

**APORTES DEL CURRÍCULO PARA EL ABORDAJE COMUNITARIO Y DE INVESTIGACIÓN EN
ODONTOLOGÍA.**

**APORTES DEL CURRÍCULO PARA EL ABORDAJE COMUNITARIO Y DE INVESTIGACIÓN EN
ODONTOLOGÍA.**

**JUAN FELIPE LEON ANGEL
ODONTOLOGO MAGISTER EN SALUD PUBLICA
ESTUDIANTE ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

RESUMEN

Los entornos sociales en donde los estudiantes universitarios de salud realizan sus prácticas comunitarias, representan la posibilidad no solamente de elaborar nuevos aprendizajes, sino también de integrar todo lo que vivencialmente ha sido construido con los aportes del currículo de sus programas de formación.

En la presente investigación se realizó una aproximación a la identificación de las áreas del conocimiento, las prácticas pertenecientes al plan de estudios y a la percepción de las competencias que los estudiantes logran evidenciar a partir sus procesos de aprendizaje y de vinculación con los entornos comunitarios. Asimismo, se compararon estos hallazgos con la propuesta curricular del programa de odontología cursado por los participantes.

Se concluyó que existe una considerable relación entre las áreas del conocimiento incluidas en el plan de estudios del programa universitario y los aportes evidenciados por los estudiantes. La dimensión de interés y respeto por la vida, la inclusión, el bienestar y el desarrollo humanos, así como la investigación a profundidad a nivel comunitario, son aspectos emergentes dentro del proceso de aprendizaje. El reconocimiento de dimensiones poblacionales diferentes a la salud y la comunicación efectiva y vinculante denotan asuntos que resultaron prioritarios para los estudiantes en sus prácticas comunitarias y de investigación.

ABSTRACT

Social environments, where health students apply their health community practices, represent the possibility of both developing new learning and also integrating all life experiences about building knowledge from the curriculum of the career.

In the current research, was made an approach in order to identify the knowledge areas, the practices of the curriculum and the perceptions of the skills that students could make evident from their learning processes and from their link with the community environments. There was made too, a comparison between the findings of the research and the content of the dentistry curriculum.

It was concluded that there is relationship between knowledge areas of the curriculum and the valuable topics revealed by the students. Interest and respect for life, social inclusion, well-being and human development, the deep research in communities are emerging issues into the learning processes. The recognition of population dimensions other than health, and effective and binding communication denote issues that were priorities for students in their community practices and researches.

1. INTRODUCCION.

En el curso de la historia de la humanidad, el estudio de la salud pública ha llevado a quienes han asumido el interés por estas dimensiones del conocimiento, a formular diversas propuestas acerca de cómo elaborar aproximaciones a lo que en lo individual y colectivo de la sociedad pueda estar representando algún fenómeno o expresión que afecte el bienestar o la vida.

Agendas de gobierno, movilizaciones sociales, academia, investigación social e investigaciones en salud han sido protagonistas en este proceso en la medida que han manifestado intereses por lograr evidenciar diversos grados de afectación en la salud y en la vida de las personas y en las poblaciones.

Parte de estas motivaciones pueden ser comprendidas a partir de los consensos de tipo internacional en donde diferentes naciones han encontrado puntos en común para considerar y atender problemáticas de salud de la población con ocasión de su nivel de impacto social, ambiental o de desarrollo económico. (OMS, 1978. OMS Carta de Ottawa, 1986)

En este sentido la Organización Panamericana de la Salud propuso y lideró el llamado Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública en donde se contó con la participación de 28 países. El aporte fundamental que se logró elaborar fue la propuesta en la definición de las competencias del recurso humano en salud. Estas son:

“i) Análisis de situación de salud; ii) Vigilancia y control de riesgos y daños; iii) Promoción de la salud y participación social; iv) Política, planificación, regulación y control; v) Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos; vi) Salud global e internacional”

Teniendo en cuenta que uno de los asuntos donde se centra la atención es precisamente el talento humano en salud, es de entender que la formación académica de los profesionales y técnicos en salud permita desarrollar los aprendizajes necesarios para lograr estas competencias.

Ha sido evidente en diferentes momentos y circunstancias, que los conocimientos y la preparación académica en los profesionales de la salud ha mostrado carencias y dificultades en su consolidación, de manera que el ejercicio de su actividad laboral y la capacidad resolutive que requieren, pueda denotar algún tipo de impacto. Una publicación realizada por The Lancet hace referencia a los desafíos que enfrentan los países acerca de los trabajadores de la salud debido a condiciones negativas del medio laboral pero también de algunas debilidades encontradas en los conocimientos básicos de dichos profesionales. Estas condiciones negativas y la dificultad para aplicar habilidades y adecuadas destrezas impactan la estructuración de los

sistemas de salud. Por ello, los autores dan cuenta de lo importante que resulta el fortalecimiento del recurso humano en salud (Chen et al., 2004).

En el caso de España, se describe en un artículo de Fernandez, que la formación de pregrado en dicho territorio nacional no hace inclusión de ciertos contenidos de estudio que enfoquen a los estudiantes hacia la comprensión de enfermedades propias y de interés en salud pública y salud comunitaria, sino más bien con enfermedades que no son de una gran relevancia y representatividad para esa región en particular (Fernandez, 2005).

Así mismo en España se ha visto necesario el poder definir cuáles finalmente deben ser entonces los asuntos de interés en el perfil de formación de los profesionales de la salud pública, en relación con unas funciones muy propias y que puedan abarcar el entendimiento claro de las diferentes circunstancias que involucren necesidades de salud poblacional, así como también la efectiva resolución de las mismas. Al encontrar esta falta de concordancia y asumirla como una situación problemática, se consideró como relevante el hecho de poder realizar ajustes en los contenidos académicos como los condicionantes de la salud pública, la investigación en salud y las estrategias en torno a los problemas de salud, entre otros (Davó-Blanés, 2011).

Para el año 2017, una publicación académica hace un particular énfasis en las interacciones entre los profesionales de la salud pública y la comunidad estadounidense. Sugiere que los profesionales de la salud pública no generan los acertados lineamientos basados en la evidencia con respecto a la salud poblacional y para ello, deben otorgar una debida importancia a sus estrategias de comunicación (Grant, 2017).

Colombia no ha sido la excepción para este tipo de reflexiones acerca de los procesos de educación en programas universitarios. Uno de estos casos fue evaluado en el programa de enfermería en una universidad de la ciudad de Bogotá. Para los estudiantes de este pregrado los contenidos de la enseñanza en ciertas áreas del currículo se centraron básicamente en la elaboración de un proyecto social, generando en ellos sentimientos de frustración. Por otra parte, esto no coincide por completo con los contenidos señalados por los docentes en el componente de fundamentación. Respecto a la consideración de incluir otras áreas del conocimiento en la enseñanza, los docentes reportaron que era deseable que también se contara con importantes aportes de la sociología y la antropología, situación que fue identificada como una debilidad acerca del plan de estudios (Rodríguez-Gallo & Parra-Vargas, 2019).

En un abordaje diferente se ha planteado la reflexión acerca de entender como situación problemática el hecho de concentrar la atención en los contenidos de los programas en educación para estudiantes de salud. Es decir, que el hecho de otorgar importancia solamente a lo que contiene el currículo, lleva a desatender el propósito de formación en salud pública y a

distanciarse de la naturaleza cambiante del mundo y las nuevas necesidades de la sociedad. Estas consideraciones generan por tanto una desconexión de los estudiantes y profesionales de la salud con respecto a los propósitos de la educación en salud pública. Hace falta una educación más dinámica que se ajuste de una manera más pertinente a la comprensión y apropiación del mundo y la sociedad (Montenegro, 2019).

De acuerdo con estos planteamientos surge entonces la siguiente pregunta para el desarrollo del presente trabajo:

Cuáles son los aportes del currículo del programa de pregrado en odontología de una universidad privada en las prácticas comunitarias que hacen los estudiantes?

2. OBJETIVO GENERAL.

Analizar los aportes del currículo del programa de pregrado en odontología de una universidad privada en las prácticas comunitarias que hacen los estudiantes.

2.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Identificar las estrategias de abordaje a la comunidad por parte de los estudiantes de odontología de una universidad privada.
2. Identificar las categorías y criterios de las ciencias sociales apropiados en el aprendizaje de los estudiantes a partir del currículo del programa de pregrado en odontología de una universidad privada.
3. Comparar las estrategias de abordaje, categorías y criterios con la propuesta curricular del programa de pregrado en odontología de una universidad privada.
4. Conocer la percepción acerca del desarrollo de competencias que tienen los estudiantes frente al ámbito de la salud pública.

3. MARCO TEORICO

3.1. ESTADO DEL ARTE.

En la búsqueda de lograr la formación de un personal en salud con las capacidades para entender las diferentes dinámicas de procesos de salud-enfermedad dentro de entornos biológicos y contextos sociales, culturales, medioambientales y globales, se han planteado desde diversos ámbitos algunas consideraciones. Estas, han tenido como propósito desarrollar adecuadas competencias en los estudiantes a partir de los contenidos académicos propios de las respectivas entidades de educación.

Los procesos de formación de este tipo de personal sanitario han apuntado a conseguir que los estudiantes alcancen unos niveles de interacción con la población de manera individual y colectiva con miras a intervenir las situaciones de enfermedad y a promover la salud en distintos contextos.

En diferentes momentos y escenarios el recurso humano en salud ha sido el centro y motivo de análisis con respecto a sus funciones y a las formas como puede adquirir el conocimiento y las habilidades propias de su quehacer y necesarias para conseguir un mayor beneficio social. Es por ello que en el año 2005, La organización Panamericana de la Salud lideró la Reunión Panamericana de Ministros de Salud con sede en Canadá. Una de las reflexiones principales fruto de este encuentro fue la relevancia del recurso humano en salud ya que se enunció que constituye un pilar importante de los sistemas de salud y de contribución a la calidad de vida poblacional (PAHO, 2005).

Estos propósitos han permitido definir los esfuerzos que los países desarrollan para establecer las características de la formación de las personas que atenderán las necesidades y condiciones de salud en sus diferentes territorios. Por otro lado han conseguido que se propongan perfiles estratégicos del personal de salud para determinar las competencias que requieren de cara a las realidades humanas que van a intervenir. La Organización Mundial de la Salud ha propuesto que el ejercicio de atender a la población conlleva el desarrollo de unas actividades por parte de unas categorías de agentes entre quienes se tiene en cuenta a: personas definidas como cuidadoras, otras como prestadoras de servicios o asistenciales, y así mismo otras denominadas agentes comunitarios. Con estos planteamientos denota entonces la necesaria participación de quienes realizan abordajes a la comunidad en un sentido preventivo o también asistencial (OMS, 2006).

En este sentido la Organización Panamericana de la Salud propuso y lideró el llamado Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública en donde se contó con la participación de 28 países. El aporte fundamental que se logró elaborar fue la propuesta en la definición de las competencias del recurso humano en salud. Estas son:

“i) Análisis de situación de salud; ii) Vigilancia y control de riesgos y daños; iii) Promoción de la salud y participación social; iv) Política, planificación, regulación y control; v) Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos; vi) Salud global e internacional” (OPS, 2010)

En algunos otros países como es el caso de Canadá, existen estudios que dan cuenta de la pertinencia de las experiencias educativas de los estudiantes de salud cuando se han implementado enfoques y perspectivas de salud pública, los cuales han llevado a resultados de aprendizajes más positivos y de un mayor alcance (Hudmon et al., 2011).

La Organización Panamericana de la Salud plantea que existen 11 funciones esenciales de la salud pública. Dentro de estos conceptos el autor Alfaro-Alfaro, expresidente de la Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública, describe que dentro de la octava función denominada Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, se hace necesario asegurar la adquisición de experiencias en salud pública relevantes para todos los estudiantes, así como educación continua en gestión y desarrollo de liderazgo en el ámbito de la salud pública (Alfaro, 2018).

Rengifo hace una reflexión acerca del papel de los sistemas de salud y de los prestadores de los servicios asistenciales en cuanto a la manera como se debe enfocar la prevención para la salud general y la salud oral. Para ello hace un énfasis particular en la importancia de la actividad comunitaria que desarrollan los equipos de personal asistencial en salud. Su propuesta también incluye la pertinencia de abordar la comunidad con personas de variada formación académica haciendo mención que la presencia de personal con estudios en odontología permite que se generen aportes del conocimiento para que los equipos multidisciplinarios puedan realizar la atención de la comunidad, dando una adecuada orientación a la población acerca de la salud general y la salud oral. Por otro lado advierte la necesidad de repensar los modelos de atención entendiendo que el esquema que tradicionalmente se implementa tiene un enfoque curativo-individual que no tiene un gran impacto de salud colectiva, y por tanto es más conveniente aplicar modelos integradores centrados en la promoción de la salud y en los que el abordaje comunitario es una actividad de apoyo para lograr este propósito (Rengifo, 2016).

Con respecto a las prácticas de los estudiantes de programas de la salud, Álvarez, Ángel & Osorio plantean que:

“Es una oportunidad para estudiar en sitio todos los conceptos académicos que aunque fueron analizados en las aulas, en el campo se convierten en una discusión alrededor de

un tema específico y en una reflexión de los componentes que rodean la realidad y los condicionantes sociales alrededor de lo cotidiano de la vida del paciente”. (Álvarez, Ángel & Osorio, 2018).

Debido a la comprensión de las problemáticas en salud y la necesidad de unas capacidades deseables en el personal sanitario, ha emergido la prelación de identificar y proponer la manera como se deben afinar las fortalezas de estos equipos humanos. Es por ello que en países como Canadá, se elaboró un consenso acerca de las competencias esperadas de los profesionales de la salud con miras al desempeño de su actividad en aspectos tan relevantes como el entendimiento de los métodos de investigación, la evaluación y análisis de información y recursos para la toma de decisiones basada en evidencia. La comunicación e interpretación de la información fueron considerados aspectos a los que se debe aplicar un especial rigor. De acuerdo con ello, se definieron 36 competencias clasificadas y organizadas dentro de 7 grupos de categorías (Anderson, 2022).

Una circunstancia similar se ha presentado en Estados Unidos en la medida que su Consejo de Educación para la Salud Pública determinó en el año 2016 que los estudiantes de maestría en salud pública debían demostrar el dominio en cuanto a los métodos de investigación a través de competencias fundamentales definidas para este propósito (Anderson, 2022).

3.2. MARCO CONCEPTUAL

Con el fin de contextualizar la presente investigación, se desarrolló la respectiva identificación de conceptos teóricos soportados en la literatura, abarcando las categorías centrales de este trabajo como son: currículo; prácticas comunitarias; y salud pública.

3.2.1. Currículo

De acuerdo con una actualización reciente del Ministerio de Educación Nacional de Colombia se describe que el currículo:

“Es un plan académico formal que incluye las experiencias de aprendizaje de los estudiantes, en coherencia con el programa de estudios de la disciplina y el grado que se otorga. Incluye metas en el aprendizaje de los estudiantes (habilidades, conocimientos y actitudes); contenido (los temas en las cuales se integran las experiencias de aprendizaje); secuencia (el orden en que se presentan los conceptos); recursos educativos (materiales y entornos); evaluación (métodos utilizados para evaluar el aprendizaje de los estudiantes como resultado de estas experiencias)” (Ministerio de Educación, abril 2021)

Para Doyle, el término currículum tradicionalmente había sido empleado para referirse únicamente al contenido de la educación y a los elementos intencionalmente utilizados en el escenario de este ejercicio. Sin embargo, menciona que se produjo una serie de reflexiones y cambios en la forma como se entiende el currículum, al punto de dejar claro que no es posible reducir el significado de currículum a una sola idea, con mayor razón a una idea estática y unidireccional de docentes hacia estudiantes. De acuerdo con sus planteamientos, los estudiantes dan forma al currículum en la medida en que construyen experiencias sociales y compartidas a partir de sus nuevos aprendizajes (Doyle,1995)

Por su parte, Posner propone que existen siete conceptos comunes vinculados a la idea de currículum:

Alcance y secuencia: Se refiere a la descripción del currículum como una matriz de objetivos asignados y agrupados de acuerdo con un tema común.

Programa de estudios: Un plan para un curso completo, el cual suele incluir fundamentos, temas, recursos y evaluación.

Esquema de contenido: Una lista de tópicos a cubrir organizados en forma de esquema.

Estándares: Una lista de conocimientos y habilidades requeridos por todos los estudiantes al finalizar.

Libros de texto: Materiales educativos usados como guías para la enseñanza en el salón de clases.

Ruta de estudio: Una serie de cursos que los estudiantes deben completar.

Experiencias planeadas: Todas las experiencias académicas, atléticas, emocionales o sociales, que los estudiantes viven y que han sido planeadas por la institución educativa.

Plantea además que no considera muy acertado el hecho de establecer una única definición de currículum para mantener un apego conceptual a ella, ya que hay implicaciones filosóficas y políticas, además de diferentes maneras de aproximación al currículum bien sea como un medio o como un fin de la educación (Posner, 2005)

En medio de esta diversidad de posturas, Sacristan explica que es posible entender los procesos y dinámicas del currículum a partir de un modelo explicativo que analiza los distintos niveles o fases en donde se encausa su significado. En este modelo incluye entonces al currículum prescrito, que es punto de partida como regulación de un sistema de educación político y social; el currículum presentado a los profesores, que ocurre como una interpretación que se adapta a la particularidad de cada quehacer docente, llevado principalmente a través de los textos; el currículum moldeado por los profesores, es la organización individual o conjunta de los docentes para moldear y estructurar su enseñanza de acuerdo con los criterios propios de su área del conocimiento; el currículum en acción, que se concreta en las tareas académicas según los elementos teóricos y prácticos que ha propuesto cada docente; el currículum realizado, representado por todos los efectos perceptibles y ocultos de tipo cognoscitivo, afectivo, moral, social y que se entienden como aprendizajes en los estudiantes; y el currículum evaluado, es el

nivel en el que se resaltan aspectos coherentes o no concordantes con el formulación inicial propuesta y en donde se reafirma o reconfigura su elaboración (Sacristan, 1995)

Los enfoques teóricos resaltan una notable relevancia a la elaboración de aprendizajes y estructuración y reestructuración del currículo a partir de las interacciones sociales que tienen lugar con la enseñanza. Al respecto, Goodson afirma que el currículo se construye en diferentes escenarios y a diferentes niveles; y que en el centro de esta variedad se encuentra la diferenciación entre el currículo escrito y el currículo como actividad en el aula. Advierte que no es conveniente analizarlo abordando solamente la dimensión del currículo escrito ya que tiene una connotación inerte e incompleta (Goodson, 2000)

3.2.2. Prácticas comunitarias

En la revisión de la literatura fue posible encontrar el concepto de PRACTICA FORMATIVA EN SALUD, la cual está descrita en el Decreto 2376 de 2010 como la estrategia pedagógica planificada y organizada desde una institución educativa que busca integrar la formación académica con la prestación de servicios de salud, con el propósito de fortalecer y generar competencias, capacidades y nuevos conocimientos en los estudiantes y docentes de los programas de formación en salud, en un marco que promueve la calidad de la atención y el ejercicio profesional autónomo, responsable y ético de la profesión.

Para ello, define unos espacios institucionales que intervienen en la atención integral en salud de la población y por otro lado, unos espacios comunitarios que intervienen en la atención integral en salud de la población (República de Colombia, 2010)

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud liderada por la Organización Mundial de la Salud, permitió consensuar la definición de la participación de la comunidad como: el proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo. Para ello, han de comprender que no tienen por qué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes. Han de adquirir la amplitud necesaria para evaluar una situación, ponderar las diversas posibilidades y calcular cuál puede ser su propia aportación. Ahora bien, así como la comunidad debe estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las aptitudes propuestas y de sus costos relativos (OPS, 1984)

3.2.3. Salud pública

De acuerdo con la perspectiva, interés o área del conocimiento que tenga una intención de aproximación conceptual, es posible encontrar diferentes propuestas al respecto. Por ejemplo la racionalidad política y gubernamental da cuenta de una salud pública que:

“... está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad” (Ministerio de Salud y protección social. República de Colombia, 2007)

Por otro lado, la salud pública ha sido entendida a partir de múltiples criterios y mediada por los contextos históricos, políticos y culturales; además, se vincula con la existencia misma de la humanidad. De ahí que Vivas reseñe que:

“La Salud Pública siempre se ha caracterizado por la relevancia de sus preguntas y cuestiones a los problemas de salud, para los que la toma de decisiones es crucial para el bienestar y desarrollo de las poblaciones... La historia de la salud Pública en todo el mundo es un trabajo en progreso, por lo cual no termina de reinventarse y de narrarse. Mientras exista un ser humano interrelacionado que evoluciona en el tiempo y dependa de la salud para sobrevivir, la Salud Pública dará testimonio y siempre estará involucrada en la búsqueda constante de nuevas iniciativas para sobrellevar desafíos sin límites cronológicos” (Vivas, 2019)

Para la Organización Mundial de la Salud, la idea de salud pública está muy vinculada al quehacer organizado de múltiples alcances contenidos en las funciones esenciales que le ha definido, así:

“Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud.

La vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias.

Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud.

Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población.

Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia.

Desarrollo de recursos humanos para la salud.

Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces.

Financiamiento de la salud eficiente y equitativo.

Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad.

Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables.

Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud” (OMS, 2000)

A partir de unas apreciaciones muy diferentes a los organismos multilaterales y rectores como la OMS, la salud pública ha tenido también una construcción conceptual distinta que explica que los modelos y lenguajes rectores llevan a tener una mirada dualista, limitada y fragmentada de la realidad y de sus fenómenos. Trazando una reflexión distinta, Galvis reseña que:

“La Salud Pública es un campo de discusión y acción en el que convergen conceptos, teorías y paradigmas de diversos campos disciplinares. A pesar de ello, muchas de las comprensiones y marcos explicativos que se utilizan para abordar sus temas de interés mantienen una perspectiva tradicional, que poco se aleja de los planteamientos canónicos establecidos por los organismos internacionales que delinear su quehacer” (Galvis, 2019).

3.3. MARCO NORMATIVO.

La legislación colombiana referente a la educación ha descrito que el recurso humano debe tener unos aprendizajes pertinentes que también estén muy relacionados con las condiciones, realidades y necesidades del territorio. Al respecto, la Ley 30 de 1992 adjudica a la educación superior objetivos como el de:

“Promover la unidad nacional, la descentralización, la integración regional y la cooperación interinstitucional con miras a que las diversas zonas del país dispongan de los recursos humanos y de las tecnologías apropiadas que les permitan atender adecuadamente sus necesidades” (República de Colombia, 1992).

Con respecto a la necesidad de relacionar a los estudiantes con las comunidades y del logro de aprendizajes a partir de la realidad poblacional, la Ley 100 de 1993 en su artículo 247 menciona que dentro del aprendizaje académico de los programas de educación superior en salud, los estudiantes realizarán prácticas de formación a través de convenios con instituciones de salud en donde ejerciten sus conocimientos previamente adquiridos (República de Colombia, 1993).

El Decreto 190 de 1996 determina cierta normatividad dentro del contexto del sistema de seguridad social en salud, y lo hace específicamente para la relación Docente-Asistencial. Esta, hace referencia a la vinculación de entidades prestadoras de salud con las instituciones educativas. Su propósito da cuenta de conseguir la excelencia académica en los estudiantes de programas de salud mientras hacen parte de la atención de la comunidad en los diferentes servicios de salud (República de Colombia, 1996).

La Ley 1164 de 2007 describe que el mejoramiento de la salud de la población guarda relación con aplicar de manera pertinente e idónea las competencias por parte del personal asistencial en salud. Define que el Talento Humano en Salud debe tener como característica un muy pertinente grado de formación de manera que logre los mayores beneficios posibles en su ejercicio asistencial (República de Colombia, 2007).

El Decreto 2376 de 2010 reglamenta lo concerniente a la relación docencia-servicio que se genera entre instituciones educativas y de salud. Establece como objetivos:

“Asegurar alianzas y planes de largo plazo entre instituciones educativas e instituciones prestadoras o aseguradoras de servicios de salud, instituciones de servicios, de investigación o espacios comunitarios que intervienen en la atención integral en salud de la población, para el desarrollo y fortalecimiento de escenarios de práctica fundados en objetivos, principios y estrategias pedagógicas compartidas.

Asegurar la formación de talento humano en salud competente, con alto sentido ético, de responsabilidad y compromiso social con la salud de la población.

Asegurar espacios adecuados para la docencia, la extensión, la investigación, la generación de conocimiento y el desarrollo de soluciones a los problemas de salud de la población (República de Colombia, 2010).

Con respecto al recurso humano y el logro de las estrategias efectivas en salud, la Ley 1438 del 2011, que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece que el Ministerio de la Protección Social, definirá la política de Talento Humano en Salud que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del sistema general de seguridad social (República de Colombia, 2011).

4. METODOLOGIA.

El método planteado para desarrollar el presente trabajo de grado es un estudio cualitativo de tipo interpretativo con el propósito de identificar las apropiaciones que los estudiantes del programa de pregrado en odontología de una universidad privada han elaborado a partir del currículo y asimismo han implementado en el ejercicio de sus prácticas comunitarias. Así mismo, poder reconocer las percepciones de los estudiantes acerca de su desarrollo de competencias frente al ámbito de la salud pública

Con relación a la descripción teórica de la metodología cualitativa, el investigador parte de la subjetividad para encontrar el significado social entendiéndose el investigador como parte de la realidad. La imagen de la realidad social es subjetivamente significada y socialmente construida, de forma tal que se basa en la comprensión. Busca la perspectiva interna del problema en la interacción con los sujetos que estudia, y de acuerdo con ello, la meta de la investigación es exploración e interpretación (Bautista, 2011).

Vasilachis relaciona las perspectivas de diferentes autores acerca de la investigación cualitativa. De esta manera refiere que para Denzin y Lincoln (1994), la investigación cualitativa es multimetódica, naturalista e interpretativa, escenarios en los cuales los investigadores indagan en situaciones naturales, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos según el significado que las personas le otorgan. Explica también que para Creswell (1998) la investigación cualitativa es un proceso interpretativo que permite construir una imagen compleja y holística, analizando palabras y presentando las perspectivas detalladas de las personas participantes. Define además que de acuerdo con Silverman (2005), se le da un considerable valor a la importancia de la construcción del mundo social mediante la interacción secuencial, en donde se desenvuelven los significados de los participantes. De la misma manera, relata que Marshal y Rossman (1999) describen la investigación cualitativa como pragmática, interpretativa y asentada en la experiencia de las personas; y que el proceso de investigación es interactivo y además descriptivo y analítico, con la particularidad que privilegia las palabras de las personas como datos primarios. Así mismo, Mason (1996) entiende que la investigación cualitativa está fundada en una posición filosófica ampliamente interpretativa y muy interesada en las formas en las que el mundo social es comprendido, experimentado y producido; está sostenida por métodos de análisis y explicación que abarcan la comprensión de la complejidad, el detalle y el contexto (Vasilachis, 2006).

4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

4.1.1 REVISION DE FUENTES.

Teniendo en cuenta estas perspectivas de análisis de la investigación cualitativa, se efectuará para este trabajo una revisión de fuentes, entendiéndose ella como una revisión del currículo del programa de pregrado de odontología de una universidad privada con respecto al área de salud comunitaria, salud pública y las áreas del conocimientos afines a ella y relacionadas con las ciencias sociales.

4.1.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Por otro lado se realizará la selección de una muestra de participantes para la recolección de la información. De acuerdo con Hernandez, la muestra para un estudio cualitativo se define en cantidad de acuerdo con aspectos importantes inherentes al proceso de investigación como son: la saturación de categorías, la naturaleza del fenómeno a estudiar, el entendimiento del fenómeno y la capacidad de recolección y análisis. Se entiende de esta manera que no hay un parámetro definido para seleccionar un número determinado a considerar dentro de la muestra. La muestra final podrá ser apreciada en la medida que los casos que van adicionándose no constituyen un aporte relevante y novedoso, a lo cual se determina: saturación de categorías (Hernandez, 2010).

Con este fundamento, se realizará el abordaje a la población de estudiantes de los dos últimos semestres del programa de odontología de una universidad privada y se seleccionará una muestra de 11 participantes con el fin de aplicar de manera individual un instrumento de investigación cualitativa para la recolección de la información, en este caso una encuesta.

El criterio para que los estudiantes pertenezcan a los dos últimos semestres se define teniendo en cuenta que ya han cursado la gran mayoría o la totalidad de los contenidos académicos de pregrado. Además de esto, son estudiantes que han tenido la experiencia de realizar las diferentes prácticas de odontología comunitaria y asimismo han desarrollado proyectos de investigación. Para la selección de la muestra se realizará un abordaje al grupo de estudiantes bajo la autorización del Concejo de Facultad de Odontología. Para informar y convocar a participar de la investigación no se hará distinción de ningún tipo y se recibirá la participación de los y las estudiantes que voluntariamente acepten hacerlo.

4.1.3. CONSIDERACIONES ETICAS.

Las consideraciones éticas para esta investigación guardan relación con aspectos como:

- La participación de los estudiantes de odontología es libre, voluntaria y posterior a una orientación explicativa acerca del proceso propio de la investigación, su naturaleza y propósito.
- Se les solicitará la lectura y diligenciamiento del respectivo consentimiento informado haciendo las respectivas aclaraciones complementarias a que haya lugar.
- La confidencialidad es un principio que estará presente durante todo el proceso de la investigación y posterior a ella. No se divulgará información como datos personales o de identificación de los participantes.
- La participación de los estudiantes o su eventual retiro libre y voluntario, no implica para ellos perjuicios de ninguna índole.
- Con el desarrollo de la investigación no se considera ningún tipo de daño o perjuicio a la comunidad estudiantil ni a la sociedad.

4.1.4. RECOLECCION DE LA INFORMACION.

El instrumento diseñado para la recolección de la información consiste en una encuesta cuyas preguntas fueron planteadas de acuerdo con una alineación hacia las categorías de la investigación. Las categorías de estudio que estructuran la encuesta son construidas a partir de la revisión de antecedentes y teniendo en cuenta los objetivos específicos del trabajo de investigación.

De acuerdo con ello, el instrumento cuenta con un total de 12 preguntas y tiene 3 secciones de preguntas agrupadas con dichas categorías y con los objetivos de la investigación.

Las categorías de estudio se relacionan a continuación:

- Prácticas comunitarias de los estudiantes de odontología.
- Salud Pública en el contexto de las prácticas comunitarias en odontología.
- Currículo del programa de odontología en una institución de educación superior.

4.1.5. ANALISIS DE LOS DATOS.

Una vez finalizada la recolección de los datos se procederá con la codificación. Esta fase analítica de la información recolectada es descrita por Gibbs como:

“... el modo en que usted define de qué tratan los datos que está analizando. Implica identificar y registrar uno o más pasajes de texto u otros datos como parte de cuadros que, en cierto sentido, ejemplifican la misma idea teórica o descriptiva. Normalmente, se identifican varios pasajes y se los vincula entonces con un nombre para esa idea: el código. Así, todo el texto, etc., que trata sobre lo mismo o ejemplifica lo mismo se codifica con el mismo nombre. Codificar es una manera de indexar o categorizar el texto para establecer un marco de ideas temáticas sobre él” (Gibbs, 2007).

Manteniendo esta ruta metodológica, se precederá por tanto con el método de codificación guiada por conceptos, para la identificación de las respectivas categorías tanto descritas de antemano como emergentes, aplicando de manera constante el método de análisis de contenido.

La presentación de los resultados y la discusión, incluirán una explicación y descripción de la categorización versus la propuesta curricular del programa de pregrado de odontología. De la misma manera se presentarán las percepciones de los estudiantes acerca de su desarrollo de competencias frente al ámbito de la salud pública.

5. RESULTADOS Y DISCUSION.

Teniendo en cuenta las categorías centrales del presente trabajo de investigación se procede a presentar de manera secuencial los resultados obtenidos por medio del análisis de los datos recolectados con la aplicación del instrumento de investigación.

Dichos apartados corresponden a los análisis de contenido con respecto a: Currículo, Prácticas comunitarias; y Salud Pública.

CURRICULO DEL PROGRAMA DE ODONTOLOGIA DE UNA INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR PRIVADA.

Se indagó en la encuesta presentada a los estudiantes de odontología, con respecto al concepto o idea que se tiene acerca del currículo dentro de una carrera o programa de formación universitario. Con respecto a ello, se evidenció una variedad de representaciones que se agruparon alrededor de 3 ideas centrales:

La primera idea da cuenta del currículo como contenidos y objetivos que hacen parte del programa de estudios y que incluyen un listado de asignaturas, las cuales tienen una organización determinada de acuerdo con espacios de tiempo descritos bien sea como intervalos semestrales, o programas completos de una carrera universitaria.

La segunda idea guarda relación con un proceso de formación que ya ha recibido una persona y en el que se incluyen sus resultados de evaluación, habilidades, y fortalezas con relación a las asignaturas cursadas. De esta manera esto constituye un perfil en donde ya hay afinadas unas capacidades relatadas también como formación clínica, pero con la descripción de lo que denominan ellos una hoja de vida.

La tercera idea define que el currículo hace referencia a los requisitos que deben ser cumplidos por parte de un estudiante para poder participar y tener acceso a las actividades propias de un programa de estudios universitario.

Del total de participantes, uno de ellos manifiesta no tener claridad con respecto al concepto de currículo.

Por otro lado, cuando se les preguntó a los participantes acerca de los aportes de las áreas del conocimiento que ellos identifican en el plan de estudios de odontología y que produjeron un aporte a su formación en las áreas de interés que aborda este trabajo de investigación, los estudiantes definieron en su gran mayoría (9 de 11 estudiantes) que “Comunitaria” u “Odontología comunitaria” representa para ellos la fuente de dichos aportes.

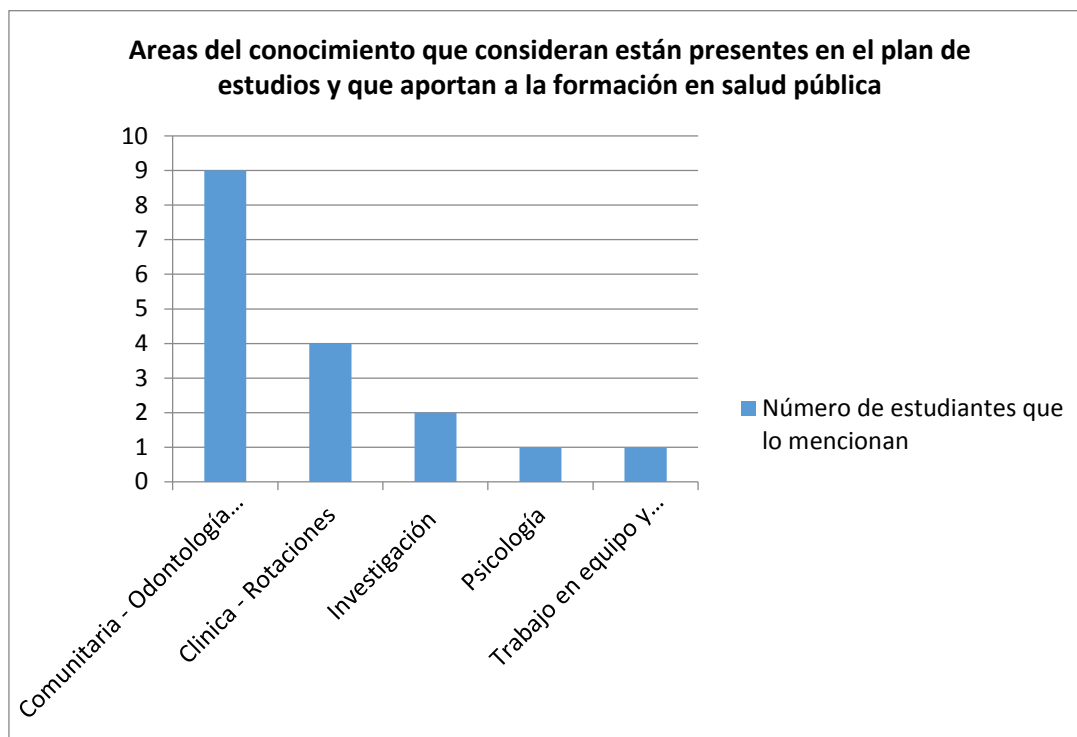
Dos de los estudiantes vinculan en sus respuestas que el área de investigación es la que les ha dado el conocimiento necesario para ello.

Cuatro de ellos hacen mención de las actividades prácticas en la “Clínica”, actividad dentro de la universidad, y de las “rotaciones” asignadas que realizan fuera de la universidad de manera programada.

Uno de los estudiantes lo asocia también con aportes de psicología como área del conocimiento perteneciente al plan de estudios.

Uno de los estudiantes menciona que el trabajo en equipo y la comunicación asertiva están presentes en el plan de estudios y le han representado los aportes correspondientes en su formación.

Estos datos se relacionan a continuación en la gráfica 1:



Gráfica 1

Ahora bien, cuando se aborda acerca de las áreas del conocimiento que representan para los participantes una utilidad para realizar actividades comunitarias e investigación, siete estudiantes otorgan a la Comunitaria esta utilidad y relevancia. Dos estudiantes indican que las actividades clínicas y de rotación fuera de la universidad son sus principales fuentes de utilidad. Un estudiante refiere que el trabajo en equipo como área del conocimiento le ha brindado esta relevancia y utilidad. Por el contrario, uno de los estudiantes informa que ninguna de las áreas del conocimiento ha aportado utilidad en su caso personal para actividades comunitarias y de investigación. Esto último a pesar que este participante identificó a la comunitaria y la psicología como áreas del conocimiento presentes en el plan de estudios de odontología y que aportan a la formación en salud pública.

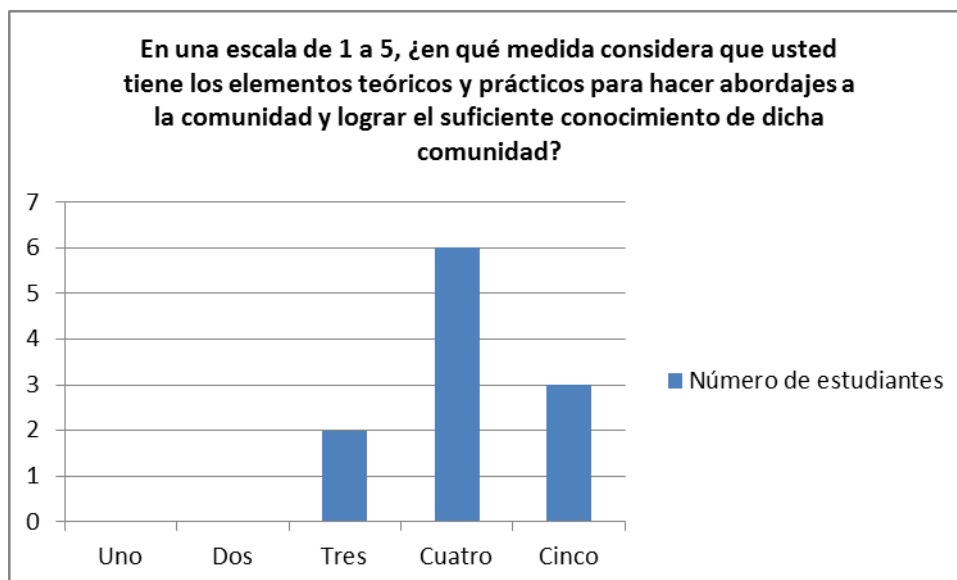
Al momento de considerar mediante una escala de medición, los elementos teóricos y prácticos del plan de estudios con los que han logrado hacer abordajes a las comunidades y lograr un suficiente conocimiento de esas comunidades, los estudiantes se asignaron los siguientes valores de 1 a 5:

Seis estudiantes en el valor 4.

Tres estudiantes en el valor 5.

Dos estudiantes en el valor 3.

Ningún estudiante en los valores 1 y 2.



Gráfica 2

Las explicaciones que dan los participantes al valor seleccionado se describen así:

Para el valor 4:

- Faltan conocimientos descritos como “culturales” que requieren una afinación por medio de la experiencia y estudios de mayor profundidad en las comunidades.
- Ha habido oportunidad de abordar diferentes comunidades y se ha evidenciado que estas prácticas no son una actividad fácil de desarrollar y requieren un refuerzo orientado a la dimensión actitudinal del estudiante y de sus conocimientos.
- Hay apropiamiento de conceptos teóricos y se han logrado aproximaciones a las comunidades en las que se ha logrado identificar un adecuado abordaje, relación y comunicación con la misma.
- La formación ha permitido adquirir experiencia y facilitar una vinculación mediada por el respeto, las buenas prácticas profesionales y la consideración de las realidades propias de la comunidad.
- Se pudo haber logrado una mejor ejecución en cuanto a la comunicación, la crítica y el trabajo en equipo.

Para el valor 5:

- Los conocimientos adquiridos llevan a conseguir la posibilidad de ofrecer a la comunidad que ésta sea atendida de una forma muy pertinente.
- Porque ha habido una formación básica desde el primer semestre y durante todo el programa de estudios en odontología.
- Porque hay la adecuada proporción y aportes de conocimientos y de experiencia para llevar a cabo estas actividades.

Para el valor 3:

- Porque a pesar de tener los aportes del currículo en cuanto a conocimientos y formación teórica, no ha habido un abordaje de una problemática poblacional o la posibilidad de aportar a resolver una necesidad de este tipo.
- En el área práctica hay un buen desempeño, pero hay aspectos teóricos que requieren ser complementados y reforzados para lograr tener y experimentar una mayor seguridad en los abordajes comunitarios.

Con respecto al currículo, se les preguntó a los estudiantes de odontología acerca de cuáles serían sus propias propuestas con respecto a tres líneas específicas: Salud pública – Actividades Comunitarias – Investigación, en dicho programa de estudios de pregrado.

Cinco de los estudiantes participantes hace mención de actividades comunitarias aunque no se hace una mayor especificación acerca de cómo propondrían algo más que complemente lo que en la actualidad se lleva a cabo.

Dos estudiantes exponen la idea de generar más espacios entendidos éstos como fuera del ambiente o campus universitario, con dos propósitos: Uno, el de tener mayor contacto con el entorno comunitario y poder desarrollar destrezas afines a las realidades propias de las comunidades; y el otro propósito, el de poder compartir otro tipo de experiencias con metodologías más dinámicas y alrededor de lo concerniente a la salud pública.

Un estudiante plantea que es necesario realizar refuerzos en algunas de las asignaturas, sin hacer una clara distinción de cuales serían estas asignaturas.

Un estudiante presenta su propuesta hacia lo referente a la gestión administrativa del consultorio odontológico en los contextos comunitarios.

Un estudiante indica que su opinión se inclina hacia la línea de investigación como área del currículo a ser reforzada, sin una explicación más detallada.

PRACTICAS COMUNITARIAS DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA.

Los resultados obtenidos a partir de las respuestas de los participantes evidencian que diez de ellos asocian estas prácticas con acciones, participaciones, intervenciones, actividades, espacios, en los que se define claramente una finalidad relacionada con abordar una comunidad determinada. Ese abordaje es entendido en términos de aportar una información pertinente, promover la condición de salud población, aplicar procedimientos de prevención, detección de

la enfermedad y de implementar tratamientos. Además, se contribuye al bienestar colectivo y su calidad de vida.

Un participante señala que estas acciones no solamente se desarrollan en forma unidireccional sino que se establecen vínculos con la comunidad al tener estas intervenciones.

Otro estudiante aduce que hay un previo conocimiento de las características propias de la comunidad cuando se planea hacer una práctica de este tipo.

Se encontró también que uno de los estudiantes relaciona la finalidad de las prácticas comunitarias con el bienestar del colectivo, haciendo claridad que este bienestar incluye otros aspectos o ámbitos más allá de lo biológico.

Acerca de la percepción que tienen los estudiantes en cuanto a si las prácticas comunitarias han aportado a su formación profesional, todos ellos respondieron afirmativamente.

Esos aportes son descritos con acciones específicas como aprender a identificar poblaciones, circunstancias, problemáticas, particularidades que asocian con vulnerabilidad, aspectos sociodemográficos. Además describen aprendizajes relacionados con diferencias en los aspectos culturales e ideológicos en los colectivos. A partir de la identificación de estos aspectos, relatan que es posible afinar una aproximación más acorde con las características de cada comunidad. Son actividades que traen algo nuevo, que les permite tener una mejor comprensión de lo que es un desempeño grupal y también de apreciar la singularidad de cada miembro de la comunidad entendiendo sus particularidades. Esto es posible en la medida que se inducen unas interacciones bastante comprendidas como “ayuda” y de ser gestores de una información pertinente que reduce la vulnerabilidad. Con respecto a la información, la atención de la población en estos espacios comunitarios da lugar a mejores actos de escucha bidireccional, ya que se percibe que su gestión preventiva y del autocuidado es recibida con respeto e interés por parte de la comunidad. De la misma manera, los estudiantes tienen la posibilidad de conocer los relatos de los miembros de la comunidad acerca de sus propias realidades.

Los aspectos que los estudiantes consideran importantes para el desarrollo de los abordajes a la comunidad incluyen una plena consciencia social que no sesga o cuestiona el ser o el hacer de las personas. Se enfatiza en la comprensión, inclusión y respeto por la vida y las características que rodean las vidas de las personas en las comunidades. A partir de la identificación de situaciones específicas de la comunidad poder encontrar posibles dificultades en el acceso a los servicios de salud o a la información relacionada con el autocuidado y hábitos que lo promuevan.

Así mismo, indican la importancia de ser intencionales en la planeación de:

- El desarrollo de las actividades de intervención y preventivas.
- El uso de un lenguaje pertinente acorde con la comunidad y más cercano al diálogo que a los tecnicismos.
- Convocar a los núcleos familiares y cuidadores de los menores de edad para que sean copartícipes de las actividades y generar en ellos los conocimientos preventivos y del bienestar y cuidados de la salud.

La paciencia es mencionada también como elemento fundamental para lograr ser agente social que busca comprender y vincularse con una comunidad.

SALUD PUBLICA EN EL CONTEXTO DE LAS PRACTICAS COMUNITARIAS EN ODONTOLOGIA.

Los participantes manifestaron definiciones diversas de lo que han logrado elaborar como aprendizaje acerca de lo que es la salud pública. Las palabras o los términos que definen de manera central este concepto incluyeron ideas relacionadas con una percepción de salud pública como:

- Institucional.
- Normativa.
- Institucional y de servicios.
- Un área del conocimiento de la salud.
- Un agente rector.
- Una dimensión de la sociedad.
- Un enfoque de cobertura universal.
- Salud con un alcance comunitario.

Ahora bien, con respecto al quehacer de la salud pública vinculado dentro de la misma definición planteada por cada uno de los estudiantes, se evidenciaron las siguientes acciones:

- Prevenir (en 5 de los 11 estudiantes).
- Resolver o tratar situaciones que afectan la salud (en 2 de los 11 estudiantes).
- Garantizar la salud (en 2 de los 11 estudiantes).
- Mantener una organización (en 1 de los 11 estudiantes).
- Definir procesos (en 1 de los 11 estudiantes).
- Asegurar la universalidad y acceso en la prestación de salud (en 1 de los 11 estudiantes).
- Mejorar la salud (en 1 de los 11 estudiantes).

También indican a partir de sus apreciaciones, que el objeto o finalidad de la salud pública guarda relación con:

- Las condiciones de vida, bienestar, desarrollo.
- Las situaciones de salud comunitaria o poblacional.
- Procesos de salud en el ámbito público.

Los estudiantes relatan que si su formación profesional no incluyera salud pública tendrían una desconexión de las realidades de la población, existiría una carencia para lograr una intervención hacia la problemática de una comunidad, se estaría ante un escenario incompleto ya que ellos mismos son agentes de la salud poblacional, habría dificultades en el desempeño profesional, no podrían interpretar la realidad de la situación de salud del país, no habría un aprendizaje de “humanidad”, sería un ejercicio profesional no apto y deficiente.

A partir de la salud pública los estudiantes identifican que sus aprendizajes les permiten:

- Evaluar un estado inicial de la población con respecto a situaciones problemáticas de salud.
- Obtener un conocimiento a profundidad de la población.
- Desarrollar análisis de riesgos de acuerdo con una situación determinada.
- Entender la población desde los conceptos demográficos.
- Tener una comprensión acerca de aspectos culturales, económicos y sociales de un colectivo.
- Determinar objetivos con respecto a intervenciones pertinentes y alineadas a la problemática encontrada.
- Definir acciones específicas hacia la población, como intervenciones en salud.
- Proponer las estrategias y recursos más indicados para la intervención.
- Lograr una vinculación y comunicación efectivas y acordes con la población en particular.

Por otro lado, se encontró que con respecto a las percepciones de los estudiantes acerca de su desarrollo de competencias frente al ámbito de la salud pública, los estudiantes concluyeron que sus competencias son descritas como:

- Capacidad de comprensión con una dimensión social y de análisis de relaciones de salud-enfermedad a nivel poblacional.

- Capacidad de abordajes cercanos a la comunidad mediados por la humanización y la inclusión. Reconocimiento de otras dimensiones o aspectos propios de la población.
- Posibilidad de ser agentes más solidarios e interesados por el respeto por la vida en las comunidades.
- Capacidad de intervenir argumentativamente con conceptos y apreciaciones propias para ser tenidos en cuenta.
- Capacidad de investigación y análisis de factores que puedan generar afectación en la salud de una comunidad.
- Ser un agente de comunicación que se vincula fácilmente con la población.
- Capacidad de investigar a profundidad acerca de un grupo poblacional.
- Diseñar estratégicamente intervenciones para las necesidades de una comunidad.

El plan curricular del pregrado en odontología de la institución de educación superior que se tuvo en cuenta, propone las siguientes áreas del conocimiento de acuerdo con el interés de esta investigación:

Cultura, sociedad, etimología, odontología comunitaria, bases psicosociales de la conducta, filosofía e historia de las ciencias, metodología de la investigación, investigación, psicopatología, rotación hospitalaria.

Es interesante identificar que todos estos enunciados permiten proponer reflexiones detenidas que apuntan a encontrar relaciones vinculantes con cada una de las competencias que los estudiantes manifiestan evidenciar en sus procesos de aprendizaje y desempeño.

De acuerdo con Chen et al., 2004, se definió como situación no deseable el hecho de encontrar en los profesionales de la salud algunas debilidades en los conocimientos básicos, los cuales impactan de manera negativa en las habilidades y destrezas y asimismo en los sistemas de salud. Por este motivo estos autores ponderan la importancia del fortalecimiento en la formación de los profesionales de la salud (Chen et al., 2004). Con este referente y los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación se puede evidenciar una concordancia entre la propuesta curricular y el desarrollo de habilidades que los propios estudiantes logran apreciar en su desempeño y la reflexión hacia sus procesos de aprendizaje.

En las diferentes publicaciones tenidas en cuenta en este trabajo, se encontró que en la formación en salud pública existen discrepancias entre las necesidades de la población y la falta de comprensión y análisis en los profesionales para realizar investigaciones en salud y resolución de problemáticas en salud. De ahí la necesidad de realizar ajustes en los contenidos académicos (Davó-Blanés, 2011). Sin embargo los resultados de la presente investigación demuestran que en los estudiantes están presentes aquellos conocimientos relacionados con

realizar análisis previos de situaciones poblacionales previos al diseño de intervenciones que busquen resolver aquellos eventos entendidos como problemáticos. En este punto se encontró que los estudiantes participantes hicieron mención de áreas del conocimiento como la demografía y las ciencias sociales que pueden dar cuenta de lo concerniente a un grupo poblacional.

Asimismo, la revisión previa de la literatura demostró acerca de situaciones poco acertadas de los profesiones en salud al momento de dar lineamientos relacionados con la salud pública porque no necesariamente están basados en la evidencia y porque hay carencias en las estrategias de comunicación de cara a la salud poblacional (Grant, 2017). A pesar de no ser un estudio que aborde directamente la revisión de los currículos, demuestra inconsistencias en las capacidades desarrolladas por el personal de salud. En contraste con ello, la presente investigación muestra interesantes apropiaciones conceptuales y prácticas de los estudiantes de acuerdo con la investigación e identificación de problemas comunitarios en salud, la humanización, el respeto por la vida, la comunicación apropiada con la comunidad y la inclusión.

En otro estudio realizado con estudiantes de pregrado en enfermería, se concluyó que estos estudiantes percibían que los contenidos de la enseñanza en ciertas áreas del currículo se centraron básicamente en la elaboración de un proyecto social, generando en ellos sentimientos de frustración. Respecto a la consideración de incluir otras áreas del conocimiento en la enseñanza, los docentes reportaron que era deseable que también se contara con importantes aportes de la sociología y la antropología, situación que fue identificada como una debilidad acerca del plan de estudios (Rodríguez-Gallo & Parra-Vargas, 2019). A diferencia de estos hallazgos, en la presente investigación se concluye que los estudiantes denotan un énfasis en la pertinencia de hacer aproximaciones a la población y escuchar las realidades y necesidades de las personas allí incluidas, con un sentido social y de “ayuda” como ellos mismos lo manifiestan. Por otro lado, resulta interesante la propuesta de los autores en mención acerca de incluir el relato de los docentes como estrategia comparativa que aporte sus consideraciones acerca del currículo y por qué no, del desempeño y apropiación de conocimientos por parte de los estudiantes. Esta consideración se pondera para la realización de futuras investigaciones.

De otro lado, de acuerdo con Montenegro, es importante no concentrar la atención en los contenidos de los programas en educación para estudiantes de salud. Es decir, que el hecho de otorgar importancia solamente a lo que contiene el currículo, lleva a desatender el propósito de formación en salud pública y a distanciarse de la naturaleza cambiante del mundo y las nuevas necesidades de la sociedad. Estas consideraciones generan por tanto una desconexión de los estudiantes y profesionales de la salud con respecto a los propósitos de la educación en salud pública. Hace falta una educación más dinámica que se ajuste de una manera más pertinente a

la comprensión y apropiación del mundo y la sociedad (Montenegro, 2019). Esta propuesta específica motiva a la reflexión que lleve a la búsqueda de la identificación de los propósitos más relevantes de la educación en salud pública. Precisamente a la luz de los resultados obtenidos en la presente investigación, es posible concebirla como una aproximación a un grupo de estudiantes que manifiesta la importancia de comprender a las poblaciones, sus necesidades más sentidas, sus posibles situaciones problemáticas identificables mediante la investigación con criterios sociales y del respeto por la vida, la comprensión, el respeto y la inclusión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al hacer la aproximación hacia la identificación de los aportes del currículo del programa de odontología de cara a los abordajes comunitarios y de investigación que realizan los estudiantes, fue posible evidenciar que ellos reconocen diferentes áreas del conocimiento a las que otorgan la consecución de estos propósitos. Igualmente reconocen el aprendizaje a partir de experiencias con actividades de prácticas clínicas y comunitarias.

A pesar que los estudiantes logran asociar capacidades de abordaje con áreas del conocimiento, el concepto de currículo no es comprendido por todos los estudiantes de acuerdo con el contexto elaborado a partir de la descripción y la información relacionada en el marco conceptual.

A partir de este hallazgo se propone considerar desde la educación, elaborar estrategias para la apropiación del concepto de currículo, de manera tal que permita que los estudiantes lo vinculen con sus propias realidades y experiencias de aprendizaje. Se propone entonces que esa vinculación surja a partir de la construcción vivencial del currículo como elemento estructural del quehacer profesional propio del área de formación en salud, pero totalmente relacionado con sus experiencias de aprendizaje de manera integrada, no como áreas del conocimiento fragmentadas y desarticuladas. Teniendo esa transversalidad que involucre la formación clínica y de las ciencias sociales, situar a los estudiantes en lo que propone la pregunta del instrumento de investigación con la que se les plantea cómo perciben su vida profesional sin una formación en salud pública o sin otra de las áreas del conocimiento. Con las respuestas que los estudiantes planteen en lo individual y grupal se propone crear elementos que expongan con claridad los significados y representaciones que resultan de las reflexiones que han desarrollado los estudiantes. Estos elementos serán aspectos emergentes que, al ser propios de su ejercicio reflexivo y construcción social, reafirmarán de una manera diferente el alcance y la dimensión de "Currículo" dentro de sus identidades como profesionales de salud.

Por otro lado, los participantes en esta investigación lograron identificar que a partir del plan curricular y de sus procesos de aprendizaje desarrollaron competencias relacionadas con:

- investigación a profundidad a nivel comunitario,
- interés y respeto por la vida, el bienestar y el desarrollo humanos,
- participación e intervención argumentada,
- diseños estratégicos de intervenciones a nivel comunitario,
- comunicación efectiva y vinculante,

- reconocimiento de dimensiones poblacionales diferentes a la salud,

Además de ello, los estudiantes entienden que sus abordajes a la comunidad incluyen una plena conciencia social que no sesga o cuestiona el ser o el hacer de las personas, y que se enfatiza en la comprensión, inclusión y respeto por la vida y las características que rodean las vidas de las personas en las comunidades

De acuerdo con lo anterior, se sugiere entonces que las universidades faciliten a los estudiantes espacios de socialización de las experiencias y percepciones de las capacidades que ellos evidencian en su desarrollo a partir de las vivencias con los planes curriculares.

Se propone también, la implementación de futuras investigaciones, posiblemente con una mayor profundidad, para continuar estas identificaciones de los planes curriculares con respecto al desarrollo de capacidades en los estudiantes y profesionales. Igualmente poder analizar la pertinencia de estas capacidades en relación con las diferentes dinámicas poblacionales y que tengan un considerable alcance resolutorio para las comunidades. Esto permitirá seguir aportando no solamente a la búsqueda de los propósitos de la educación en salud pública sino también a que desde la educación se puedan proponer procesos de aprendizaje evolutivos que den respuestas adecuadas a los colectivos sociales.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alfaro-Alfaro, N. (2018). Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. *Salud Jalisco*, 1(1), 36-46.

Álvarez, C. V., Ángel, C. P. J., & Osorio, A. G. (2018). Docencia-servicio: responsabilidad social en la formación del talento humano en salud en Colombia. *Educación Médica*, 19, 179-186.

Anderson, L., Neil-Sztramko, S. E., Alvarez, E., Jack, S. M., Thabane, L., Scott, F., & Apatu, E. (2022). Development and Evaluation of a Research Methods Course in Protocol Writing for Learners in a Master of Public Health Program. *The Canadian Journal for the Scholarship of Teaching and Learning*, 13(1).

Bautista, N. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa. Epistemología, metodología y aplicaciones*. Editorial El Manual Moderno

Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17–21 de noviembre de 1986. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1986

Decreto 190 de 1996. Por el cual se dictan normas que reglamentan la relación Docente Asistencial en el sistema general de seguridad social en salud. República de Colombia. 25 de enero de 1996. D.O. No. 42700

Decreto 2376 de 2010. Por medio del cual se regula la relación docencia-servicio para los programas de formación del talento humano del área de la salud. República de Colombia. 1 de julio de 2010. D.O. No. 47757

Doyle, W. (1995). *Los procesos del curriculum en la enseñanza efectiva y responsable*.

Fernández, R. C., Muñoz, B. Á., Rodríguez, S. F., & Alba, R. H. (2005). Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios?. *Atención primaria*, 35(9), 478.

Galvis, S. (2019). *Salud pública y complejidad. Historia, conceptos, ejes*. Editorial Universidad El Bosque

Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Ediciones Morata

Goodson, I. (2000). *El cambio en el currículum*. Octaedro.

Hernandez, R. (2010). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill, quinta edición.

Hudmon, K. S., Addleton, R. L., Vitale, F. M., Christiansen, B. A., & Mejicano, G. C. (2011). Advancing public health through continuing education of health care professionals. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 31(S1), S60-S66.

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. República de Colombia. 23 de diciembre de 1993. D.O. No. 41148

Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. República de Colombia. 4 de octubre de 2007. D.O. No. 46771

Ley 1438 del 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. República de Colombia. 19 de enero de 2011. D.O. No. 47957

Ley 30 de 1992. Por la cual se organiza el servicio público de la educación superior. República de Colombia. 29 de diciembre de 1992. D.O. No. 40700

Mason, J. (2006). Mixing methods in a qualitatively driven way. *Qualitative research*, 6(1), 9-25.

Ministerio de Educación Nacional. 2021. República de Colombia. <https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-79413.html>

Montenegro-Martínez, G. (2019). Los propósitos de la educación en salud pública. *Revista facultad nacional de salud pública*, 37(2), 67-74.

Organización Mundial de la salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: OMS; 1978. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. 126a. Sesión del Comité Ejecutivo: funciones esenciales de salud pública. Washington, D.C., 26 al 30 de Junio de 2000. Washington, D.C.: OPS/ OMS; 2000.

Posner, G. (2005). *Análisis del Currículo*. México: Editorial McGraw-Hill.

Rengifo, A. C. (2016). La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 9(2), 193-202.

Rodríguez, G., Gil, J., García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Ediciones Aljibe

Rodríguez-Gallo, E. B., & Parra-Vargas, M. (2019). Enseñanza de la salud pública en la formación del pregrado de enfermería en una universidad colombiana. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(1), 83-89.

Sacristán, J. G. (1995). *El currículum: una reflexión sobre la práctica* (Vol. 1). Madrid: Morata.

Suárez Conejero J, Godue C, García Gutiérrez JF, Magaña Valladares L, Rabionet S, Concha J, et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(1):47–53.

Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa

ANEXO: CUADRO DE CATEGORÍAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION.

Categoría		Definición	Preguntas
		<p>Consentimiento informado.</p> <p>Información sociodemográfica.</p>	<p>La presente encuesta es un instrumento de investigación en el que su participación tiene una finalidad académica y totalmente confidencial ya que su nombre no será presentado dentro del mismo. El objetivo de la investigación en mención es conocer los aportes del currículo del programa de odontología de una institución de educación superior con respecto a los abordajes y prácticas comunitarias y de investigación que realizan los estudiantes. La reserva y confidencialidad de sus datos está respaldada por la Declaración de Helsinki. La institución de educación superior no será mencionada con nombre propio en el documento final ni en sus análisis y resultados.</p> <p>Antes de iniciar, es importante que conozca que su participación es completamente voluntaria y gratuita y no genera ningún tipo de perjuicio. Tiene la posibilidad de no participar si así lo considera o de retirarse en determinado momento en su libre voluntad.</p> <p>() Acepto participar y comprendo la información brindada.</p> <p>Edad:____ Sexo:____ Estrato socioeconómico:____</p>
<p>1.Prácticas comunitarias de los estudiantes de odontología.</p>			<p>1)Para usted, ¿qué son las actividades comunitarias en salud?</p> <p>2) ¿Cree que estas actividades han aportado a su formación profesional?¿De qué manera?</p> <p>3) ¿Qué aspectos considera importantes y necesarios cuando ha desarrollado sus aproximaciones y abordajes a la comunidad para estas actividades?</p>
<p>2. Salud Pública en el contexto de las prácticas comunitarias en odontología.</p>			<p>4) ¿Cómo define usted salud pública?</p> <p>5) ¿Cómo considera usted que sería su vida profesional sin tener una formación en salud pública?</p> <p>6) Con respecto a la comunidad, ¿Qué aspectos son importantes tener en cuenta cuando se va a realizar algún tipo de actividad comunitaria o alguna actividad de investigación?</p> <p>7) A partir de su formación en el programa de odontología de esta universidad, ¿evidencia usted el desarrollo de alguna capacidad o habilidad para ejercer una acción o intervención a nivel comunitario y para desarrollar procesos de investigación? Cuál(es) capacidad(es)?</p>

Categoría		Definición	Preguntas
<p>3. Currículo del programa de odontología en una institución de educación superior.</p>			<p>8) En una carrera o programa de formación universitario, ¿qué es el currículo?</p> <p>9) ¿Cuáles áreas del conocimiento considera usted que están presentes en el plan de estudios y que aportan a la formación en salud pública en el programa de odontología?</p> <p>10) ¿Cuáles de esas áreas del conocimiento le han sido a usted de utilidad para hacer actividades comunitarias e investigación?</p> <p>11) En una escala de 1 a 5, ¿en qué medida considera que usted tiene los elementos teóricos y prácticos para hacer abordajes a la comunidad y lograr el suficiente conocimiento de dicha comunidad?</p> <p>A. 1 B. 2 C. 3 D. 4 E. 5</p> <p>¿Por qué?</p> <p>12) En estas tres líneas: 1. Salud pública, 2. Actividades comunitarias, 3. Investigación, ¿Qué propondría usted para el plan de estudios del programa de odontología?</p>