentistry: patients, professors, practitioners". Compendium Women and Dentistry of continuing Education in Dentistry. An MWC Publication, Vol. 22, No.1:28-38.

Simoneau, R. 1991. "La Evaluación Institucionales de la Universidad de Quebec. Conceptos Teóricos". Revista de la Educación Superior en Línea. Núm, 3. Vol, 20, ANUIES, Julio-Septiembre, México:205-217. <http://www.anui.es.com> .

SNEE.www.snee.sep.gob

Soto, E. 1997. "La productividad ¿nuevo paradigma del salario universitario?.El caso de la UAM". Rev. Política y Cultura. Universidad y Sociedad. Invierno 97, Núm. 9, UAMX: 149-175

Stuart, H. J,1996. Rodríguez. "Un nuevo paradigma para la gestión pública". B, Kilksberg (compilador). El rediseño del Estado una perspectiva internacional. Instituto Nacional de Administración Pública, Fondo de Cultura Económica, primera reimpresión, México (Ira. edición 1994), Cap. X: 189-207.

Tedesco, L. 1995. "Issues in Dental Curriculum Development and Change". Journal Dental Education. Vol. 59, No. 1:97-147.

1995. "All the things you can think: crossroads, renewal, and change". J. Dental Education. Vol. 59, No. 7:681-686.

Tenti, E. 1983. "Consideraciones sociológicas sobre la calidad educativa". Rev. de la Educación Superior en Línea, No. 47, Julio Septiembre, México.

Tiesler, V. 2001. Decoraciones dentales entre los antiguos mayas. Páginas Mesoamericanas 3, Ediciones Euroamericanas, INAH, México.

Tünerrmann, C. 1996. Situación y perspectivas de las Educación Superior en América Latina. Temas de Hoy 13, ANUIES, México.

UAMX. Programa de estudio de la licenciatura en Estomatología. www.uam.mx

UNAM.1999. Programas de las asignaturas de la Licenciatura en Odontología. UNAM.

UNESCO.a1998. "Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI: visión y acción". En Confluencias, Boletín de la ANUIES 68, México:16-22.

.....b1998. La educación en América Latina y el Caribe 1987-1997. UNESCO Santiago de Chile.

.....1996. Situación Educativa de América Latina y el Caribe 1980-1994. UNESCO Santiago de Chile.

UNI-UAM-X-Tláhuac.1996. Manual de normas y procedimientos de programación y evaluación del aprendizaje multiprofesional en el primer nivel de atención. UAMX.

UNICEF.1998. Hechos y cifras 1998. UNICEF.

Vargas Leyva, R. 2002. "Programa Nacional de Educación 2001-2006": La lectura de la relación Universidad-Estado. Revista de la Educación Superior en Línea. Núm. 121, 2002. <http://www.anuies.com>

Varela, G. 1997. "La política de la Educación Superior en la década de los noventa: grandes esperanzas e ilusiones perdidas". En Mondragón , A. y G.Valenti (Coordinadores) Políticas públicas y Educación Superior. Colección Biblioteca de la Educación Superior. ANUIES, 1997:255-313.

Valdespino, JL et al. 1992. "Mujer y sida en México: epidemiología". En Mujer y sida. Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. Jornadas 121. COLMEX:27-40.

Velásquez, O. H., Vera, ME. Irigoyen, A. Mejilla y L. Sánchez. 2003. "Cambios en la prevalencia de caries dental en escolares de tres regiones de México: encuestas de 1987-1988 y de 1997-1998". Rev. Panamericana de Salud Pública/ J Pan Am Journal Publica Health 13

(5):320-326.

Villaseñor, G. 2002. "Políticas de educación superior en México y en el mundo". En Comboni, S. Juárez, JM.París MD (Coordinadores). ¿Hacia dónde va la Universidad Pública? La Educación Superior en el Siglo XXI. UAM X, México:57-68

Villena, H. J. Izquierdo, J. Bernal. 1984. "Formación de Recursos Humanos para la atención de la salud bucal en Latinoamérica". Conferencia presentada en la Tercera Conferencia de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina, Lima, Perú.

Weber, M.1973. Ensayos sobre Metodología Sociológica, Amorrortu, Argentina.

..... 2002. Economía y Sociedad. Esbozo de sociología comprensiva. Fondo de Cultura Económica (Primera edición en alemán 1922) Segunda reimpresión, España.

WHO Oral Health Programmed. 2000. ORG General Information 28/0/2000.

Yepes, P. 1978. "La experiencia ecuatoriana: el trabajo rural como eje para el desarrollo de los servicios odontológicos ".En Rev. Educación Médica y Salud. Vol. 12, Núm.4, OPS/OMS, Washington:502-511.

Zanettini, I. 1996. VIH/SIDA: La epidemia mundial. Diciembre, ONUSIDA y OMS.

Zárate, G. J. Bernal, N. Balarezo, y J. Izquierdo. 1978. "La experiencia de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en educación odontológica": Rev. Educación Médica y Salud, OPS-OMS, Núm. 4, Vol.12, Washington:436-456.

Zimbrón, A. y M, Feingold.1990. Historia de la Odontología en México. UNAM, CRIM, México.