ARTÍCULO DE REVISIÓN

Actualidad y perspectiva del *currículum* de Odontología

Present-day and perspective of Odontology curriculum

MSc. Carmen Gloria Narváez Carrasco, MSc. Luis Alberto Vicentela Gutiérrez

Facultad de Odontología. Universidad del Desarrollo Concepción, Chile.

RESUMEN

Las actuales construcciones curriculares de la carrera de Odontología en Chile, evidencian la necesidad de un nuevo enfoque que articule las reales necesidades sociales y del mundo del trabajo con las propuestas académicas en ejecución. El trabajo que se presenta a continuación analiza las características generales de la formación del odontólogo en Chile y presenta una perspectiva de las demandas futuras, más allá de los procesos de acreditación institucional. Se evidencian algunas incongruencias en los proyectos curriculares relacionados con la contextualización y adecuación a las necesidades actuales de salud. Se concluye que debe hacerse un mejor esfuerzo en la estructuración curricular de la carrera de Odontología para adaptarlo al rápido avance del conocimiento curricular según el cambiante perfil epidemiológico. Si bien se hacen esfuerzos por modernizar los currículos, el insumo necesario para la adecuación curricular debe provenir desde los egresados y se insta a profundizar en esta línea de investigación.

Palabras clave: Odontología, currículo, perfil profesional.

ABSTRACT

The present curricular structuring of dentistry studies in Chile shows the need of a new approach that combines the real social needs and the requirements of the working world with the academic proposals nowadays. This paper analyzes the general characteristics of the dental training in Chile and presents some perspective

of the future demands, beyond the institutional and programs accreditation processes. Some inconsistencies were observed in the curricular projects related to the contextualization and adaptation to the current health needs. It was concluded that great effort should be made in restructuring the curricula of dental training, in order to adapt it to the advancing knowledge according to the changes in the epidemiological profile. Although efforts are being made to update the curricula, the necessary input for curricular suitability should come from graduates, therefore this paper encourages deepening such research line.

Key words: Dentistry, dental training, curriculum, professional profile.

INTRODUCCIÓN

En Chile, con el advenimiento de la Ley Orgánica Constitucional del Estado en 1990, el número de universidades se incrementó de 8 a más de 60. En términos de la formación odontológica, en 1980 se contaba con 3 escuelas dentales. Al 2011, según datos del Consejo Nacional de Educación son 19 instituciones las que dictan la carrera, en 30 sedes a lo largo del país, ofreciendo un cupo de alrededor de 2 200 vacantes por año. Dicha oferta en un 30 % corresponde a universidades tradicionales. Del total de instituciones solo 9 se encuentran acreditadas, 3 de ellas no tradicionales, en un rango que va de 3 a 6 años de acreditación.[1] Por otro lado, la relación de dentistas por número de habitantes en Chile es similar a la realidad de otros países latinos (1: 7744). Sin embargo, cerca del 40 % de la población puede acceder a atención dental, considerándose que el principal problema no es el número de odontólogos, sino el acceso al tratamiento. En este contexto, las actuales facultades de ciencias de la salud se gestan en un contexto tradicional de planes de estudio, que se ha venido sosteniendo por lo menos durante los últimos 70 u 80 años.[2] Este diseño se ha apoyado en una concepción de los problemas de la salud-enfermedad como cuestión individual.[3] Una muestra de ello es que aún en las facultades de la salud persiste el concepto de departamento como una forma ilustrativa de enfrentar los problemas de salud por segmentos. Sin embargo, poco a poco se ha tenido que enfrentar la aparición de nuevos actores que definen el contexto actual de salud. De esta forma, se ha comprobado que las condiciones ambientales, los estilos de vida, las situaciones de trabajo, la desigual accesibilidad a los bienes y servicios, y otras determinantes de la salud influyen de manera relevante en las condiciones colectivas de salud.[4,5] De acuerdo a esto, la salud-enfermedad es un proceso o necesidad social que requiere un abordaje interdisciplinario e integral.[6,7] En ese sentido se han desarrollado nuevas formas de estructurar el currículo, asociado a un afán de generar una diferenciación competitiva que como efecto ha producido una innovación metodológica y conceptual que de a poco remece y renueva los enfoques existentes.

No obstante, no existe información respecto a cómo el modelado curricular afecta el desempeño profesional de los odontólogos y si la formación profesional efectivamente entrega las herramientas necesarias para enfrentar la problemática de salud específica de la población. Si bien es cierto que las características del medio laboral difieren, en algunos casos notoriamente (urbano/rural, público/privado), las necesidades de salud no hacen mayor diferencia puesto que los indicadores de patologías bucales son aún altos y por ende las consecuencias de

esas mismas patologías generan necesidades de tratamiento y rehabilitación cuyo abordaje es común.[5]

Tampoco se conoce de esfuerzos dirigidos por parte de las facultades de odontología para conocer en profundidad la realidad laboral o la competencia profesional de sus egresados para reformular o adecuar el currículo a esas condiciones, más allá de la necesidad de corroborar antecedentes en el contexto de la acreditación institucional. En términos economicistas, el "mercado objetivo" de alumnos al cual se orientan las facultades ha variado significativamente en estos últimos años.[8,9]

DESARROLLO

Las universidades se han transformado cada vez más en centros formadores regionales o centrados en ciertos grupos poblacionales con características propias y para lo cual se requeriría un enfoque particular. Esa diferencia aún no se traduce en un enfoque curricular específico orientado a las características del alumnado en cuestión o del campo laboral que lo afectará en el futuro.[10]

Al profesional de la odontología, por lo general se le relaciona básicamente con los dientes, sin embargo esta consideración no es única y exclusivamente de la mayoría de la población, sino que también es propia del mismo profesional. Esto plantea algunas interrogantes: ¿Qué sucede con la formación de este profesional? ¿En qué se hace énfasis? ¿En dónde ubica su objeto de trabajo el odontólogo? La odontología tiene una tendencia reduccionista, lo cual pone de manifiesto una limitación en la construcción del conocimiento; el odontólogo pensando que profundiza se va abstrayendo en un submundo alejado de la realidad. Esto genera dilemas que se ponen de manifiesto al transitar desde la formación básica al período de práctica clínica[11] y desde allí a la formación especializada.

Además de una postura reduccionista, la odontología ha asumido históricamente una concepción determinista y mecanicista de su objeto, orientando mayormente su labor a una actividad rehabilitadora que restituya la funcionalidad de los tejidos afectados más que a una idea preventiva. Parte de esta concepción puede apreciarse en la siguiente afirmación de *Carlos Payares*[12] (1990, p. 22): "La comparación de los seres vivos, incluyendo al hombre, con las máquinas, es indudablemente una comparación errónea. El organismo es incomparablemente más complejo que cualquier máquina construida". No obstante, se insiste en la formación de pregrado estructurada sobre modelos que presentan la realidad por segmentos, con el riesgo de reproducir en los egresados una visión parcializada del objeto de su oficio, que es velar por la salud. En este contexto, los estudios de seguimiento de los nuevos odontólogos son una herramienta fundamental para evaluar el perfil formativo y saber si su inserción laboral efectivamente contribuye al mejoramiento de la salud bucal. Para poder ver si el camino previo ha sido el más conveniente, la evaluación de la correspondencia curricular es un elemento de diagnóstico de la realidad cuya finalidad además guía a las instituciones a la reflexión sobre sus fines y valores.[13]

Las distintas posturas curriculares del perfil de los profesionales odontólogos de América Latina, incluyen elementos comunes que se agrupan mayoritariamente en lo correspondiente a integralidad, prevención y resolución de problemas, incluyendo las facultades de odontología nacionales (tabla). Considerando la precariedad de la salud bucal a nivel local, es preciso dimensionar en qué medida estos elementos son necesarios para otorgar coherencia y correspondencia curricular.

Tabla. Universidades de América latina con porcentajes de equivalencia en características comunes en la definición del perfil profesional del odontólogo*

Características del perfil analizado	Número de perfiles que utilizan esa característica y su porcentaje	Número de perfiles que no utilizan esa característica y su porcentaje
Ética	176 (80 %)	43 (20 %)
Interdisciplinariedad	142 (64 %)	77 (36 %)
Integralidad	156 (71 %)	63 (29 %)
Habilidad en comunicación	94 (42 %)	125 (58 %)
Educación continua	135 (61 %)	84 (39 %)
Formación en prevención y promoción de la salud	162 (73 %)	57 (27 %)
Resolución de problemas	196 (89 %)	33 (11 %)
Énfasis en investigación	97 (48 %)	122 (42 %)
Bases científicas médicas	136 (62 %)	77 (38 %)
Énfasis administrativo	55 (26 %)	164 (74 %)
Énfasis Humanístico	136 (62 %)	83 (38 %)
Formación generalista	121 (55 %)	98 (45 %)

*Proyecto Encuentro latinoamericano de equivalencia curricular en odontología (ENLEC) Sao Pablo, enero de 2007. Disponible en www.ciosp.com.br/enlec

En cuanto a los proyectos académicos de las facultades de ciencias de la salud, un currículo adecuado a estos tiempos debería partir de la premisa que la actual cantidad de conocimiento no puede ser "transmitido" en su totalidad al estudiante y que es imposible la formación de un profesional que esté capacitado en todos los saberes a través de un currículum clásico, caracterizado por su compartimentalización y rigidez.[14-18] Los vínculos entre disciplinas se infieren cuando se hace referencia al aseguramiento de los objetivos del egresado, debido a que estos se lograrán de manera más eficiente, en la medida en que el estudiante comprenda mejor la interacción de todo el cuerpo de contenidos presentes en las diferentes disciplinas de su plan de estudio, que le permitirá formarse un cuadro coherente del mundo y de su profesión.[19] A pesar de ser una buena aproximación, esta visión deja de lado los otros elementos que subyacen en cualquier construcción curricular y que no tienen que ver con los contenidos, es decir, las habilidades, la actitud, la conciencia social y medioambiental, los valores que imponga el desarrollo curricular, etc.[20-22] *Frigerio y Poggi*[23] se refieren a la "matriz institucional" como aquella caracterización que involucra a los individuos que se constituyen a partir de una relación intersubjetiva en las instituciones, donde se imprime un modo de ser y actuar, conforme a las condiciones que lo determinan, lo habilitan y lo limitan. Esto supone paradigmas, modos de ser y pensar propios del currículo. Desde esta perspectiva, las instituciones que configuran el perfil profesional ante el nuevo escenario social, de comunicación, conocimiento, configuración del mercado laboral, ejercicio profesional o campo ocupacional, deben mantener una constante actualización de los planes y proyectos académicos. Sin embargo, existen múltiples contradicciones en la formación de los sujetos y el campo profesiona[24] que son percibidas pero aparentemente no asumidas por las instituciones de educación superior.

La forma en que se presenta el conocimiento y la selección de contenidos tendrán un peso importante en el desempeño laboral de los sujetos. Desde este punto de vista, algo falta o se plantea en términos paradójicos, ya que la realidad indica por un lado, elevados índices de persistencia de las enfermedades más comunes asociadas a la odontología[25] lo que induce a pensar sobre la pertinencia de una

formación científico-técnica altamente especializada para un espacio competitivo que exige diversidad, innovación, solución de problemas y creatividad.

El escenario de las profesiones de la salud presenta opciones dicotómicas que atentan contra esta diversidad reclamada por la sociedad. Por un lado se instala el ejercicio particular de la profesión que impone una atomización de los servicios en salud y por otro lado, en el servicio público se debe trabajar en relación de dependencia, aceptando condiciones en muchos casos desventajosas por lo que el sujeto de la salud comienza a desdibujarse y a transformarse en un objeto de la economía y la organización social.[26,27]

Por otro lado, se aprecia un interés renovado en la actitud de los egresados, lo que incluso ha sido incluido en los procesos evaluativos. Esto se origina debido a la poca relación existente entre las expectativas de asistencia médica y el fracaso en las atenciones de salud lo que termina asociándose a un clima de poco profesionalismo.[28,29]

Kanter[30]propuso que se debe formar a los profesionales cada vez más cerca de los espacios de su práctica y para ello los contenidos que se seleccionan en los planes y programas deben estar contextualizados. En tal sentido, *Oliver* y otros[31] plantean una serie de etapas en la reconstrucción del currículum. En la etapa 1 sobresale la creación de un clima para el cambio a partir de la información que se genere desde los estudiantes, personal académico y graduados. En este contexto se evalúa el plan de estudios existente, se reflexiona sobre las necesidades de la práctica contemporánea y futura en el área odontológica con atención a las adecuaciones que deben hacerse en términos de enseñanza y aprendizaje de la ciencia dental, la práctica clínica, etc. Las siguientes etapas implican implementar y validar estos cambios.

Recientes conclusiones sobre la investigación en desarrollo del currículum de odontología, indican que las nuevas tendencias deben enfocarse hacia la integración horizontal y vertical de contenidos, el aprendizaje contextualizado, aprendizaje centrado en el paciente y basado en la evidencia y utilización efectiva de proyectos de investigación que orienten a facilitar el espíritu crítico.[17,31] Para ello es fundamental establecer las conexiones entre contenidos conocidos tradicionalmente como ciencias básicas y contenidos disciplinares. El desarrollo de la biotecnología y nanotecnología y sus implicancias para los futuros profesionales del área odontológica es relevante, por cuanto las ciencias biomédicas y la tecnología son campos con aplicaciones inmediatas y futuras, pero ello depende de cuán integrada esté la competencia de adaptación a las innovaciones científico tecnológicas y cuanto se haya aprovechado de los contenidos propios de estas asignaturas en la formación inicial del odontólogo.[32]

En países que largamente superan a Chile en términos de salud bucodental, se describen varias áreas que aún no han sido resueltas por los egresados del área odontológica, tales como el tratamiento de pacientes con necesidades especiales de atención, médicamente complejos, de la tercera edad, fóbicos, con desórdenes cráneo faciales, etc.[33-36] Sobre esta realidad, el currículo también debe adecuarse a las necesidades de la sociedad y en tal sentido cobra valor reconocer qué tan actualizada o contextualizada está la selección de contenidos curriculares desde la perspectiva de los planes y programas de asignaturas.

La idea central de estas propuestas de evaluación que surgen en otras realidades, es que conociendo las principales áreas por las que los sujetos a su egreso o en los primeros años de egreso deben moverse, se hace más fácil la readecuación o el fortalecimiento del planteamiento curricular desde el punto de vista de las asignaturas que lo componen.[37]

En este estado de situación, una de las cuestiones que requiere necesariamente mayor atención, es lo referente a la formación profesional y la formación para el trabajo. En varios países se está encarando una reforma sustancial de la educación superior, tendiente a desarrollar currículos basados en competencias que permitan una formación integral y flexible y que favorezcan la adaptación a un mercado laboral en constante cambio.[8] En este contexto, indagar sobre la mejor forma de articular educación y formación profesional para satisfacer las necesidades de los egresados es una cuestión que debe instalarse en los escenarios universitarios. En definitiva se objetiva el proceso de enseñanza y se posibilita un proyecto de educación más enriquecedor para proponer un perfil institucional de formación que tenga como meta a un sujeto capaz de admitir su capacidad para expresar su libertad de acción en la toma de diferentes decisiones.[38]

Varios autores han propuesto orientar la búsqueda de un proyecto odontológico basado en una filosofía y un método pensado en la salud y no en la enfermedad, así como también en el tratamiento de las causas de las enfermedades y no únicamente en las consecuencias de estas, en cuanto a que, las enfermedades bucales y psíquicas que tiene una población determinada, no presentan solamente factores causales de tipo bacteriano, sino también sociales, culturales, psicológicas, económicas, políticas y de formación académico-científica.[39-41] Sin embargo, a un nivel mucho más acotado, como es el de la revisión de las asignaturas de la malla curricular, escasos intentos locales han logrado establecer diferencias importantes en la apreciación que tienen los estudiantes y los docentes respecto de la pertinencia curricular de determinadas asignaturas o contenidos y en cómo estos contenidos se han logrado aprehender durante el desarrollo de la carrera. A modo de ejemplo, *Aravena* y *García Hernández*[42] plantean la pregunta específica ¿Cuáles son las competencias y conocimientos en el área de la Anatomía, que debe tener el estudiante, cuando se enfrente a situaciones clínicas, y qué grado de conocimientos reales posee? Como resultado de esta investigación el 49,6 % de los académicos encuestados considera que los conocimientos anatómicos que poseen los alumnos, al iniciar las asignaturas clínicas, son muy buenos y buenos. Sin embargo, en estudio similar aplicado antes a los alumnos[43] se observa que ningún curso alcanza el 60 % de rendimiento mínimo exigido y en evaluación diagnóstica aplicada a los estudiantes de cursos clínicos de la carrera se demuestra que el promedio del rendimiento de cada curso fue inferior a este porcentaje. Por lo visto, la evaluación que se origina desde los estudiantes no es concordante con la apreciación de los docentes. Similares resultados habían obtenido *Maldonado* y otros[44] al expresar que se "…comprueba un marcado olvido de los conocimientos anatómicos entregados en el primer nivel de estudios por parte de los estudiantes de cursos clínicos, avalado y ratificado lo anterior, tanto por el resultado de la prueba de diagnóstico así como la percepción personal de los propios estudiantes". En otras palabras, ¿al nivel del pregrado existen contenidos que se incluyen en los proyectos curriculares y que no están siendo utilizados y/o aprendidos?. Extrapolando esto al ámbito profesional, la correspondencia curricular es un insumo que solo los egresados pueden ayudar a validar en su legítimo nivel, puesto que desde el interior de la institución se corre el riego de generar sesgo en la interpretación de los hallazgos.

CONCLUSIONES

De acuerdo a lo expuesto, es posible concluir que debe hacerse un mejor esfuerzo en la construcción curricular de la carrera de Odontología para adaptarlo al rápido avance del conocimiento curricular, a la pertinencia formativa según el cambiante perfil epidemiológico, al desarrollo de nuevas herramientas educativas y al verdadero impacto en la salud bucal de la población, declarado en los perfiles formativos. Para ello es imprescindible profundizar en el seguimiento laboral de los egresados y en la evaluación de la coherencia entre el profesional formado y las necesidades de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejo Nacional de Educación CNED Chile, Indices 2011. Disponible en: http://www.cned.cl

2. Matas J, Seidemann M. Dental Education in South America: Present Situation. 2008. Disponible en: http://www.icd.org/globe-news/2008/chile-dental-education.htm

3. Piña B. Modelos de explicación sobre la determinación del proceso Salud-Enfermedad. Factores de riesgo en la comunidad. Tomo I, México, DF: Universidad Autónoma de México; 1990.

4. Fee E, TM Brown. The Past and Future of Public Health Practice. American Journal of Public Health. 2000;90:691-2.

5. MINSAL. 2ª Encuesta de Calidad de vida y salud Chile 2006. Ministerio de Salud. República de Chile; 2006.

6. Benatar S. Public Health And Public Health Ethics. Acta bioethica. 2003;9(2):195-207.

7. Strauss R, Stein M, Edwards J, Nies K. The Impact of Community-Based Dental Education on Students. J Dent Educ. 2010;74(10 suppl): 42-55.

8. Barajas G, Fernández J. Formación profesional y mercado de trabajo. Estudio de la profesión odontológica desde la Sociología del Trabajo; 2006. Disponible en: http://www.aset.org.ar/congresos/7/11010.pdf

9. Seidemann M, Torres E. Teaching Dentistry: A Fascinating Challenge. 2009. Disponible en: http://www.icd.org/publications/member_articles/teaching-dentistry.htm

10. Rueda L, Albarracín S, Coscarelli N, Moscón E, Papel G, Irigoyen S. Momento de reflexión en la Educación Odontológica. Facultad de Odontología - Universidad Nacional de La Plata; 2006. Disponible en: http://rapes.unsl.edu.ar/Congresos_realizados/Congresos/III%20Encuentro/Completos/ALBARRACIN2.pdf

11. Torres-Quintana M, Romo F. Bioética y ejercicio profesional de la Odontología. Acta bioethica. 2006;12(1):65-74.

12. Payares C. Salud Oral o las Paradojas de la Práctica Odontológica. Acta Odontológica. 1990;28(3):15-23.

13. Couto M, Vásquez N. Complejidad, transdisciplinariedad y educación. Revista de La Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo. 2008. Disponible en: http://blogcerbeleon.blogspot.com/2009/10/transdisciplinariedad-y-complejidad-en.html

14. Mañalich R. Interdisciplinariedad: Un problema pedagógico. Revista Bimestre Cubana. 2000;Volumen LXXXVIII:15-19.

15. Agne R, Clarke J. Interdisciplinary High School Learning in an Information Age; 2001. Disponible en: http://www.units.muohio.edu/aisorg/pubs/reports/genaccredrevision03jan.pdf

16. Bertolami C. Rationalizing the dental curriculum in light of current disease prevalence and patient demand for treatment: form vs. Content. 2001;65(8):725-35.

17. Howard K, Stewart T, Woodall W, Kingsley K, Marcia Ditmyer M. An Integrated Curriculum: Evolution, Evaluation, and Future Direction. Dent Educ. 2009;73(8):962-71.

18. Vicedo A. La integración de conocimientos en la educación médica. Educ Med Super. 2009;23(4).

19. González V. La orientación profesional y currículum Universitario. Una estrategia educativa para el desarrollo profesional y responsable. Barcelona: Alertes Psicopedagogía; 2004. p. 236.

20. Bernstein B. Clases, Códigos y Control. Madrid: Editorial Akal; 1977.

21. CINDA. Proyecto Las nuevas demandas sociales y sus implicancias para la educación superior. Boletín informativo. 2002;Nº101.

22. Ronald P, Strauss DMD, Ph.D, Stein Margot B, Ph.D, Jeffrey Edwards MSW, Nies Kevin CM. The Impact of Community-Based Dental Education on Students. Ed. J Dent Educ. 2010;74(10 suppl):42-55.

23. Frigerio G, Poggi M. El análisis de la institución educativa. Buenos Aires: Ed. Santillana; 1997.

24. Sanz ME, Treasure W van Dijk C, Feldman H, Groeneveld M, Kellett J, Pazdera L, et al. Profile of the dentist in the oral healthcare team in countries with developed economies. European Journal of Dental Education. 2008;12(1):101-10.

25. Ministerio de Salud Pública. Pautas de evaluación buco dentaria. Departamento de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Salud Bucal. 2da. ed. Santiago de Chile: MINSAL; 2007.

26. Da Chuna M. Aula Universitaria. Innovaciones e investigación. Campinas: Papirus; 1997.

27. Halliday J. Educación, gerencialismo y mercado. Madrid: Ed. Morata; 1995.

28. Lockett MO. Los odontólogos y el campo laboral. RAAO. 2000;Vol.XXXIX(2).

29. Lockett MO. Inserción Laboral de los graduados de la FOUNNE. RAAO. 2003;Vol.XLII(2).

30. Kanter S. Information Management of a Medical School Educational Program: A State-of-the-art. Journal of the American Medical Informatics Association. 1996;3(2):103-11.

31. Oliver RH, Kersten H, Vinkka-Puhakka G, Alpasan D, Bearn I, Cema E, et al. White Curriculum structure: principles and strategy. European Journal of Dental Education. 2008;12(1):74-84.

32. Ford PG, Seymour JA, Beeley F, Curro D, DePaola D, Ferguson M, et al. Adapting to changes in molecular biosciences and technologies. European Journal of Dental Education. 2008;12(1):40-7.

33. Radfar LL. Suresh Medical profile of a dental school patient population. J Dent Educ. 2007; 71:682-6.

34. Fabiano JA, Waldrop D, Nochajski T, Davis E, Goldberg L. Understanding dental student´s knowledge and perception of older people: toward a new model of geriatric dental education. J Dent Educ. 2005;69:419-33.

35. Okawa K, Ichinohe T, Kaneko Y. Anxiety may enhance pain during dental treatment. Bull Dent Coll. 2005;46:51-8.

36. Sykes L. Prosthodontic treatment of the edentoulus adult cleft palate patient. SADJ; 2003;58:64-72.

37. Bennett J, Bennett E, Lowry J, Derry J. Defining the educational needs of recent dental graduates preparing for the Membership of the Faculty of Dental Surgery examination. British Dental Journal. 2005;199:21-5.

38. Rueda L, Albarracín S, Coscarelli N, Mosconi E, Papel G, Irigoyen S, et al. Momento de Reflexión en la Educación Odontológica. Facultad de Odontología-Universidad Nacional de La Plata; 2006. Disponible en: http://rapes.unsl.edu.ar/Congresos_realizados/Congresos/III%20Encuentro/Completos/RUEDA.pdf

39. Torres-Quintana M, Romo F. Bioética y ejercicio profesional de la Odontología. Acta Bioethica. 2006;12(1):65-74.

40. Badenier O. La evaluación en el proceso enseñanza aprendizaje de la carrera de Odontología de la Universidad de Valparaíso. Rev Fac Odontol . Universidad Valparaíso. 2002;2(6):447-51.

41. Labonte R, Sanders D, Baum F. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. Rev Gerenc Polit Salud. 2009;8:16:14-29.

42. Aravena V, García-Hernández F. Anatomía y Competencias Clínicas en Odontología. Estudio Basado en Apreciación de Académico. Int J Morphol. 2007;24(4):713-20.

43. Aravena V, García-Hernández F. Anatomía y Competencias Clínicas en Odontología. Estudio Basado en Apreciación de Estudiantes. Int J Morphol. 2006;24(3):443-8.

44. Maldonado L, Garcia F, Goya T, De la Rosa A, Rosas J, Pérez E. Determinación del grado de aprendizaje anatómico durante los años de estudio de la Carrera de Medicina. Rev Chil Anat. 1993;11(2):84.

Recibido: 10 de julio de 2011.
Aprobado: 25 de julio de 2011.

Carmen Gloria Narváez Carrasco. Facultad de Odontología, Universidad del Desarrollo. Barros Arana 1735, Concepción, Chile. Teléfono 56-41-2268791 Correo electrónico: cgnarvaez@udd.cl