

**CONCEPCIONES DE LA CALIDAD DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN CLÍNICA DE ODONTÓLOGOS, POR PARTE DE LOS DOCENTES, ESTUDIANTES Y ADMINISTRATIVOS QUE INTERACTUAN EN LAS CLÍNICAS INTEGRALES DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE: RELACIÓN DOCENCIA-SERVICIO.**

DIANA ESCOBAR JIMÉNEZ

FARIDE DEL PILAR LARROTA ORTIZ

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE EDUCACIÓN

MAESTRÍA EN DOCENCIA DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

2014

**CONCEPCIONES DE LA CALIDAD DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN CLÍNICA DE ODONTÓLOGOS, POR PARTE DE LOS DOCENTES, ESTUDIANTES Y ADMINISTRATIVOS QUE INTERACTUAN EN LAS CLÍNICAS INTEGRALES DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE: RELACIÓN DOCENCIA-SERVICIO.**

DIANA ESCOBAR JIMÉNEZ

FARIDE DEL PILAR LARROTA ORTIZ

Asesor: Doctor Rodrigo Ospina

Trabajo de grado para optar al título de

Magister en Docencia de la Educación Superior

Línea de Investigación: Calidad

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE EDUCACIÓN

MAESTRÍA EN DOCENCIA DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

2014

## NOTA DE SALVEDAD

Ni la Universidad El Bosque, ni el jurado serán responsables de las ideas propuestas por los autores de este trabajo. Acuerdo 017 del 14 de Diciembre de 1989, Art.37.

## **Agradecimientos**

Nuestros más sinceros agradecimientos:

A Dios, por sus múltiples bendiciones en el transcurso de nuestras vidas especialmente por su compañía durante el desarrollo de la investigación.

A nuestras familias por su apoyo incondicional y su comprensión.

A nuestro asesor el Doctor Rodrigo Ospina Duque por su guía, dedicación y su valiosa colaboración.

A nuestro docente Cristian Velandia Mesa por su disponibilidad, disposición y paciencia.

A nuestra docente Margarita Maria Misas Avella por su colaboración y sus oportunos aportes.

A todas las personas que de una u otra manera aportaron al desarrollo de nuestra investigación.

A la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque por permitirnos buscar oportunidades de mejora para la formación del talento humano de la disciplina.

A la Facultad de Educación por acogernos.

## **Dedicatoria**

*A José Fernando, Mauricio y Juanita por*

*el apoyo y paciencia en cada proyecto que emprendo.*

*A Marce y a Juanma por el tesón y la fortaleza que me transmitieron durante la realización de esta maestría; para Dios nada es imposible.*

*A María José, Juan David y Francisco por*

*su constante apoyo, espera, amor y fortaleza para salir adelante.*

*A Mauricio y a Faride por su compañía, ejemplo, ánimo para iniciar y terminar los proyectos más significativos de mi vida.*

## Contenido

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Capítulo I.....	4
Planteamiento del problema.....	4
Preguntas.....	7
Pregunta principal.....	7
Subpreguntas.....	7
Justificación.....	7
Objetivos.....	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.....	9
Capítulo II.....	10
Marco Referencial.....	10
Marco epistemológico.....	10
Marco normativo.....	13
Marco institucional.....	20
Marco Teórico.....	28
Capítulo III.....	42
Diseño Metodológico.....	42
Diseño.....	42
Delimitación del campo temático y contexto de ocurrencia.....	44
Metodología.....	44
<i>Tabla realizada por las investigadoras para efectos de esta investigación.</i> ....	46

Tabla No.2 Voces Administrativos.....	47
<i>Tabla realizada por las investigadoras para efectos de esta investigación. ....</i>	<i>47</i>
Tabla No. 3 Voces Docentes.....	47
<i>Tabla realizada por las investigadoras para efectos de esta investigación. ....</i>	<i>47</i>
Capítulo IV.....	50
Presentación y discusión de los resultados.....	50
Análisis de los datos: .....	50
Capitulo V.....	136
Conclusiones y Recomendaciones .....	136
Conclusiones.....	136
Recomendaciones	138
Referencias Bibliográficas	140

## Tabla de Gráficas y Anexos

Gráfica No 1.....	53
Gráfica No. 2. Categoría Administración- Voces Estudiantiles .....	55
Gráfica No. 3. Categoría Infraestructura- Voces Estudiantiles.....	58
Gráfica No. 4. Categoría Docentes-Voces estudiantiles .....	60
Gráfica No. 5. Categoría Estudiantes- Voces estudiantiles.....	62
Gráfica No. 6. Categoría Pacientes- Voces estudiantiles .....	64
Gráfica No. 7. Categoría Evaluación- Voces estudiantiles .....	67
Gráfica No. 8. Categoría Normatividad-Voces administrativas .....	69
Gráfica No 9.Categoría Práctica formativa AD-Voces administrativas .....	72
Gráfica No.10. Categoría Administración- Voces administrativas.....	74
Gráfica No. 11. Categoría Planeación AD- Voces administrativas .....	77
Gráfica No. 12. Categoría Currículo- Voces docentes.....	80
Gráfica No. 13. Categoría Docentes- Voces docentes .....	83
Gráfica No. 14. Categoría Equipos y Dispositivos Médicos- Voces docentes .....	86
Gráfica No. 15. Categoría Estudiantes-Voces docentes.....	89
Gráfica No. 16. Categoría Infraestructura- Voces docentes .....	92
Gráfica No. 17. Categoría Demanda de Pacientes- Voces docentes.....	95
Gráfica No. 18. Conocimiento del Decreto 2376 de 2010.....	98
Gráfica No. 19. Articulación de conocimientos.....	99
Gráfica No. 20. Claridad de criterios de evaluación .....	100
Gráfica No. 21. Supervisión docente .....	100
Gráfica No. 22.Acompañamiento Docente .....	101



Gráfica No. 23. Conocimiento de incentivos para pacientes .....	102
Gráfica No. 24. Acreditación Vs. Seguridad .....	102
Gráfica No. 25. Espacios académicos .....	103
Gráfica No. 26. Pertinencia de exámenes de nivel.....	103
Gráfica No. 27. Proporción estudiantes-docentes.....	104
Gráfica No. 28. Disponibilidad de equipos médicos.....	105
Gráfica No. 29. Autonomía estudiantil .....	105
Gráfica No. 30. Competencias de programa y docentes .....	106
Gráfica No. 31. Tratamiento integral .....	106
Gráfica No. 32. Socialización de los procesos.....	107
Gráfica No. 33. Espacios y tiempos de radiología .....	107
Gráfica No. 34. Garantías del servicio de esterilización.....	108
Gráfica No. 35. Archivo.....	108
Gráfica No. 36. Recepción.....	109
Gráfica No. 37. Horarios de prácticas clínicas.....	110
Gráfica No. 38. Demanda de Pacientes.....	110
Gráfica No. 39. Citación de pacientes.....	111
Gráfica No. 40. Programación de procedimientos .....	111
Gráfica No. 41. Deserción de pacientes .....	112
Gráfica No. 42. Necesidad de la atención.....	112
Gráfica No. 43. Garantías de seguridad de riesgos a terceros.....	113
Gráfica No. 44. Desarrollo de habilidades .....	114
Gráfica No. 46. Reflejo de participación de procesos de evaluación.....	115
Gráfica No. 47. Enfoque Bio-psico-social .....	116
Gráfica No. 48. Servicio de Caja .....	116

Gráfica No. 49. Disponibilidad de materiales e insumos médicos .....	117
Gráfica No. 50. Riesgos biológicos .....	117
ANEXOS .....	146
Anexo No 1. Guía para la validez experto de los ítems de instrumentos sobre la percepción de la formación en Odontología. Docentes.....	147
Anexo No 2. Guía para la validez experto de los ítems de instrumentos sobre la percepción de la formación en Odontología. Administrativos.....	151
Anexo No 3. Guía para la validez experto de los ítems de instrumentos sobre la percepción de la formación en Odontología. Estudiantes. ....	154
Anexo No.4. Encuesta para estudiantes de Clínica de VI a X semestre .....	158
Anexo No. 5. Encuestas para docentes de clínica que participan en la Formación de estudiantes de VI a X semestre .....	166
Anexo. 6. Encuestas para personal administrativo de las Clínicas Odontológicas .....	171

## Resumen

Esta investigación se enmarca en la línea Calidad de la Educación- reformas, del Programa de Maestría en Docencia de la Educación Superior de la Universidad El Bosque.

La investigación busca identificar oportunidades de mejora y resaltar las fortalezas de los procesos que se llevan a cabo en la formación de los estudiantes de Odontología de la Universidad El Bosque, en las Clínicas Integrales, partiendo de las concepciones de los grupos que inician y terminan su práctica clínica (VI y X semestre), con las de los docentes y administrativos que los acompañan. Se categorizan sus voces así: administración, infraestructura, docentes, estudiantes, pacientes, evaluación, normatividad y currículo.

La investigación parte de un enfoque positivista complementado por planteamientos constructivistas; lo que facilitó realizar un análisis mixto (cualitativo- cuantitativo) de la información obtenida de la muestra seleccionada, por medio de encuestas semiestructuradas previamente validadas para su aplicación; ésta información, fue categorizada de manera deductiva y emergente de acuerdo con teorías de investigación cualitativa haciendo uso de la herramienta Atlas ti.

Se realizó además un análisis cuantitativo que soporta los resultados cualitativos. Los resultados y conclusiones reflejan las concepciones de calidad de un grupo estudiantil, docente y administrativo expresadas como oportunidades de mejora de los procesos de la formación del talento humano de la disciplina en las Clínicas Integrales de la Universidad El Bosque.

*Palabras claves:* Concepciones, calidad, educación, formación odontología relación Docencia-Servicio.

## **Abstract**

This research is part of the Quality- reforms of the Education at El Bosque University Masters in Teaching in Higher Education program.

The aim is to identify the opportunities to improve and highlight the strengths of the processes that are carried out in the formation of dental students at University El Bosque, in the Integral Clinics, starting from the concepts of the groups that start and end their clinical practice (VI and X semester), enclosed with those concepts of the professors and administrators. Categorizing their voices as follows: administration, infrastructure, professors, students, patients, evaluation, regulations, and curriculum.

The research starts from an positivist approach complimented by constructivist approaches; this facilitated the realization of a mixed analysis (qualitative and quantitative) of the information given by the sample selected by semi-structured surveys and validated for their use; this information was categorized in a deductive manner and emerging according to the qualitative investigation theories; using the Atlas ti.

In addition a qualitative analysis was implemented which supports the qualitative results. The results and conclusions reflect the concepts of quality in groups of students, professors, and administrators expressed as opportunities to improve the processes of the formation of discipline of human talent in the Integral Clinics at El Bosque University.

*Key Words:* Concepts, quality, education, formation, dentistry, teaching-service relation

## **Introducción**

Esta investigación se encamina a la identificación de oportunidades de mejora en los procesos de formación de los estudiantes de Odontología de la Universidad El Bosque teniendo en cuenta las concepciones del grupo de inicio y termino de la práctica clínica, así como de los docentes que los acompañan en este espacio y de administrativos que allí participan.

Este informe de investigación, se encuentra organizado en cinco capítulos. El capítulo I, presenta el planteamiento del problema donde se expone lo percibido por las investigadoras dentro de un contexto determinado; junto con las preguntas en las que gira el desarrollo de la investigación, la pregunta principal y las subpreguntas; la justificación del problema donde se explica la intencionalidad y razón de ser de la misma. Además se evidencia el objetivo general y los específicos.

En el capítulo II, se encuentra el marco referencial que permite hacer un acercamiento conceptual a la intencionalidad, el contexto y al sentido de ésta investigación, constituido por un soporte epistemológico, normativo, institucional y teórico donde se refleja el estado de la cuestión.

En el capítulo III, se encuentra el diseño metodológico, su descripción, la delimitación del campo temático, la metodología que incluye la población: estudiantes, docentes y administrativos; el tipo de muestra, los instrumentos, categorías y el procedimiento llevado a cabo.

Así mismo, en el capítulo IV, se presenta la discusión de los resultados, tanto cualitativos como cuantitativos, exponiendo las redes semánticas realizadas con el Atlas ti, cada una con su respectiva triangulación y las gráficas de los datos cuantitativos.

En el capítulo V, están las conclusiones y recomendaciones.

## Capítulo I.

### Planteamiento del problema

El proceso de formación de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque se rige bajo el modelo de la relación Docencia-Servicio de acuerdo con el Decreto 2376 de 2010 por medio del cual se regula la relación Docencia –Servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud. En este proceso se han observado oportunidades de mejora en los diferentes semestres por lo que el contexto para esta investigación serán los estudiantes de VI y X semestre del Programa, siendo el período en que inician y terminan la práctica clínica; así como los docentes y administrativos que participan de manera intramural en los procesos de formación y prestación de los servicios en ambos contextos.

El 44.93% <sup>1</sup> del tiempo de formación de los estudiantes de Odontología está en las clínicas integrales, razón por la cual el desarrollo de éstas genera tanto impacto en el estudiante. Hay que tener en cuenta que los procesos de profesionalización de la Odontología han adoptado diferentes modelos en el transcurso de la historia. Del modelo biológico flexneriano (1910), actualmente se reflejan algunas características a pesar de que la problemática de la disciplina ha cambiado de contextos y necesidades.

Así mismo, se han generado avances tecnológicos que han permitido el desarrollo de las especialidades disminuyendo cada vez más el campo de acción de la disciplina, lo que influencia los procesos formativos; algunos docentes realizan su labor según la especialidad, sin tener en cuenta las bases disciplinarias alterando el

---

<sup>1</sup> 44.93%: Estas cifras, se obtuvieron de las horas de práctica clínica, de acuerdo con el Plan de Estudios actual de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque.

sentido de la formación integral. Siendo la clínica núcleo integrador no se ha indagado ni autoevaluado puntos críticos que ameritan ser profundizados y que se relacionan con la calidad de la formación de los odontólogos.

La necesidad del servicio debe ser demandada por el paciente para que el compromiso, cumplimiento y resultado del tratamiento sea favorable además de ser propicio para el desarrollo de las habilidades de los estudiantes de la disciplina; en las clínicas se evidencia que la necesidad del servicio ha sido cedida a los estudiantes quienes “*dependen*” de los pacientes y “*responden*” por ellos, situación errada y desfavorable a la que ha llevado la cultura manifestada en una práctica formativa constante que ha permanecido en un estado de acomodo en la que han participado todos los miembros involucrados en los procesos, sin demeritar que fue pertinente en un momento histórico de acuerdo con el ejercicio profesional.

Las treinta y cuatro (34) facultades que ofrecen este Programa y la legislación por la que se rigen las prácticas odontológicas trajeron consigo practicantes dependientes, más que estudiantes comprometidos con el desarrollo de sus competencias en escenarios de servicio. Entonces, el modelo educativo propone que las clínicas integrales formen al profesional de tal manera que él logre articular la formación básica y preclínica para un ejercicio resolutivo, a pesar de que los procesos reflejan parcial articulación entre ellos. El estudiante no logra entonces incorporarse al servicio, es un cumplidor de requisitos clínicos establecidos en un modelo jerárquico de sentido vertical. La coacción del tiempo limita la comprensión de las necesidades reales.

Teniendo en cuenta lo anterior, el volumen de pacientes no es suficiente para que el estudiante realice una práctica en función del servicio, ya que de una u otra manera llega a incluir o excluir pacientes según sus requisitos clínicos de acuerdo a su nivel de formación, evidenciando de igual manera un incumplimiento de los mínimos exigidos. Es el paciente quien se acomoda a unas condiciones horarias, de

disponibilidad de infraestructura, equipos y personal que tiende a prolongar los tratamientos y a generar altos índices de deserción.

Por otro lado, un factor problema es que los docentes han realizado su práctica de manera tradicional, no todos son educados pedagógicamente para participar de los procesos formativos siguiendo el enfoque bio-psico-social y cultural propuesto por la Institución, la práctica se basa en el sentido biológico pero muchas veces no se logra integrar la parte psicológica, social y cultural del mismo.

Así mismo, los procesos giran en torno a objetivos por lo que el sujeto no encuentra su espacio ni validez; la evaluación y los fines se dirigen vanamente hacia objetos. Sin tener presente un proceso real, se valora así el resultado traducido en el cumplimiento de requisitos.

Con respecto a la infraestructura de las clínicas integrales que tienen *integración de propiedad*, (Decreto 2376 de 2010 Art. 10 Parágrafo 1); la disponibilidad del número de unidades, presenta limitaciones para el desarrollo de las prácticas clínicas, dentro de otros, lo cual ha generado una disminución de horas disponibles para el desarrollo de las prácticas.

Entonces, el estudiante ingresa, cumple y sale a enfrentarse a un mundo de servicio completamente diferente al que ha realizado durante su formación, no sale preparado para resolver problemas del sistema porque lo desconoce, es como si emergiera de una burbuja a un campo de batalla del cual antes nadie le había hablado, empezando un nuevo proceso de formación acompañado muchas veces por la frustración y un mal ejercicio profesional o, peor aún, de una deserción profesional por las condiciones laborales inaceptadas por el individuo. Las concepciones de los miembros que están inmersos diariamente en la formación de los odontólogos pueden llevar a un mejor ejercicio de la disciplina.

Por lo tanto, todo lo planteado anteriormente lleva a formular la siguiente pregunta de investigación.



## **Preguntas**

### **Pregunta principal.**

¿De qué manera las concepciones sobre calidad de la educación, de docentes, administrativos y estudiantes de VI y X semestre que participan en la relación docencia - servicio para la formación de odontólogos, responden a los criterios de calidad, exigidos por la normatividad y el plan de estudios, para el ejercicio profesional?

### **Subpreguntas**

- ¿La actual formación académica en las clínicas integrales se ajusta a la relación Docencia-Servicio?
- ¿Los docentes que participan en los procesos clínicos formativos procuran valor agregado en sus estudiantes?
- ¿El volumen de pacientes en las clínicas integrales actualmente, de qué manera contribuye a la formación de los odontólogos?
- ¿El actual modelo educativo de los procesos de formación clínica, contextualiza la realidad del ejercicio profesional?

### **Justificación**

La presente investigación, se realiza con el fin de conocer las concepciones de los docentes, estudiantes y administrativos que participan en los procesos de formación de los estudiantes de VI y X semestre para identificar oportunidades de mejora en el modelo de la relación Docencia-Servicio que se desarrolla en la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque, para aportar significativamente a los procesos de educación odontológica siendo la calidad valor fundamental en la formación de los profesionales de la disciplina, para así brindar un servicio pertinente a los estudiantes y pacientes que llegan a las Clínicas Integrales de la Universidad.

Algunos estudiantes llegan a su práctica y se sienten intimidados e inseguros por falta de confianza siendo la clínica el escenario integrador, donde su experiencia clínica va a madurar a medida que aumente el ejercicio al interactuar con diferentes pacientes, para lo que es fundamental el constante apoyo y acompañamiento del grupo docente hacia la resolución oportuna de las dificultades propias de la disciplina; motivo por el cual el contexto de esta investigación será VI y X semestre, tomando el punto de inicio y término de la práctica odontológica durante el proceso de formación.

La institución brinda herramientas al estudiante quien finalmente las aprovechará de manera eficaz y oportuna para su aprendizaje significativo, siendo entonces el estudiante el potencializador de los recursos como exigencia en su proceso de formación tanto personal como institucional, ya que, no es posible hacer una educación pertinente y productiva sin comprender al educando y sus condiciones (Peñaranda, 2010).

En conclusión, la investigación pretende generar aportes que conlleven a una transformación del modelo tradicional de formación de estudiantes de odontología teniendo en cuenta las concepciones de un grupo seleccionado como muestra, en busca de una contextualización de la formación a la realidad del ejercicio profesional.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Analizar las concepciones de calidad de los actores participantes en los procesos de formación clínica de odontólogos en la relación Docencia-Servicio para identificar oportunidades de mejora que permitan contextualizar la formación disciplinar a la realidad del ejercicio profesional odontológico.

### **Objetivos específicos**

- Indagar sobre las concepciones de calidad de la educación, de docentes, estudiantes y administrativos que participan en los procesos de formación de odontólogos en la relación Docencia-Servicio.
- Establecer cuáles serían las principales motivaciones para que los pacientes acudan al servicio dentro de los procesos formativos.
- Proponer estrategias para aumentar el volumen de pacientes que respondan al desarrollo de las habilidades clínicas de parte de los estudiantes.
- Plantear elementos de conocimiento que conlleven a la transformación de concepciones de los miembros que participan en la relación docencia –servicio en las Clínicas Integrales de la Universidad El Bosque, priorizando la calidad de la formación de los estudiantes.

## **Capítulo II.**

### **Marco Referencial**

Con el fin de alcanzar un acercamiento conceptual a la intencionalidad, el contexto y el sentido de ésta investigación se presenta un marco referencial constituido por un soporte epistemológico, normativo, institucional y teórico donde se refleja el estado de la cuestión.

#### **Marco epistemológico**

El marco epistemológico se logró después de realizar una reflexión crítica del problema de investigación, a su naturaleza, y al tipo de conocimiento con el que se relaciona; desde el cual se hace un recorrido histórico que permite comprender los procesos que se han realizado hasta el momento con respecto a la formación del talento humano odontológico.

Tal como plantea Cortés, F. (2014) entre el siglo XIX y el siglo XX, tomó fuerza la razón sobre las ideas, movimiento filosófico iniciando por Saint Simón, seguido por Augusto Comte y por John Stuart Mill; quienes contrarrestaron el pensamiento idealista de Hegel por el conocimiento producido por la experiencia, lo tangible, observable y vivenciales en busca de un conocimiento objetivo al ser verificable de alguna manera; entonces, el estadio positivo se consideró como definitivo y superior porque en él se explica la realidad mediante la observación y la experimentación. Así el positivismo busca explicar los hechos por medio de la formulación de sus leyes y es por ello que prescinde de la metafísica. En este estadio se renuncia al conocimiento de lo absoluto, y se pasa a buscar las leyes de los fenómenos.

Entonces, el conocimiento objetivo que proporciona la ciencia debía aplicarse al ordenamiento de los asuntos políticos, económicos y sociales, superando las

ideologías apoyadas en la imaginación, los intereses o los sentimientos; por lo tanto, el conocimiento surge de la afirmación de las teorías a través del método científico que se efectúa analizando los hechos reales verificados por la experiencia como se lleva a cabo en el caso de las profesiones de la salud sobre bases totalmente empíricas y mediante la construcción de un lenguaje científico unificado lo que se relaciona con lo referido por el austriaco Ludwig Wittgenstein (1921) quien manifestaba que “Los límites de mi lenguaje son los límites de mi mundo”. (p.29)

Ahora bien, ese positivismo le permite al estudiante de las ciencias de la salud, en este caso los odontólogos, construir conocimiento, teniendo como base las teorías ya establecidas enriquecidas por la experiencia individual durante sus procesos de interacción con los pacientes y los diferentes escenarios prácticos. Por lo que la investigación tomará este modelo pedagógico como referente epistemológico para el desarrollo de la misma.

Es importante mencionar que el enfoque bio-psico-social y cultural en el que se enmarca la formación de los estudiantes de la Universidad El Bosque planteado por Engel en 1977, que busca integrar al ser humano desde lo biológico, psicológico, sociológico y cultural además de la parte científica para su comprensión (Borrell 2002). Ahora bien, conocer las concepciones de los miembros que participan en los procesos de formación desde el punto de vista de diferentes roles de desempeño en las Clínicas Integrales posiblemente permita observar el estado del enfoque. La Universidad El Bosque con el fin de garantizar una formación educativa y una práctica clínica óptima para la sociedad tiene como referentes y lineamientos las normas existentes en el sistema tanto de educación como de salud actual en Colombia. A sabiendas de que la formación del talento humano del ámbito de la salud en este caso la odontología debe transformarse desde una base puramente científica a una formación donde el ser adquiera el sentido que a éste le pertenece, es decir, que de la mano con la ciencia se relacione la parte humanística y social para poder generar buenas relaciones y resultados en los procesos de salud enfermedad y un gran impacto social como lo plantea Dolonguevich (2010).

En este momento los dos modelos pedagógicos que se contrastan en los procesos de formación y de prestación de servicios de talento humano odontológico, son: el positivista y el constructivista. El modelo tradicional positivista de mayor predominio, se ve reflejado en la atención a los pacientes bajo el modelo de la relación docencia- servicio que con el tiempo ha permitido que algunos estudiantes sean constructores de su conocimiento gracias a la acción facilitadora de sus docentes y demás miembros involucrados en el proceso formativo, como lo plantea Pinilla (2011).

A pesar de que esta investigación se enmarca bajo el modelo positivista por la existencia de documentos concretos estipulados dentro del sistema, se espera participación por parte de los miembros que actúan en las Clínicas de la Universidad, teniendo en cuenta la perspectiva de cada uno de sus roles para poder obtener una buena herramienta evaluativa de los procesos, con el fin de dar solución a las oportunidades de mejora identificadas en la formación y prestación de los servicios en salud oral por lo que no se espera actuar como agente pasivo dentro del modelo tradicional que genere un conocimiento profundo, lo que en palabras de Hernández (2005) sería crear interés en la comunidad implicada con el fin de que cada uno apropiara su tarea como enriquecimiento personal para el engranaje e integración que logrará ser reflejada en mejores procesos de formación del talento humano odontológico y la prestación de servicios.

Lo anterior se relaciona con lo propuesto por un grupo de maestros de la Universidad de McMaster en Canadá de acuerdo con Walsh (2004); quienes plantearon una modificación en la enseñanza transpolando lo positivo a lo constructivo con el fin de alcanzar un mejor ejercicio profesional. Ya que es la oportunidad de resolver problemas, más que de memorizar, es tener herramientas para poder usar de manera resolutiva permitiendo al mismo tiempo la formación de juicio de cada individuo de acuerdo con sus tareas sin dejar de lado que hace parte de un equipo de trabajo que tiene autonomía, responsabilidad y compromiso ético ante el estado de salubridad de los pacientes.

Ahora bien, en la actualidad se habla del deseo de formar estudiantes críticos por medio de la reflexión, pero los espacios para reflexionar están limitados por la rigidez y la tradición de los sistemas, así como de los miembros que en ellos participan. La educación problematizadora de Freire, como lo expone Montes (2004) los contenidos son medios más no son el fin y es preciso citar este aporte ya que no son los docentes los poseedores del conocimiento quienes lo transmiten de manera plana y vertical al estudiante de acuerdo con Barreiro (2009); por lo tanto, la promoción y el aumento de la reflexión de los estudiantes en los diferentes escenarios académicos les permitirá conocer la realidad y transformarla sin necesidad de repetir sin sentido por falta de comprensión lo que muchos han realizado durante largos periodos de tiempo, retomando aciertos y desaciertos de manera reiterativa en diferentes momentos históricos.

Entonces, en consecuencia, y de acuerdo con Peinado Herreros (2008): “cualquier sistema nuevo no tendrá éxito si no se dispone de un profesorado colaborador dispuesto a llevarlo a cabo”. (p.49); razón por la que el docente juega un papel importante a la hora de encaminar los procesos de aprendizaje; si el docente no genera reflexión, el estudiante no lo hará, y para esto se necesita de un profesorado dispuesto a afrontar los nuevos retos y a realizar cambios cuando lo sea necesario.

### **Marco normativo**

Las instituciones educativas formadoras de personal en ciencias de la salud se encuentran actualmente en un dilema en cuanto a cómo lograr que el estudiante cuente con un proceso adecuado de aprendizaje con calidad, cumpliendo sus requisitos de formación y prestando a la vez un servicio de atención en salud oral bajo los estándares de calidad exigidos por la norma.

Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de acuerdo con Daviani y Cols. (2002 ) refiere que el proceso de formación debe manifestarse como

la unión de esfuerzos, como un proceso de creciente articulación entre instituciones de servicios de salud y de educación para contribuir a mejorar las condiciones de vida de la colectividad, mediante la prestación de servicios adecuados a las necesidades reales de la población, la producción de conocimientos y la formación de recursos humanos necesarios en un determinado contexto de la práctica de servicios de salud y de enseñanza.

Siendo esta la razón de la disciplina, servir a la comunidad de manera eficaz, eficiente y oportuna; por lo cual, se requiere formar de manera idónea a los estudiantes de Odontología quienes deben ser profesionales íntegros para saber manejar las diferentes situaciones que puedan presentarse durante la consulta odontológica cotidiana.

Conforme con lo anterior, Mario Zuluaga (2009) en su artículo *“Los mapas mentales como estrategia para potenciar el aprendizaje significativo”* hace referencia a la importancia que tiene en el día de hoy para las personas el lograr integrar lo que aprenden con el mundo real, para generar un conocimiento y un saber; por medio de la comprensión. Lo que se evidencia en la realidad de los procesos de formación, al estudiante se le dificulta articular lo trabajado en básicas con las preclínicas y finalmente con las prácticas.

La formación del talento humano en el área de la salud se encuentra orientada por la normatividad de dos Ministerios: el Ministerio de Educación Nacional (MEN) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Por medio de estas dos entidades el Gobierno Nacional plantea un modelo, que busca de forma armónica desde las instituciones educativas, la manera de cumplir con la función social de la prestación de los servicios de salud.

Desde la Constitución Colombiana de 1991 y el inicio en curso de la ley 100 de 1993, por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones; la salud pasó a ser un derecho para los colombianos cambiando así todo el sistema y el desarrollo de las prácticas de los profesionales de la salud,



incluyendo la práctica odontológica a nivel nacional, lo que conllevó a la creación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el que se caracterizan los haceres de las diferentes instituciones que de una u otra manera están involucradas y comprometidas a identificar los problemas de salubridad, proponer y dar soluciones a éstos manteniéndolos bajo un adecuado seguimiento que mejore el estado de salud a un costo social y económico supuestamente viable.

Dentro de las características de evaluación en la atención de las diferentes entidades o instituciones prestadoras de servicios en salud, están: accesibilidad, oportunidad, agilidad, continuidad, suficiencia, integralidad, racionalidad técnico-científica, efectividad, satisfacción, seguridad, humanización, información, transparencia y consentimiento. Lo que se incluye en la prestación de los servicios odontológicos en las clínicas en las cuales están comprometidos todos los miembros involucrados en los diferentes procesos y procedimientos. (Mogollón, 2007)

Por tal razón, para evaluar la calidad en los servicios de salud tal como lo plantea Donabedian (1992), es necesario realizar una evaluación de las condiciones actuales, el aseguramiento y el mejoramiento continuo. Integrando los actores que participan cotidianamente en su desarrollo; las condiciones actuales son las que permitirán realizar cambios en pro de mejores procesos.

También en Colombia se presentó la reforma social para la educación y para el sector salud por medio de la ley 30 de 1992 y la ley 100 de 1993; las dos normas coinciden en la necesidad de ofrecer calidad tanto a nivel de la formación del recurso humano, velando dentro del respeto de la autonomía universitaria (artículo 32 de la Ley 30 de 1992), como en la calidad en la prestación de los servicios de salud. En el caso específico del personal de salud, el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud es el responsable de emitir concepto sobre los convenios docente asistencial suscrito entre las instituciones de educación

superior y las instituciones prestadoras de salud, para desarrollar programas de pregrado o postgrado en el área de la salud.

A través del Acuerdo 000003 evaluado por el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, se adoptan los criterios de evaluación y verificación de los convenios docente-asistenciales necesarios para desarrollar los programas de pregrado o postgrado, que se generan en el desarrollo de la interacción del componente de “prácticas formativas” de los programas y procesos educativos del personal de salud que se llevan a cabo en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Este documento ha sido tan denso que no se le ha dado aplicación a cabalidad por las instituciones sino de manera imparcial y en algunos casos casi nula por la complejidad de su aplicación.

De este modo, se puede observar que las diferentes Facultades a nivel nacional han adoptado el modelo de formación Docencia- Servicio en busca de la integración de lo técnico- científico, con la participación del paciente como ser en la solución a los problemas de salud oral particulares de cada uno.

Lo anterior es entonces un cambio drástico en la enseñanza de la Odontología a través de la historia, pues ésta era caracterizada por ser exclusivamente práctica, ya que permitía de esta manera un desarrollo psicomotor del estudiante por medio de la práctica, como lo plantea Martínez et al (1994); que en la actualidad debe ser un engranaje de los aspectos técnico-científicos con la parte humanista e integral del hombre, por tal razón se acogieron nuevos modelos educativos en la Odontología.

Lo que quiere decir que el modelo de enseñanza actual se entiende bajo el proceso de interacción e interrelación de diversos factores que se encuentran dentro del mismo (estudiantes, docentes, administrativos, directivas y pacientes entre otros), que tienen como finalidad generar un aprendizaje significativo en medio de condiciones reales y productivas dentro de una sociedad.

La preparación de los estudiantes y la prestación de los servicios odontológicos en el modelo de relación Docencia- Servicio debe ser de calidad como está señalado en el Decreto 2376 del 1 de julio de 2010, “por el cual se regula la relación

Docencia-Servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud”:

Artículo 2. Práctica formativa en salud: 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.

Este artículo se debe tener en cuenta para cubrir, por parte de la institución, la necesidad del estudiante como consumidor y del paciente. Por otro lado, este mismo decreto especifica que la relación Docencia-Servicio se desarrollará asegurando la calidad en las actividades que se realizan, tanto en el ámbito académico como en el de la prestación del servicio, siguiendo los principios y normas de los Sistemas de Calidad de Salud y Educación.

El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de sus políticas de Mejoramiento Continuo en los procesos de atención en salud previstos en el Parágrafo. 1 del Artículo 4. del Decreto 1011 de 2006 (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud), realizó ajustes a los Estándares de Calidad en el componente de habilitación que deben cumplir los prestadores de Servicios de salud, a través de la Resolución 1441 de mayo 6 del 2013 que aplica a las Clínicas Odontológicas de la Universidad El Bosque.

En la revisión de la nueva Resolución 1441 de 2013, se observa la inclusión de la normatividad de educación, en el estándar de Talento Humano sobre la condición del profesional de las salud que pueden ejercer como egresado de un programa de educación superior de Ciencias de la Salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que lo modifiquen, adicionen y sustituyan.

Dentro de los procesos de inscripción del nuevo documento, en el punto tres de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación del Talento Humano, se articula el concepto de personal en entrenamiento con el Decreto 2376

de 2010, que regula la relación Docencia-Servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud y que anteriormente no existía. Lo que permitirá fortalecer los procesos asegurando así la Calidad del sector salud y el sector educación y de la relación Docencia-Servicio.

Así mismo, la ley 30 de 1992 en el artículo 32 expresa “al proceso de evaluación que apoye, fomente y dignifique la Educación Superior, para velar por: a) La calidad de la Educación Superior dentro del respeto a la autonomía universitaria y a las libertades de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra”. Señala como uno de los objetivos de la Educación Superior prestar un servicio de calidad, no solo con relación a los resultados académicos, sino a otros factores del proceso educativo como son: normatividad, relación Docencia-Servicio, infraestructura, ética, valores y principios.

Dentro de los desafíos actuales de Colombia está la reforma al sistema de salud, situación compleja que exige cobertura universal, actualización y unificación de planes de beneficios, equipos de salud y redes integradas de servicios, fortalecimiento de la Salud Pública y del Sistema de formación continuada entre otros.

El Artículo 12 de la Ley 1164 de 2007 por la cual se regulan los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del materia del Talento Humano en Salud; define sobre la pertinencia de los programas del área de la salud, que:

“El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, realizará el análisis de la pertinencia de los programas de formación del área de la salud, de manera que estos respondan a las necesidades de la población.” Y define pertinencia como: “la característica de un programa educativo en el área de la salud para responder a los requerimientos de formación en coherencia con los avances del conocimiento y la tecnología en el área del saber correspondiente, de manera que den respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población, sean estos actuales o previsibles en el futuro.”

Esto implica que las IES (Instituciones de Educación Superior) que formen talento humano en salud deben revisar y actualizar los currículos basados en el contexto y las necesidades de la población.

Así mismo, la Ley 1438 de 2011 en su Artículo 99, que modificó el artículo 13 de la Ley 1164 de 2007, expresa:

"Artículo 13. Las instituciones y programas de formación del Talento Humano en Salud buscarán el desarrollo de perfiles y competencias que respondan a las características y necesidades en salud de la población colombiana, a los estándares aceptados internacionalmente y a los requerimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fundados en la ética, calidad, pertinencia y responsabilidad social. El Ministerio de la Protección Social desarrollará los mecanismos para definir y actualizar las competencias de cada profesión..." es entonces, la pertinencia un factor importante y determinante del programa de odontología, en busca de egresados preparados para tomar decisiones y solucionar problemas relacionados con la disciplina dentro de una comunidad.

Relacionando también el "Artículo 17. Las profesiones del área de la salud están dirigidas a brindar atención integral en salud, la cual requiere la aplicación de las competencias adquiridas en los programas de educación superior en salud (...)" de la misma ley. Sin embargo, en la realidad los profesionales de la salud se enfrentan a retos donde las condiciones impiden brindar una atención integral donde puedan aplicar las competencias adquiridas durante su proceso de formación.

Adelante, el artículo 101 de la ley 1438 de 2011 modifica el artículo 30 de la Ley 1164 de 2007, el que adiciona los siguientes incisos:

"Los programas de formación en el área de la salud serán aprobados considerando criterios de calidad y pertinencia de los mismos y la evaluación de la relación Docencia-Servicio y de los escenarios de práctica, según los estándares y procedimientos que definan los Ministerios de la Protección Social y de Educación Nacional, los cuales harán parte integral del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior."

Siendo esta la razón de describir los procesos actuales de formación en las Clínicas Integrales de la Universidad El Bosque frente a las exigencias de normatividad y del plan de estudios.

### **Marco institucional**

La Universidad El Bosque es una Institución de Educación Superior privada, de utilidad común, sin ánimo de lucro, que nació como Escuela Colombiana de Medicina en el año 1977 y se convirtió en Universidad El Bosque en 1997.

Desde su nacimiento como Escuela Colombiana de Medicina, la Universidad ha asumido su compromiso con el desarrollo del país. En este reto, su compromiso con la calidad ha sido siempre un imperativo, tanto a nivel institucional como de sus programas académicos.

### **Misión de la Universidad El Bosque:**

La Universidad El Bosque plantea como misión: “Desde el Enfoque Bio-psico-social y cultural, la Universidad El Bosque asume su compromiso con el país teniendo como imperativo supremo la promoción de la dignidad de la persona humana en su integralidad. Sus máximos esfuerzos se concentran en ofrecer las condiciones propias para facilitar el desarrollo de los valores ético-morales, estéticos, históricos y tecno-científicos enraizados en la cultura de vida, su calidad y su sentido. Lo anterior en la perspectiva de una sociedad más justa, pluralista, participativa, pacífica y la afirmación de un ser humano responsable, parte constitutiva de la naturaleza y sus ecosistemas. Receptor y constructor crítico de los procesos globales de la cultura”. (Renovación acreditación programa de odontología. p.17)

Siendo esta de gran interés para el desarrollo de la investigación que espera aportar de manera positiva a la formación de los odontólogos de la institución dentro del contexto social actual de la profesión, retomando las concepciones de los participantes de los procesos, quienes, como miembros divulgan esta misión institucional desempeñando un rol dentro de una comunidad.

### **Visión de la Universidad El Bosque:**

Así mismo, la formulación textual de la visión institucional es:

“Hacia el futuro, La Universidad El Bosque orientará todos sus esfuerzos para posicionarse como una institución de educación superior, adecuada a los avances científicos y tecnológicos de la sociedad del conocimiento y la información, atenta en su respuesta a los problemas y a su compromiso con la sociedad, en cobertura, calidad y eficiencia”. (Renovación acreditación programa de odontología. p. 17).

Como institución precursora de transformación social, trabaja de la mano con todos los miembros de su comunidad, por esto sus concepciones son voces de oportunidades de mejora y crecimiento, tanto personal, como institucional.

### **Programa de Odontología**

El Programa de Odontología de la Universidad El Bosque abre sus puertas en el año de 1983, siendo el segundo Programa de la entonces Escuela Colombiana de Medicina.

Desde su creación, la Facultad de Odontología inició su trabajo en la comunidad con sus programas de Docencia-Servicio con la impronta Biopsicosocial que desde los primeros tiempos se asume como rasgo de identidad de la Universidad, entonces Escuela.

El programa de Odontología, siguiendo los pasos de la Facultad de Medicina en el área comunitaria entraba a fortalecer este componente del enfoque institucional, (bio-psico-social) con programas docentes asistenciales; sin embargo, existía un gran obstáculo, pues para ese entonces no se contaba con el perfil de profesionales de salud con formación docente, y era difícil la consecución de personal docente para el manejo del área comunitaria, puesto que en el país no existía y era un personal que había que preparar, como señaló Héctor Cortés, el primer director de carrera en el acta CD 156/28.6.84 de acuerdo con Miranda (2009).

**Misión del Programa de Odontología.**

*“La facultad de Odontología de la Universidad El Bosque, responde a las necesidades de la sociedad, formando talento humano de pregrado y posgrado, críticos de la realidad nacional e internacional, que den solución a la problemática de salud bucal de la población, el individuo y su entorno familiar, a partir de la generación de conocimiento, la interacción e intervención con excelencia, integralidad, e interdisciplinariedad en beneficio de la calidad de vida de las comunidades.”* (Renovación acreditación programa de odontología. p. 29).

**Misión de las Clínicas Odontológicas.**

“Prestar servicios odontológicos integrales y especializados a nuestros usuarios en el marco de la formación de odontólogos generales y especialistas según los perfiles definidos por la Universidad y la Facultad de Odontología. Lo anterior bajo los lineamientos de eficiencia, calidad y auto sostenibilidad requeridos para la continua mejora de los recursos y servicios que la Clínica ofrece a clientes internos y externos.” (Portafolio de servicios. Clínicas Odontológicas. Universidad El Bosque. 2013).

Ahora bien así como la misión de la institución es herramienta fundamental para el desarrollo de la investigación; la del programa y las clínicas integrales, también, teniendo en cuenta que es lo que enmarca e identifica al egresado; el proceso de identificación de mejora indiscutiblemente respaldará la calidad del programa, de la institución y de las clínicas en pro de una pertinencia con la realidad del ejercicio de manera integral al servicio de la comunidad.

El estudiante inicia su preparación en un primer nivel que comprende las Ciencias Básicas, seguida por el segundo nivel de preclínica que concluye en el tercer nivel de práctica clínica. En la primera fase se brinda el apoyo teórico y terminológico; en la segunda, el estudiante se acerca a la práctica trabajando sobre modelos que le permitan desarrollar destrezas que faciliten posteriormente el



desarrollo de procedimientos en boca; durante la última fase, el estudiante actúa frente al paciente teniendo en ésta el mayor acercamiento a su realidad, la relación del estudiante con su paciente va mejorando a medida que madura ésta, gracias a la credibilidad del mismo y a la experiencia que va adquiriendo de acuerdo con lo retomado por Rubinsztein (2010) y planteado por Dagger y Sweeney (2005).

A su vez, este mismo autor en 2010 referenció que la infraestructura es determinante en la formación de la calidad del servicio educativo como hallazgo de la investigación de Shank, Walker y Hayes (1995). Considerándola como factor facilitador de los procesos de formación académica y de prestación de los servicios odontológicos; en este caso, la Universidad debe responder de acuerdo con la demanda y garantizar la relación de los diferentes grupos de actores que intervienen en el proceso: pacientes, estudiantes, docentes y administrativos.

Entonces, la calidad de formación y de la prestación de servicios odontológicos en el modelo de relación docencia- servicio, guiada por el área de Bioclínica de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque, entenderá como un servicio de calidad tanto académico formativo como en la atención al paciente bajo el modelo Docencia-Servicio . De tal manera que el estudiante integre sus conocimientos, cuente con el grupo de docentes en cantidad suficiente, prestos a apoyar y acompañar en los diferentes ámbitos y tareas odontológicas independientemente de su disciplina de especialización, los requisitos deben estar encaminados a la necesidad del paciente y no a la del estudiante; para esto, se tendrá en cuenta que los procedimientos de cada estudiante cumplan con la complejidad académica de acuerdo a su nivel, finalmente, tanto el estudiante como el paciente deben contar con un espacio y puesto de trabajo en la facultad.

Así mismo, en el año 2008 se inició un proceso de autoevaluación institucional, teniendo en cuenta el modelo Europeo de Universidades (EUA) y el Modelo de Acreditación del Consejo Nacional de Acreditación (CNA) que permitió realizar posteriormente un Plan de Mejoramiento Institucional, bajo seis estrategias para su desarrollo, que fueron:

1. Planeamos la Universidad que queremos
2. Diseñamos la Universidad del futuro
3. Fortalecemos las bases para la excelencia académica
4. Conformamos un mejor equipo
5. Desarrollamos un mejor ambiente para aprender, enseñar, investigar, servir y trabajar.
6. Consolidamos nuestra cultura de la calidad. (Plan de Desarrollo Institucional 2011- 2016.p.29)

Durante el proceso de planeación se lograron identificar disposiciones que han generado impacto en la sociedad por parte de la institución y oportunidades de mejora en los procesos de formación, investigación y proyección social. Lo anterior fue reflejado en el Plan de Desarrollo Institucional 2011-2016, en el que interviene toda la comunidad universitaria, y concluye con el enfoque estratégico:

“La Universidad el Bosque se consolida como una unidad de formación, multidisciplinaria, con un foco que articula su desarrollo (en formación, investigación, transferencia y servicio) en la salud y calidad de vida. Insertada en el entorno global comprometida con las necesidades y oportunidades locales, regionales y nacionales”. Es decir, todos los miembros participarán en la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional 2011-2016.p.58

Demarcando a su vez cinco ejes estratégicos:

1. Desarrollo estratégico y de calidad
2. Desarrollo académico

3. Éxito estudiantil
4. Construimos un mejor equipo
5. Desarrollamos un mejor entorno para el aprendizaje

### **Eje estratégico 1. Desarrollo estratégico y de calidad**

En este eje se establecen las tácticas que debe implementar la Universidad para encaminar sus ejercicios institucionales de autoevaluación y planeación, a la consolidación de un sistema de calidad y planeación. Establece el marco de referencia sobre el cual la institución y las diferentes unidades académicas y administrativas deberán centrar sus esfuerzos para la reevaluación de la estructura organizacional.

### **Eje estratégico 2. Desarrollo académico**

En este eje se centran las acciones relacionadas a las funciones sustantivas universitarias que tienen como fin fortalecer y gestionar el desarrollo académico con calidad en las unidades académicas, a través del fortalecimiento curricular y la transferencia del conocimiento de diferentes maneras como son las prácticas eficientes e innovadoras que permitan un crecimiento coherente, responsable, sostenido y planeado.

### **Eje estratégico 3. Éxito estudiantil**

El eje se estructura teniendo en cuenta una adecuada gestión con los estudiantes en proceso de inmersión a la vida universitaria, los que están actualmente en la universidad y los que están por salir a iniciar su vida profesional, con un apoyo desde lo académico, financiero, psicológico y de gestión universitaria, con actividades de seguimiento y monitoreo de los niveles de satisfacción y el rendimiento académico. Propende por que el estudiante logre terminar en el tiempo previsto, y tener una excelente formación académica, lo que le permite alcanzar como egresado una óptima y adecuada inserción al mundo real y a la vida profesional.

#### **Eje estratégico 4. Construimos un mejor equipo**

Sus programas y proyectos van dirigidos al desarrollo integral del talento humano (docentes, personal administrativo y directivos) de la Universidad, generando un equipo de trabajo comprometido, proactivo, creativo, participativo, con liderazgo y capacidad de autogestión para el logro de las metas institucionales propuestas.

#### **Eje estratégico 5. Desarrollo del entorno para el aprendizaje**

Este eje comprende el desarrollo de un mejor ambiente propio, para los procesos de aprendizaje, enseñanza, de investigación; se relaciona con todos los aspectos de servicio y recursos académico-administrativos. Actividades relacionadas con el desarrollo del campus en beneficio de los estudiantes y egresados

En este mismo documento se evidencia, en el segundo capítulo, el enfoque pedagógico de la institución centrado en el aprendizaje significativo, que se fundamenta a partir de un enriquecimiento personal y profesional de calidad en cada estudiante en el momento en que cada uno de ellos apropie y aplique en los diferentes roles en que se desenvuelva y en los diferentes medios de su vinculación o pertenencia, tal como lo propuso Ausbel (1961), quien refirió que el aprendizaje se centra en quien aprende, es capaz de dar sentido y diligencia a lo aprendido; lo que quiere decir que el estudiante debe ser un elemento activo durante su proceso de formación permitiéndole así la construcción de un conocimiento propio de acuerdo con sus vivencias que se acrecentará con las interacciones con sus pacientes y experiencias.

Dejando de lado el enfoque conductista- memorístico tradicional usado en la historia de la educación, lo que permite a su vez realizar una evaluación que encamine los procesos de aprendizaje de manera activa y objetiva. Ya que los procesos de evaluación son hasta el momento, en la mayoría de los casos, subjetivos y no se evalúa la formación de manera íntegra ante la posición y la toma de

decisiones de los estudiantes, en su capacidad de manejar y aplicar su currículo (Pineda, 2007). De allí la importancia de que los procesos de evaluación revelen, sus fortalezas y oportunidades de mejora institucionales, en las que participan todos los miembros de la misma.

Por lo que se puede apreciar, al someterse la institución a esta evaluación con resultados satisfactorios como se ha presentado, logra fortalecer la comunidad académica en sinergia con el desarrollo del país, soportándose la institución en la acreditación obtenida.

Lo anterior permite ver claramente que la Universidad concreta las cuatro dinámicas propuestas por la CNA, es decir, dice lo que hace; hace lo que dice; demuestra, a través de sus procesos de autorregulación y autoevaluación, la integración de las dos dinámicas iniciales; y, finalmente, genera oportunidades de mejora.(Lineamientos para la acreditación de Programas de Pregrado,2013).

El acuerdo No. 10916 de 2011 emitido por el Consejo Directivo de la Universidad en su sesión Ordinaria del día 14 de Diciembre de 2011, Acta 977, establece los lineamientos de relación Docencia-Servicio de las Clínicas Odontológicas de la Universidad El Bosque, en él se busca mantener unas bases de trabajo entre la Clínica Odontológica y la Facultad de Odontología que le permitan al estudiante de pregrado y posgrado realizar su práctica clínica y académica. Sin embargo, éste presenta falencias, tanto de forma como de cumplimiento, que deben ser corregidas para tener mayor claridad del documento y aplicación del mismo.

## Marco Teórico

### Estado de la cuestión

A nivel de la Facultad de Odontología con el fin de conocer las experiencias relacionadas con el tema de calidad en la formación de talento humano en salud y la calidad en la prestación de los servicios de las Clínicas Odontológicas, relación Docencia-Servicio , se realizó una revisión en la base de datos de los trabajos de la Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque y se encontró que en el año 2010 se inició un proyecto de grado por Burgos, T., Gutiérrez, P., y Garrido, L. (2012), titulado: “*Evaluación del programa Docencia-Servicio en los sitios de rotación de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque, con base en los parámetros requeridos por la OPS y por el Ministerio de Protección Social Hospital San José y Hospital Universitario San José Infantil*”. El objetivo principal era evaluar el programa de Docencia-Servicio en los centros de prácticas formativas extramurales y que están vinculados a la Facultad de Odontología; Los sitios seleccionados para esta investigación fueron el Hospital San José Infantil y Hospital San José. Las clínicas Odontológicas de la Universidad no se incluyeron en el trabajo de investigación. Los parámetros base revisados estuvieron apoyados en los requerimientos de la OPS y del Ministerio de Salud, (Ministerio de la Protección Social y Salud) y en el acuerdo 003 de 2003, desde el área comunitaria de la Facultad.

“En los resultados se observa que los dos hospitales cumplen con todos los criterios de Habilitación; El Hospital San José se destacó por la facilidad en la vía de acceso al servicio asistencial (91%) y la alta ponderación a la relación del modelo de atención docencia-asistencial (98%). En el Hospital San José Infantil, los resultados más relevantes muestran que la mayoría de pacientes fueron remitidos al servicio de atención odontológico por la EPS y el servicio de mayor demanda de atención odontológica correspondió a la especialidad de Cirugía Plástica (30.2%). Con base en estos resultados la facultad de odontología hará los

cambios pertinentes para optimizar sus programas de Docencia-Servicio en los hospitales de rotación.” (Burgos, T., Gutiérrez, P., & Garrido, L.2012. P.65).

Lo que muestra que al evidenciar las diferentes situaciones, se pueden generar cambios pertinentes para solucionar oportunidades de mejora dentro de los procesos.

### **Referente Teórico**

Dentro de los conceptos de *Calidad* se pueden citar algunos autores como: W. Edwards Deming (1981) quien define calidad como un grado predecible de conformidad y confiabilidad a bajo costo y adecuado al mercado, basado en lo que el cliente desea y necesita, por lo que la productividad muestra una mejora, si la variabilidad disminuye. Por tal razón se hace necesario planear, actuar, hacer y estudiar como filosofía de calidad y para lograr calidad es importante mantener constancia de propósito en el servicio; adoptar esta filosofía; solicitar evidencia estadística acerca de la calidad del personal y material; tener proveedores que suministren evidencia de control estadístico; permanecer en constante mejora del sistema; reestructurar el entrenamiento; mantener una supervisión; eliminar el miedo, las barreras, metas numéricas, lemas y carteles donde se invite a la gente hacer lo mejor; eliminar estándares que fijen cuotas; tener un programa de preparación en técnicas estadísticas; entrenar al personal con nuevas habilidades; crear una estructura administrativa que empuje al cumplimiento de los trece puntos anteriormente citados.

Por otro lado, Joseph M. Juran (1981) planteó que tenemos problemas de organización, comunicación y coordinación de funciones para administrar bien la calidad, vista ésta como la adecuación al uso, en donde hay un cliente que reconoce el servicio como beneficio para él. Este autor dice que se deben proponer objetivos, organizarse de alguna manera que permita cumplirlos, proporcionar entrenamiento y soluciones a los problemas, mantener reporte del progreso obtenido para reconocer debilidades y fortalezas, teniendo en claro cada individuo su función,

para que pueda ejercerla. Esto lo refuerza Claus Moller (1974), al señalar la actuación y actitud de los individuos como eje importante para prestar un servicio con calidad.

Lo que puede mediar con la idea propuesta por Philp B. Crosby (1979), quien dijo que se puede producir con cero defectos, ya que si un error es prevenido no requiere de reparación alguna, es decir, hacer las cosas bien y, de esta manera, obtener una calidad gratis.

Ishikawa (1985) refiere que si practicamos el control de la calidad - desarrollando, diseñando y manteniendo un producto de calidad más **económico**, útil y satisfactorio para el consumidor de acuerdo con cada proceso- obtendremos una causa–efecto, que si es óptimo será de calidad y si no todo lo contrario.

Los conceptos de calidad se relacionan con el producto directamente dentro de los modelos industriales que extrapolados a la educación sería con la eficacia y eficiencia en el rendimiento escolar que está vinculada directamente con las demandas de la sociedad. Frente a esto, Aguerro (2010) plantea que se puede hablar de calidad del docente, de calidad de los aprendizajes, de calidad de la infraestructura, de calidad de los procesos; sumado a lo que establece esta autora, Rubisztejn y Palacios (2010) especifican que este concepto varía de acuerdo al momento social e histórico de la sociedad, lo que quiere decir que lo que puede ser considerado como calidad en una sociedad en determinado momento, para otra puede no tener mayor relevancia ni aplicación como movimiento dinámico.

Según el CNA:

“El concepto de calidad aplicado al bien público de la educación superior hace referencia a la síntesis de características que permiten reconocer un programa académico específico o una institución de determinado tipo y hacer un juicio sobre la distancia relativa entre el modo como en esa institución o en ese programa académico se presta dicho servicio y el óptimo que corresponde a su naturaleza” (p. 11)



Lo que se resume en el esfuerzo continuo y progresivo de la institución por cumplir con sus funciones de manera responsable y comprometida ante la comunidad.

Entonces como se considera que el concepto de calidad es ideológico de acuerdo a una realidad; este concepto debe estar sujeto a cumplir con la necesidad social de servicio, también a la transmisión de valores, actitudes y conductas. De esta manera, según la concepción de estos autores, la educación con calidad está permanentemente generando desarrollo económico y social.

Estos conceptos de calidad se pueden relacionar con la conclusión de Román y Señoret (2007) quienes dicen que durante el proceso de formación bajo la relación Docencia - Servicio es necesario establecer normas que regulen la formación de un recurso profesional de la salud de óptima calidad, logrando así una formación de profesionales resolutivos ante los requerimientos de la población.

De igual forma se compaginan con lo planteado por Saliba Gardin Cléa (2013), quien dijo que el aumento de número de Facultades de Odontología, junto con la baja calidad de formación, se reflejaban en el mal ejercicio de los Odontólogos que podrían generar desastres en la sociedad y en vez de ser un apoyo comunitario se han convertido en un alto riesgo por la falta de consolidación y aplicación de los conocimientos que le permitan al estudiante analizar los problemas y dar soluciones asertivas para la sociedad.

Tal como plantean Robayo y Barragán (2003) la calidad de una institución debe tener seguimiento y ser reflejada en la evaluación y autoevaluación que se realiza con el fin de dignificar la educación superior; por lo que el objeto de la evaluación se encamina a optimizar determinada práctica o proceso mediante una realimentación constante y secuencial que permita la verificación de la pertinencia social y cultural de los programas, según Escudero (2003) y en base a los resultados proponer oportunidades de mejora de los procesos de acuerdo con las transformaciones y cambios pretendidos.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Lo que se puede profundizar con: Patton (1987) y Swanson y Chapman (2003).

A lo largo del proceso formativo de los estudiantes de Odontología, se ha buscado la manera de integrar las bases teóricas a la práctica clínica, anteriormente se conocía como modelo docente–asistencial, en la actualidad modelo de la relación docencia- servicio. En éste se busca que el profesional de la salud se forme de manera integral con todos los elementos necesarios para la aplicación de su disciplina y la prestación de un servicio bajo estándares de calidad, según el artículo 3 del decreto 2376 de 2010.

Durante la revisión bibliográfica se puede observar en el artículo de Oscar Román (2007), la relación docente asistencial en Chile de acuerdo con la reforma de salud realizada en el año 2001, así mismo la trayectoria que ha tenido el proceso de formación de los profesionales de la salud. Donde del año 1833 a 1942 se hablaba de la ocupación docente; ya en el año 1942 se formó la Comisión Nacional Docente- Asistencial donde se estipuló que los docentes debían tener titulación en su disciplina. En 1952 el Servicio Nacional de Salud se estableció que cada una de las universidades debía tener un Decano, además de los profesores titulados como representante de la institución ante el estado.

En 1974 se formaron dos entes para apoyar todo el proceso tanto administrativo como académico, que recibieron el nombre de Comisiones Regionales y Locales de Salud (CORDAS- CONDAS), que estaban bajo la dirección del Ministerio de Salud y los directores de los hospitales vinculados a estos procesos formativos.

En el 2001, el Ministerio de Salud (MINSALUD) estableció la norma administrativa número 7 que contempla: “Regulaciones de campos Clínicos de los servicios de Salud a las Universidades”, que es cumplido de manera parcial según lo reportado por el autor. Con lo anterior se observa que la relación docencia –servicio ha tenido una transformación histórica y social en los diferentes países para la formación de profesionales de la Salud; estos cambios son llevados a cabo teniendo en cuenta la experiencia que permite identificar oportunidades de mejora, con el fin de formar el recurso humano en salud de manera optima en número y calidad, de acuerdo con los requerimientos de la población.

Encontrando entonces la importancia de estos procesos formativos, el autor concluye que es necesario establecer normas que regulen la formación del personal involucrado. Para este proceso son necesarios los convenios entre las instituciones formadoras y los sitios de práctica, así como es manejados también en nuestro país, con el fin de que los estudiantes puedan adquirir experiencia de la disciplina enriqueciendo su conocimiento, sus habilidades y su seguridad bajo un constante acompañamiento y apoyo docente.

Los escenarios de práctica donde se presentan casos de mayor complejidad son facilitadores de los procesos de especialización y, así mismo, permiten la rotación de internos que prestan servicios de consulta externa y urgencias; estos son auto gestionados por las instituciones para su funcionamiento por lo que al momento de la acreditación deben ser tenidos en cuenta. Por tal razón, la existencia de los procedimientos de evaluación; aunque en Chile no se habla de una cohabitación o exclusividad de campos clínicos con una universidad o una carrera con el fin de facilitar las rotaciones de los estudiantes, aquí en Colombia si se pueden ver algunas exclusividades de acuerdo con cada institución y los convenios existentes con los centros de salud.

Por otro lado, Ilya Casanova (2007) refirió que el modelo educativo Docencia – Servicio es de relevante importancia frente a la formación de talento humano de prestadores de servicio en salud oral; por lo tanto, el compromiso es alto y debe ser de calidad, ya que interfiere en la vida de la población. Es entonces, un esfuerzo común de las instituciones de educación que brindan este programa y además un reto el lograr generar una integración entre el marco conceptual y la práctica.

En la Universidad Nacional de Cuyo, Evelin Dolonguevich (2010) refiere que los procesos de formación académica a nivel de pregrado deben estar encaminados a formar profesionales competitivos, con habilidades clínicas y de relación personal; con conocimiento odontológico estructurado, complementado con las bases éticas y legales que hacen parte de un buen ejercicio; y finalmente con una

visión amplia del sistema y las necesidades sociales que permitirán la prestación adecuada de los servicios de manera pertinente, eficaz y oportuna.

Así mismo, refiere que el fin es llevar nuestro ejercicio a prácticas preventivas más que curativas; la infraestructura debe estar ligada a la capacidad de atención, tanto formativa como odontológica, y los docentes deben estar acordes con este número para lograr un desarrollo adecuado de las competencias en los futuros profesionales y una privacidad adecuada de los pacientes.

En cuanto a los procesos de evaluación, ella manifiesta que se realiza con el fin de llevar a cumplimiento unos indicadores de calidad en estructura (infraestructuras), procesos (desempeño clínico, altivez de profesionales, resolutivez de problemas, etc.) y resultados (satisfacción y permanencia de los pacientes).

Saliba Garbin Cléa Adas (2012) refirió que la buena formación profesional se ve reflejada en la práctica clínica; por lo tanto, los procesos de formación deben estar encaminados por pedagogías que faciliten el aprendizaje y como consecuencia obtener una práctica ética y pertinente; el resultado de las prácticas profesionales refleja la calidad de la formación del individuo.

Del mismo modo la estructuración formativa ha ido transformándose al generar fortalecimiento de los programas por parte de las instituciones educativas, con el fin de mejorar la función social de la profesión reflejada en la atención odontológica, el acceso a ésta, su eficiencia, eficacia y pertinencia de acuerdo a las diferentes poblaciones y a las necesidades que cada una de ellas demanda. En este transcurso de transformación se presentan factores que llegan a entorpecer u obstaculizar los procesos; dentro de estos factores que Casanova (2007) encontró en la FACO /LUZ, estaban:

- Entorno de los procesos de aprendizaje
- Resistencia de los docentes al cambio
- Alteraciones de mantenimiento de la infraestructura
- Flujo irregular de estudiantes
- Inconformidad de la comunidad receptora de los servicio

Los convenios, tanto regionales como nacionales e internacionales, permiten el desarrollo de la experiencia operativa y aplicativa real de las prácticas; por esto la importancia de surtir los espacios académicos con docentes comprometidos de manera activa con la intención de cada facultad que permitan, apoyen y faciliten la formación de los odontólogos al transitar ellos por diferentes espacios que brinden herramientas para el desarrollo de la profesión. De aquí que los currículos deban ser integrados y se disminuya la fragmentación del conocimiento, permitiendo articular los diferentes aprendizajes encaminados a beneficiar la sociedad.

Para poder buscar la manera de engranar todos los factores en un buen proceso formativo, es necesario realizar una evaluación que permita identificar indiscutiblemente oportunidades de mejora, que generen transformaciones tanto de la prestación del servicio odontológico como la formación del talento humano en Odontología.

Es claro que gran parte de los estudiantes de Odontología encaminan su labor de acuerdo con los requerimientos académicos cuando se debe trabajar en torno a las necesidades reales demandadas por el paciente y sus condiciones.

El plan de formación bajo el modelo Docencia-Servicio es entendido por Morón (2003) como: “Síntesis dialéctica entre el saber y el hacer (relación teórico-práctica) que permite la formación integral del individuo en el campo de la salud, sobre la base de una práctica social cuyo fin deberá ser, transformar las condiciones de salud y colocar el desarrollo científico- técnico al servicio de las mayorías” (p.87).

Ahora bien, la práctica profesional se va desarrollando en el transcurso del proceso formativo donde los estudiantes participan en diversas actividades con diferentes niveles de complejidad según su nivel y periodo académico, lo que le permite desarrollar habilidades, adquirir y construir conocimiento, haciendo finalmente una sinergia en su práctica. Lo ideal de este proceso educativo es que el estudiante sea capaz de integrar todos los conocimientos que van a ser reflejados y evaluados en los diferentes escenarios de formación y prestación de servicios odontológicos, dando un enfoque biop-sico-cultural en la universidad FACO/ Luz

de Venezuela, que se extrapola al modelo bio-psico-social y cultural propio de la formación del estudiante de la Universidad El Bosque, lo que permite realizar un acercamiento al ejercicio profesional real.

Durante la revisión bibliográfica se encontró que hay diversas Facultades de Odontología con la misma inquietud, de brindar una formación y una prestación de servicios odontológicos con calidad, bajo el modelo docencia- servicio todas influenciadas por los modelos biomédicos y económicos industriales; pero, no se evidenciaron propuestas de algún instrumento de evaluación que permitan garantizar la calidad en los procesos que se llevan a cabo en los diferentes ámbitos académicos y prácticos de los estudiantes de Odontología.

La visión desde el Ministerio de la Protección Social presentada en un foro realizado por la Universidad del Valle (2011) sobre ¿Cómo entender la calidad educativa en la formación integral de los profesionales de la salud? Parte de tres reflexiones iniciales: desafíos actuales; calidad y pertinencia desde el enfoque del Ministerio; y el tercero sobre la articulación de instituciones y procesos de salud y educación: relación Docencia-Servicio.

Sobre los desafíos actuales habla de la persistencia de los espacios e inequidades flagrantes en salud, en el interior y entre los países, subrayando la falla colectiva en compartir los dramáticos avances en salud de manera equitativa.

Cada día aparecen nuevos desafíos como son: cambios a nivel del ambiente, aparición de nuevos riesgos infecciosos, rápida transición demográfica que amenaza la salud de todos. Este ritmo acelerado no permite que la educación profesional en salud vaya a la misma velocidad que se van presentado estos nuevos desafíos. Los currículos están desactualizados, estáticos y fragmentados; por lo tanto, no permiten cumplir con el perfil deseado del egresado en salud.

Dentro de los factores que no permiten una adecuada formación de personal en el área de la Salud y la Prestación de los servicios mencionados en el foro, están los desajustes en las competencias frente a las necesidades sentidas de la población, un

trabajo interdisciplinario escaso, adicionalmente mencionaron lo débil que es el enfoque técnico sin comprensión del contexto; los encuentros episódicos más que un cuidado continuo; la atención hospitalaria es predominante a expensas del cuidado primario; hay desbalances cuantitativos y cualitativos en el mercado laboral profesional y un débil liderazgo para mejorar el desempeño de los sistemas de salud que conllevan a una respuesta lenta e inadecuada de las necesidades de salud; como lo expresa Frenk (2010) y Lancet (2010), los sistemas de salud cada día son más complejos y más costosos.

Las situaciones enumeradas, según el Ministerio (2011), se evidencian de varias formas como lo son las bajas calificaciones en las evaluaciones realizadas a los profesionales de la salud recién egresados para acceder a su servicio social obligatorio, problemas con la identificación oportuna de casos de alto impacto: Dengue, Cáncer, altos índices de morbi-mortalidad en el parto institucional en algunas regiones del país, confusión por la ‘competencia’ o áreas de desempeño en algunas profesiones y especialidades. Gran parte de lo que se ‘aprende’ en la academia no se aplica en los servicios de salud y mucho de lo que se requiere aplicar no se ‘aprende en la academia’. Así mismo, la tecnología ha desplazado o reemplazado a profesionales y las condiciones laborales son de escasa oportunidad y progreso.

El modelo de educación se debe modificar como lo proponen Julio Frenk, Lincoln Chen y otros (2011) en su publicación, *Profesionales de la salud para un nuevo siglo*, donde el modelo tradicional que parte del currículo con objetivos educativos que se relacionan con un componente de asistencia, cambie la estructura por un modelo educativo basado en competencias, que partiendo de las necesidades y del sistema de salud, generen competencias, se construya el currículo y sobre esas competencias se realice la asistencia.

La tercera reflexión que realizó el Ministerio de la Protección Social fue la articulación de las instituciones entre los procesos de salud y educación: relación Docencia-Servicio que se da a través del Decreto 2376 de 2010 que regula los

aspectos atinentes a la relación Docencia-Servicio en programas académicos del área de la salud.

Para revisar el estado actual del desarrollo de las condiciones establecidas por el decreto en mención, el Ministerio de la Protección Social a través de la Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos realizó una prueba piloto al Modelo de evaluación de las prácticas formativas en Salud en conjunto con el MEN (Ministerio de Educación Nacional), a través de Conaces en el mes de Agosto de 2011, un año después de expedido el Decreto.

Uno de los principales objetivos de la prueba piloto era identificar el grado de desarrollo actual (2011) teniendo en cuenta las condiciones de calidad de acuerdo al Decreto 2376 de 2010. Además de este, tenían otros objetivos planteados, los que eran: identificar la viabilidad que tienen algunas condiciones de calidad para ser aplicables en la evaluación de la relación Docencia-Servicio ; identificar las dificultades y los posibles recursos necesarios para implementar algunas condiciones; y, finalmente involucrar a algunas IPS de todo el país en la construcción de estas condiciones.

En esta prueba participaron ocho IPSs de diferentes regiones, que cuentan con convenios de docencia- servicio. Se capacitaron a los funcionarios (líderes) de las IPSs para realizar la prueba piloto con el modelo propuesto para la relación Docencia-Servicio.

Cada IPS debía identificar mediante un formato la existencia o ausencia del estado de calidad de los convenios en vigencia. Valoraron algunas de las realidades de calidad en una escala diseñada para la prueba piloto. Las condiciones definidas para el ejercicio fueron: asignación de cupos, programa de delegación progresiva de funciones y responsabilidades de los estudiantes, estudios de costos y beneficios de la relación.

Adicionalmente se les solicitó a las IPSs que eligieran una condición que a su criterio consideraran compleja para que valoraran la viabilidad de su



implementación. Por tal razón, las IPSs identificaron los recursos o actividades necesarias para la implementación de tales condiciones.

Del total de 26 condiciones evaluadas, dos 2 de las IPSs participantes (25%), se encontraban sobre el 80% de cumplimiento de las condiciones: Fundación Cardio Infantil con el 88% y El Hospital Universitario CARI ESE con el 93% de cumplimiento. El 50% de las IPSs se encontró entre el 57% y 77% de cumplimiento de las condiciones evaluadas: Instituto Nacional de Cancerología con el 77%; El Hospital de El Tunal ESE con el 73%; Hospital de Suba ESE con el 57 % y Los servicios especiales de Salud Hospital de Caldas con el 57%. El 25% restante están por debajo del 54% de cumplimiento: Sociedad de Cirugía de Bogotá – Hospital de San José con el 53% de cumplimiento y el Hospital San Vicente de Paul ESE de Santa Rosa de Cabal con el 46%. El 75% de las IPSs evaluadas se encontraban con un porcentaje por debajo del 77% del cumplimiento de las condiciones establecidas en el modelo de evaluación.

Sobre una de las condiciones evaluadas, la asignación de cupos de estudiantes por servicio hospitalario, se obtuvieron los siguientes resultados: el 25% de las IPSs que participaron en la prueba, asignaban cupos sin planeación ni criterios definidos, los asignaban con base en un histórico de periodos anteriores o por sugerencia de la IPSs o de la IESs.

El 25% de las IPSs se evaluaron en la escala de valores con 3: donde el número de estudiantes se definía por la capacidad instalada de los servicios hospitalarios, sin tener en cuenta la producción de la capacidad instalada.

Dos de las IPSs (25%) se evaluaron con 4: Número de estudiantes se define por la capacidad instalada, el número de estudiantes definidos, producción de la capacidad instalada y por el número de docentes para las prácticas

Dos de las IPSs (25%) se evaluaron con 5. Número de estudiantes se define por la capacidad instalada, el número de estudiantes definidos, producción de la

capacidad instalada y por el número de docentes para las prácticas y el nivel de complejidad de atención de las IPSs.

Como se observa en la prueba Piloto del modelo de evaluación de las prácticas formativas, el cumplimiento de las condiciones de calidad para la relación docencia-servicio del Decreto 2376 de 2010 están distantes de cumplir el objetivo, pues no se están aplicando en su totalidad, se cumplen de manera parcial con un porcentaje relativamente bajo a lo esperado.

Dentro de los aportes que generaron las IPSs participantes estuvo una propuesta de modelos más técnicos y menos flexibles con indicadores propios de la relación estandarizados. Sugieren que la evaluación debe basarse más en los resultados de los estudiantes que en el cumplimiento de las condiciones de la relación.

Los resultados de la prueba piloto llevaron a la conclusión que ninguna de las IPS autoevaluadas cumplían con el 100% de las condiciones. El grado de desarrollo de las condiciones elegidas contaban con un nivel de desarrollo bajo para todas las IPS autoevaluadas. Finalmente se concluyó que existen muchas restricciones para la implementación de algunas de las condiciones del modelo relación Docencia-Servicio.

Dentro de la solución planteada por el Ministerio es la socialización de la información y gestión de la misma, a través de las diferentes fuentes para lograr una verdadera innovación.

De acuerdo con Xenia Pineda (2007), los procesos de educación en Latinoamérica han estado influenciados por los procesos de globalización que buscan la “Universalización”; sin embargo, hay limitación en las diferentes comunidades en cuanto al acceso y la calidad de los procesos, lo que se puede observar en los altos índices de deserción escolar, analfabetismo, desigualdad y problemas internos de cada nación.

Por esta razón, las universidades latinoamericanas tienen que asumir un papel relevante ante la producción de propuestas educativas que generen cambios y permitan mejorar los procesos de aprendizaje. De tal manera que estos sean vinculados a una realidad social, la formación debe ser pertinente para determinado contexto lo que puede variar de una persona a otra en la manera que sea capaz de apropiarla y aplicarla de acuerdo con las necesidades presentes; el ejercicio investigativo debe ser apoyado y cada institución debe velar por brindar educación con calidad no solo la formación de carácter disciplinar sino también humanística, así como los currículos deben ser mejor seleccionados y evaluados de manera integral, tal como lo planteó Unesco (1998).

## Capítulo III

### Diseño Metodológico

#### Diseño

A partir del problema propuesto para esta investigación, y sus objetivos, el enfoque fue paradigma *descriptivo- evaluativo* para conocer las concepciones de docentes, estudiantes y administrativos que participan en los procesos de formación que se llevan a cabo en la Clínica de la Universidad El Bosque con los estudiantes de VI y X semestre bajo el modelo de la relación docencia- servicio. Siendo esta una investigación de tipo ex -post- facto.

Se inició con una descripción de la situación de los procesos de formación actual del talento humano odontológico en la Universidad El Bosque, dentro de los sistemas y la prestación de los servicios odontológicos dentro de las clínicas de la institución, junto con un recorrido de otros países latinoamericanos donde se describirá brevemente la situación de la formación y la prestación de los servicios de la disciplina bajo el modelo Docencia-Servicio influenciado por el modelo biomédico en el transcurso de la historia.<sup>3</sup>

El enfoque cualitativo permitió conocer la realidad actual de los procesos: qué se realiza, cómo y para qué, es decir, los elementos que la componen; lo que facilitó llegar de manera objetiva a las oportunidades de mejora del contexto citado anteriormente, por medio de los diferentes miembros (docentes, estudiantes,

---

<sup>3</sup> Se puede profundizar con: Román (2001); Rangel (2012) y Saliba (2012).

pacientes, administrativos) involucrados en los procesos y en las bases conceptuales de las normas y decretos que la rigen.

La objetividad de la investigación procura eliminar preferencias de los investigadores, para que garanticen la validez de los datos Saumett Hernan (2007).

El tipo descriptivo permitió realizar un acercamiento a la situación actual mediante un análisis de los factores que lo causan, evidenciando de esta manera el problema para aplicar soluciones.

Posterior a la recolección de los datos, se realizó el correspondiente análisis para obtener la información requerida en la investigación.

El enfoque cualitativo facilitó conocer las concepciones de los participantes en los procesos de las clínicas integrales de la Universidad, así mismo, la comprensión en la medida que se explicó con detalle lo que está ocurriendo en este contexto, o sea que existió una práctica muy cercana al objeto de estudio. Teniendo en cuenta a Cáceres (2003), la investigación cualitativa se realizó en seis fases:

- Síntesis de los estudios sobre el objeto investigado
- Recolección de información y codificación inicial
- Inferencia de los datos sobre los códigos
- Conceptualización sobre los hechos codificados
- Revisiones de los análisis y discusión sobre los hallazgos.
- Divulgación de los resultados mediante informes

De acuerdo con Arnal (1994), se empleó la encuesta semiestructurada compuesta por preguntas de selección múltiple y abierta como instrumento para la recolección de la información con el objeto de dar la oportunidad a los encuestados de ampliar sus opiniones en algunos ítems del instrumento. El instrumento

recolector se aplicó a tres tipos de poblaciones diferentes que participan cotidiana y activamente durante del desarrollo de las prácticas clínicas, siendo heterogénea la muestra; la información alimentó la investigación desde los diferentes puntos de vista y roles que participan en las Clínicas Integrales. Por este motivo se diseñaron tres encuestas diferentes de acuerdo al tipo de población. (Ver anexo No. 2)

### **Delimitación del campo temático y contexto de ocurrencia**

Tanto el campo temático como el contexto de ocurrencia fue seleccionado, ya que las investigadoras hacen parte de estos procesos desde una perspectiva docente y administrativa, por lo que conocen los asuntos y las dinámicas que se presentan en los escenarios clínicos. El campo temático (objeto de estudio) se encontró sobre la concepción del cumplimiento de la norma vigente en los procesos bajo el Modelo docencia- servicio que asegure la calidad, tanto de la formación como de la prestación de los servicios, dentro del contexto de ocurrencia que en la presente investigación son las Clínicas Odontológicas de la Universidad El Bosque.

Entonces, la calidad es pilar fundamental tanto en los procesos formativos como en la prestación de los servicios, ya que repercute de manera significativa en la sociedad; por tal razón el conocimiento adquirido en la experiencia de las investigadoras puede plantear soluciones a las oportunidades de mejora identificadas.

### **Metodología**

#### **Población:**

Grupos Focales de acuerdo con Cameron (2005) por muestra estratificada con respecto a la población estudiantil y administrativos, y censalmente con respecto a los docentes de VI y X que participan en los procesos de formación clínica y administrativos.

***Estudiantes:***

43 estudiantes de sexto semestre y 37 de décimo semestre. (Inicio y término de prácticas en las Clínicas Odontológicas de la Universidad El Bosque). Un total de 80 estudiantes, quienes han cursado el mismo programa académico.

***Docentes de la relación Docencia-Servicio :***

19 docentes que intervienen en los procesos realizados en las Clínicas Integrales bajo el modelo de la relación Docencia- Servicio en VI y X semestre; de los cuales, trece docentes participan en los procesos de formación clínica con VI semestre que por especialidad son: cuatro endodoncistas, cinco periodoncistas, tres rehabilitadores y un operatorista. Y, con X semestre de los diez docentes participaron 6 en total, dada las circunstancias de jornada laboral y asignación de carga académica; de los cuales, por especialidad, son: dos endodoncista, dos Periodoncista, dos Rehabilitadores.

***Administrativos***

Se optó aplicar el instrumento en el Director actual de las Clínicas y en un par administrativo con conocimiento y manejo administrativo.

**Tipo de muestra:**

Muestra de selección intencionada de personal involucrado la relación docencia- servicio en las Clínicas Odontológicas de la Universidad El Bosque:

- Estudiantes del grupo de VI semestre, iniciación de la práctica clínica y grupo de X semestre de terminación.
- Docentes que participan en los procesos clínicos formativos de estos dos grupos.
- Personal administrativo que participa en los procesos de formación clínica de los estudiantes de estos dos grupos.

### **Instrumentos.**

Se utilizó la encuesta semi estructurada en la totalidad de docentes, estudiantes y administrativos incluidos en la selección de la muestra (Ver anexo 1). Siendo esta heterogénea se estructuró una encuesta para cada uno de los grupos con el diseño de tres instrumentos diferentes con el fin de recolectar la información del proceso de formación clínica teniendo en cuenta los diferentes roles en los que ellos participan.

### ***Categorías:***

Para la investigación se definieron las siguientes categorías de acuerdo con las voces de estudiantes, docentes y administrativos.

Tabla No 1. Voces estudiantiles

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>
<b>Administración</b>	Caja
	Recepción
	Archivo
	Radiología
	Esterilización
<b>Infraestructura</b>	Espacio Clínicos
	Equipos médicos
<b>Docentes</b>	Disponibilidad
	Acompañamiento
<b>Estudiantes</b>	Cumplimiento de requisitos
	Demanda de estudiantes
	Horarios de prácticas
<b>Pacientes</b>	Factor económico
	Disponibilidad horaria
	Relación requisitos necesidad
	Deserción
	Demanda de pacientes
	Motivación y duración de tratamiento
<b>Evaluación</b>	Claridad de criterios
	Exámen de nivel
	Socialización
	Participación estudiantil

*Tabla realizada por las investigadoras para efectos de esta investigación.*



Tabla No.2 Voces Administrativos

	Utilidad de mejora
<b>Normatividad</b>	Socialización de la norma
	Deberes y responsabilidades
<b>Práctica formativa</b>	Calidad en la formación
	Calidad en la Atención
<b>Administración</b>	Gestión de recursos
	Estructura organizacional
	Supervisión y control
	Capacitación
	Gestión de recurso humano
	Socialización reglamentos clínicas
	Deberes y responsabilidades
<b>Administración</b>	Mejoras procesos administrativos
	Mejoras procesos académicos

*Tabla realizada por las investigadoras para efectos de esta investigación.*

Tabla No. 3 Voces Docentes

<b>Currículo</b>	Planeación
	Pertinencia
	Continuidad
<b>Docentes</b>	Funciones del docente
	Demanda de docentes
<b>Equipos y dispositivos médicos</b>	Equipos médicos
	Dispositivos médicos
<b>Estudiantes</b>	Compromiso
	Proceso de aprendizaje
	Demanda de estudiantes
<b>Infraestructura</b>	Espacios docentes
	Espacios clínicos
	Privacidad en la atención
<b>Demanda de pacientes</b>	Mercadeo y publicidad
	Modelo de atención
	Deserción de pacientes

*Tabla realizada por las investigadoras para efectos de esta investigación.*

**Procedimiento:**

Se estructuraron los tres instrumentos que fueron utilizados para la recolección de información relacionada con las categorías escogidas por las investigadoras para el desarrollo de la investigación.

Se realizaron varios ejercicios en cada una de las reuniones con respecto a la formulación de las preguntas que serían incluidas en las diferentes encuestas. Las propuestas se socializaron entre tutor e investigadoras verificando la estructura de las mismas, la redacción, la pertinencia y el lenguaje.

Una vez llegado a común acuerdo se validó el instrumento por expertos partícipes en los procesos de formación de talento humano odontológico.

Se solicitó esta validación a tres expertos; a cada uno se le entregó el documento encabezado por el nombre de la investigación seguido por la guía para la validez por experto de los ítems de instrumentos sobre percepción de la formación en odontología bajo el modelo actual, especificando cada criterio evaluado y la calificación en base a escala establecida para cada uno de ellos, se dejó un espacio para observaciones que diera tener cada ítem. (Ver anexo 1)

Teniendo presentes los aportes de los expertos se reestructuraron y reorganizaron los instrumentos; los que fueron nuevamente revisados por los expertos hasta que se apreciaron adecuados para su aplicación. Durante este proceso se tuvo varias reuniones en las que ellos manifestaron elementos importantes que fueron tenidos en cuenta por las investigadoras para el desarrollo del problema planteado.

Los expertos realizaron aportes importantes para la consolidación de los instrumentos con la expectativa de que arrojen información relevante que permita identificar oportunidades de mejora en los procesos de formación clínica en los estudiantes de las Clínicas Integrales y proponer soluciones.

El objeto de este ejercicio, fue medir la validez y confiabilidad de los tres instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos, en términos de que cuantas veces el instrumento sea utilizado, presente los mismos resultados si se entrevista con un mismo perfil de población en igualdad de condiciones y la valides, en términos de que el instrumento realmente arroje la información requerida por el investigador.

Para la aplicación del instrumento se reunió a los estudiantes de VI y X semestre en aulas de informática siendo estos quienes inician y terminan el proceso de formación de práctica clínica respectivamente, donde se contextualizaron sobre la aplicación de una encuesta con el fin de recolectar información para la investigación; iniciando con el ejercicio de forma On Line. Los docentes y administrativos también fueron informados de su participación en este proceso investigativo, a ellos se les solicitó diligenciar el instrumento de manera escrita y se logró una participación activa que permitió la recolección de datos necesarios para el desarrollo de la investigación a pesar de que algunos administrativos se resistieron al diligenciamiento del instrumento.

La encuesta se subió previamente a la fecha de ejecución y se habilitó el mismo día para que fuera diligenciada por los estudiantes de los grupos seleccionados.

## Capítulo IV

### Presentación y discusión de los resultados

#### **Análisis de los datos:**

Una vez obtenidos los datos de los diferentes actores del modelo de la relación Docencia-Servicio de las Clínicas Odontológicas de la Universidad El Bosque se llevó a cabo el análisis estadístico pertinente. Correlacionados los datos obtenidos con las categorías de estudio investigativo (administración, infraestructura, docentes, estudiantes, pacientes, evaluación, normativa y currículo).

En el análisis de datos las investigadoras relacionaron la información obtenida con los instrumentos, teniendo como finalidad alcanzar los objetivos del estudio. Las operaciones no fueron definidas de antemano de forma rígida. Se planificó el análisis de esta investigación con el fin de verificar el estado de las categorías establecidas en un principio para el desarrollo de la misma; sin embargo, se presentaron algunas categorías emergentes que alteraron el curso planeado inicial.

Los datos fueron analizados de forma cuantitativa y cualitativa, siendo conscientes las investigadoras de las amplias diferencias que presentan las técnicas de estas dos grandes familias que permiten analizar datos; los que se obtuvieron por medio de encuestas semiestructuradas que facilitaron el logro de información de ambos tipos para poder relacionarlas.

Para la realización de un análisis cualitativo se contó con la preparación y descripción del material; la información fue detectable teniendo en cuenta que existe; ubicable en el contexto en que se presenta y trazable desde el punto de vista de dónde se obtuvo, cómo se obtuvo y las fuentes que lo permitieron. Al ser la información voluminosa, se realizó un arduo trabajo de preparación para lograr organizar las citas sin ignorar elementos importantes e interesantes dentro del proceso de investigación. Para despejar datos se crearon unas categorías y unas

subcategorías de interés del estudio de las investigadoras y se relacionaron con la información dada por la muestra realizando una reducción de datos por inducción de las investigadoras y por emergencia del proceso. (Como pudo evidenciarse en las Tablas Nos. 1,2 y 3)

El método de análisis de la información cualitativa fue el emparejamiento con el fin de comparar el ideal del modelo de la relación Docencia-Servicio de formación con la realidad observada; así mismo los datos permitieron realizar un análisis transversal entre la formación clínica de los estudiantes de VI con los estudiantes de X semestre, donde se identificaron concepciones repetidas de variables que presentan oportunidades de mejora en ambos ámbitos académicos tanto en el inicial como en el final.

En cuanto al análisis cuantitativo fue descriptivo, representado y analizado a través de gráficas que permiten identificar las oportunidades de mejora y las fortalezas presentes en los procesos que se llevan a cabo en las Clínicas Integrales de la Universidad El Bosque desde las concepciones de los miembros que allí participan cotidianamente.

Se evitaron al máximo factores que pudieran generar sesgos. La representatividad de los datos al tener en cuenta dos grupos estudiantiles completos cruciales para evaluar las categorías en un momento histórico, que les ha permitido conocer de forma directa los procesos de formación bajo el modelo de la relación Docencia-Servicio adoptado del modelo biomédico para el talento humano odontológico, permitió estructurar la información de manera precisa.

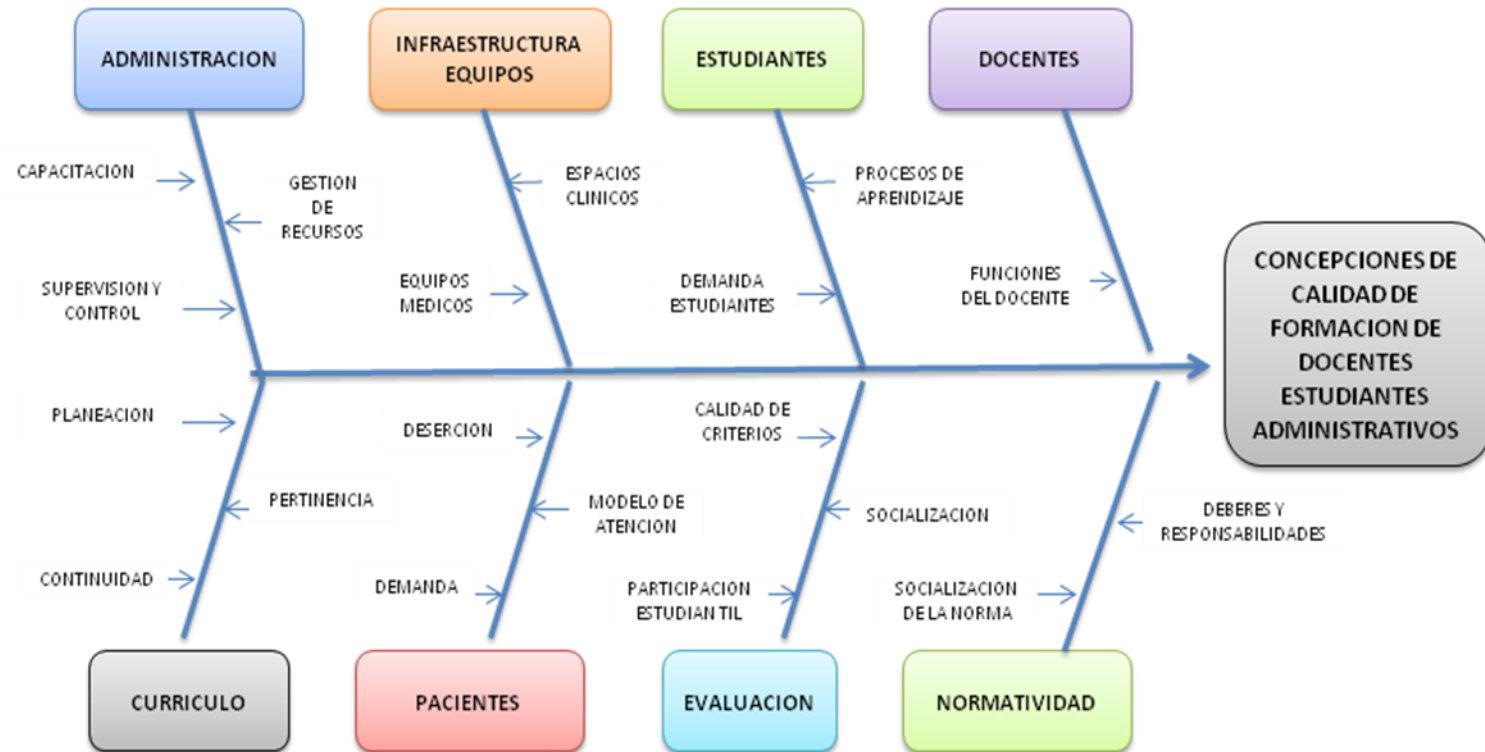
### **Análisis Cualitativo**

El análisis cualitativo se realizó usando la herramienta Atlas Ti; se inició categorizando las voces de los participantes que se integraron en la muestra para el desarrollo de la investigación; de estas voces se tomaron citas textuales que

estuvieran relacionadas con el problema propuesto por las investigadoras, además se organizaron en subcategorías para facilitar el análisis de las mismas.

Lo anterior permitió generar una serie de redes semánticas y se triangularon entre ellas, un referente teórico (retomado del marco realizado previamente) y la posición de las autoras. De aquí nace el análisis que será expuesto a continuación de la Gráfica No.1, Causa-Efecto junto con las redes.

Gráfica No 1. Diagrama Causa-Efecto

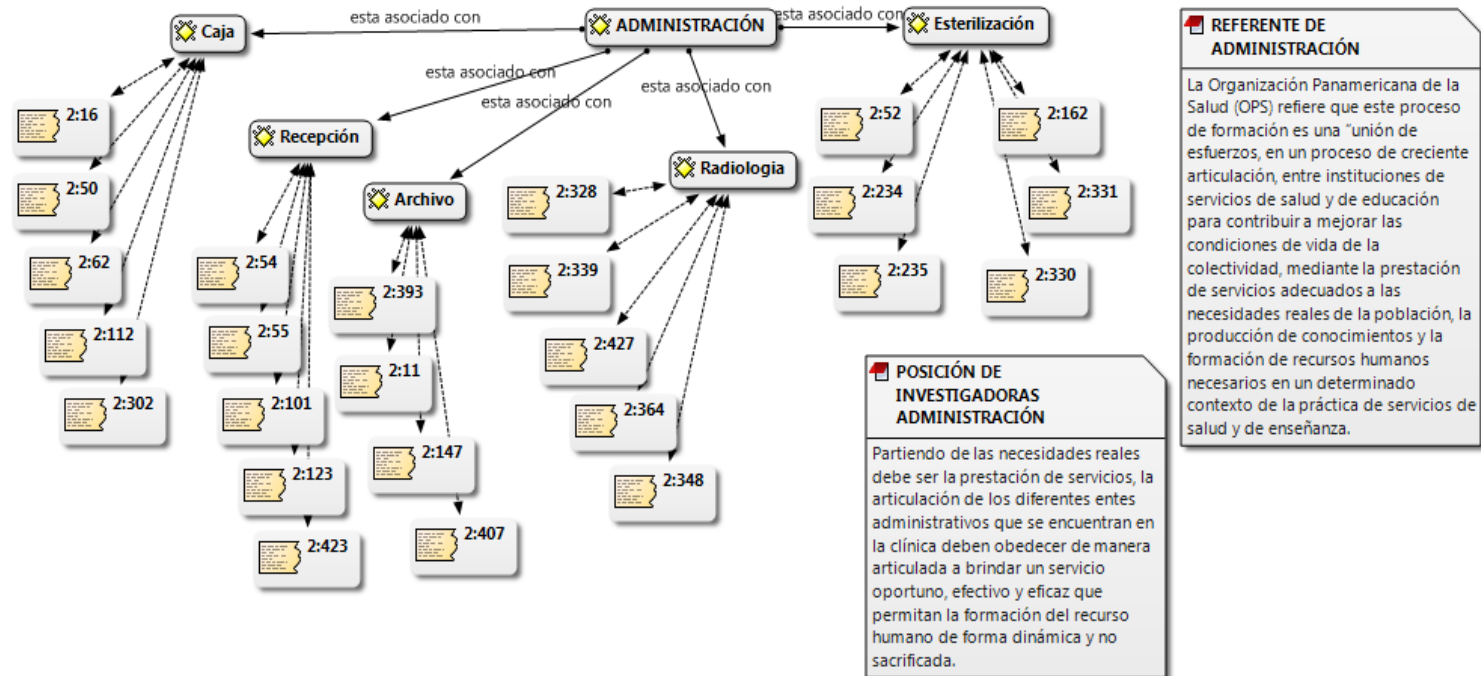


En este diagrama se observan las categorías que se relacionan con el problema y algunas de las subcategorías partiendo de las voces de los participantes de la muestra.

Las redes semánticas están organizadas de acuerdo a los grupos focales y a sus voces, presentando primero las del grupo estudiantil, luego las del grupo administrativo y, finalmente, las de los docentes; seguida de cada una de ellas se encuentran el análisis respectivo. Así mismo, se presenta la triangulación de cada una de las categorías.



Gráfica No. 2. Categoría Administración- Voces Estudiantiles



Como se observa en la gráfica No 2, la categoría *ADMINISTRACIÓN*, se subcategorizó en: “caja”, “recepción”, “archivo”, “radiología” y “esterilización”; en esta categoría aparecen las voces que evidencian diferentes oportunidades de mejora con respecto a los diversos servicios que apoyan los procesos de formación y la atención odontológica en las Clínicas Integrales.

En tanto a la subcategoría “Caja”, se manifestó por parte de los estudiantes: “*A veces solo funciona una caja*” (2:16), “*se encuentran distantes de la clínica*” (2:112), “*no estaba en servicio la caja a las 06:30*” (2:302) y “*nunca hay vueltas*” (2:62).

Por otro lado, la concepción de los estudiantes en cuanto a la “recepción”, fueron: “*largas filas para ser atendido*” (2:54), “*no hay sillas cómodas ni un espacio adecuado*” (2:55), “*prioridad a los posgrados*” (2:101), “*no tienen números ni direcciones actualizadas de los laboratorios*” (4:23).

En cuanto al “archivo”: “*Es un lugar muy pequeño*” (2:393), “*se acumula mucha gente y se pierde tiempo*” (2:11), “*los horarios de archivo no son suficientes*” (2:147), “*las niñas de archivo son apenas 2 personas*” (2:407).

También, en la subcategoría de “radiología”, “*la demanda del servicio es altísima*” (2:339), “*el espacio de radiología no es suficiente*” (2:427), “*las auxiliares no están capacitadas*” (2:364) y “*son muy pocos los equipos*” (2:348).

Por otro lado, en la subcategoría “esterilización”, “*espacio para esterilización es demasiado reducido*” (2:52), “*permanece desordenado y sucio*” (2:234), “*demora de la atención*” (2:162), “*no hay mucha ventilación*” (2:331), y “*área de contaminación auditiva*” (2:330).

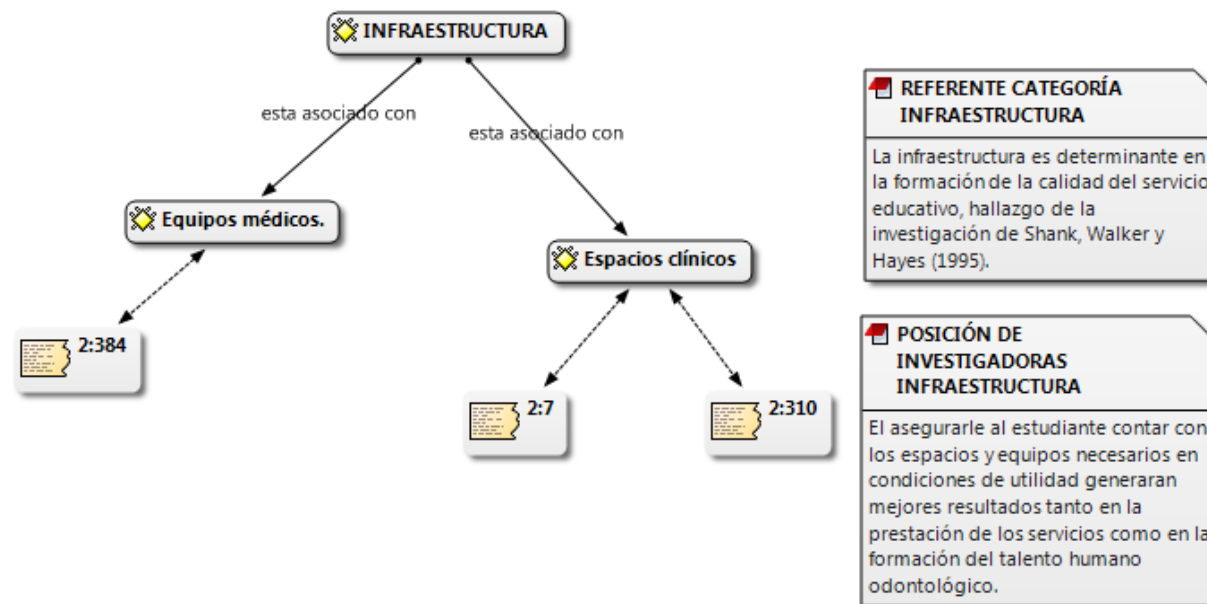
Siendo los anteriores, motivos de congestión administrativa que intervienen en los procesos de formación y prestación de servicios.

Así mismo, se relaciona con lo expuesto por la Organización Panamericana de la Salud (2002) y todo ello motiva a realizar unión de esfuerzos, de tal manera que

se logren articular los procesos de educación para el talento humano en salud con la prestación de los servicios en un pro colectivo hacia una mejor calidad de vida.

Por otro lado las investigadoras refieren que es necesario partir de los requerimientos reales para lograr articulación entre los diferentes entes administrativos que se encuentran en las Clínicas Integrales para brindar un servicio oportuno, efectivo y eficaz que permita la formación del recurso humano de forma dinámica y no sacrificada.

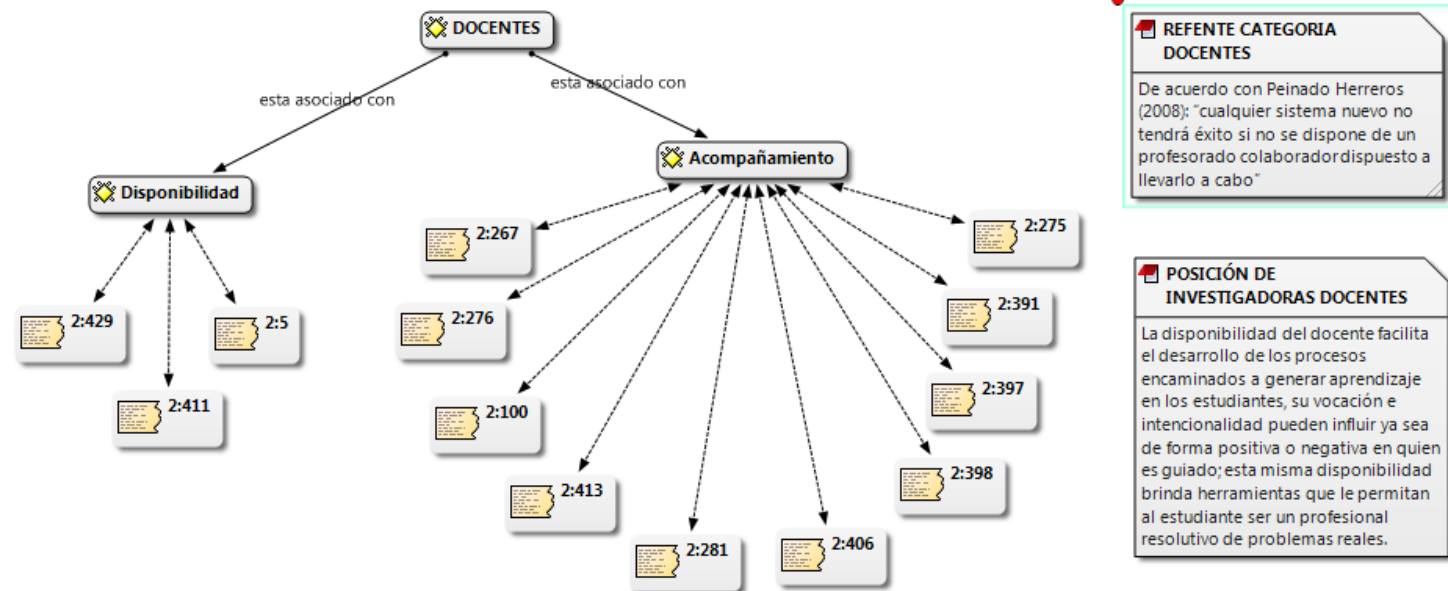
Gráfica No. 3. Categoría Infraestructura- Voces Estudiantiles



En la segunda categoría de las voces estudiantiles: “*INFRAESTRUCTURA*” como lo muestra la gráfica No 3, se subcategorizó en “equipos médicos” y “espacios clínicos”, donde se relacionan las siguientes voces: “*disponibilidad de los equipos médicos*” (2:384), “*no cuenta con todo lo necesario en cuanto a quirófanos, unidades, clínicas y preclínicas*” (2:7), “*el área de las clínicas odontológicas es insuficiente*” (2:310).

Lo que permite rescatar lo planteado por Shank, Walker y Hayes (1995) en cuanto a lo determinante que es la infraestructura en la formación de calidad del servicio educativo. Siendo indiscutiblemente, éste, un factor relevante e influyente que brinda garantías a la formación con calidad y a un óptimo servicio según la triangulación realizada con la postura de las investigadoras, quienes consideran que el asegurarle al estudiante la disposición de espacios y equipos necesarios en condiciones de utilidad generarán mejores resultados tanto en la prestación de los servicios como en la formación del talento humano odontológico.

Gráfica No. 4. Categoría Docentes-Voces estudiantiles

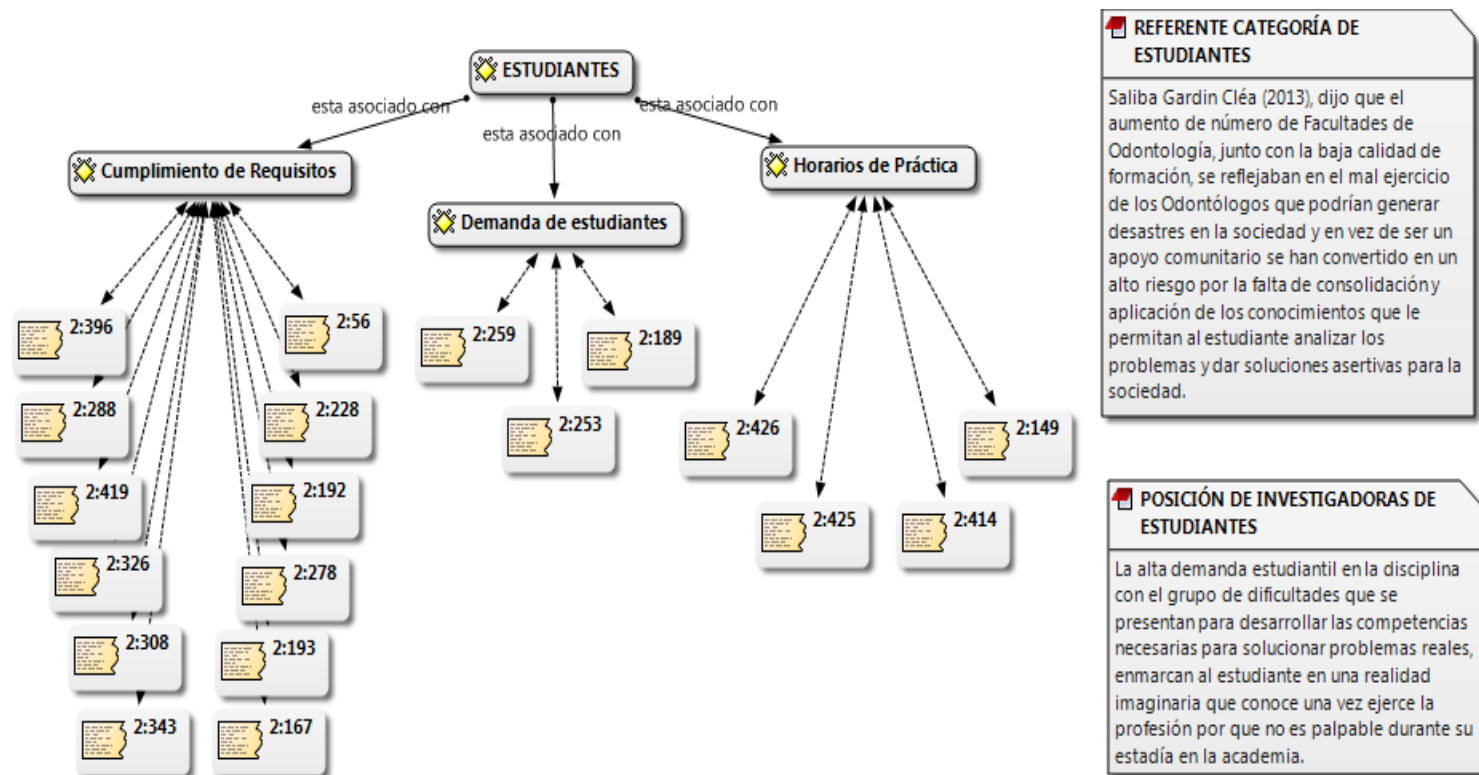


La tercera categoría “*DOCENTES*”, representada en la gráfica No 4, se organizó en dos subcategorías: “disponibilidad” y “acompañamiento”. Dentro de las voces de “disponibilidad” de los docentes, se obtiene: “*la atención que le presta los docentes es por caras*” (2:429), “*se falta el respeto tanto estudiante docente y viceversa*” (2:411), “*el tiempo de clínica la disponibilidad del paciente*” (2:5).

Como en “acompañamiento”: “*los docentes no pueden asistir todos los procedimientos*”(2:267), “*hay docentes que no guían*” (2:276), “*salen a tomar café o simplemente están ocupados*” (2:100), “*no todos los docentes y no en todas las clínicas*” (2:413), “*docentes que nos eduquen y no que nos juzguen*” (2:406), y, “*los docentes emplean el tiempo de clínicas para hablar con otros*”(2:275).

Por otro lado, el acompañamiento del docente es muy importante y valioso para los estudiantes de acuerdo con sus citas, ellos resaltan de manera positiva las actitudes que realmente son una guía porque esto les brinda seguridad y permite que se genere un aprendizaje; también rechazan las actitudes de aquellos que están ocupados todo el tiempo y no les prestan atención; la disponibilidad del docente facilita el desarrollo de los procesos encaminados a generar aprendizaje en los estudiantes; esto, muestra que el docente puede generar impacto en sus estudiantes por medio del acompañamiento, de acuerdo con Peinado (2008) quien refiere que un grupo profesoral colaborativo y dispuesto puede generar cambios con éxito.

Gráfica No. 5. Categoría Estudiantes- Voces estudiantiles





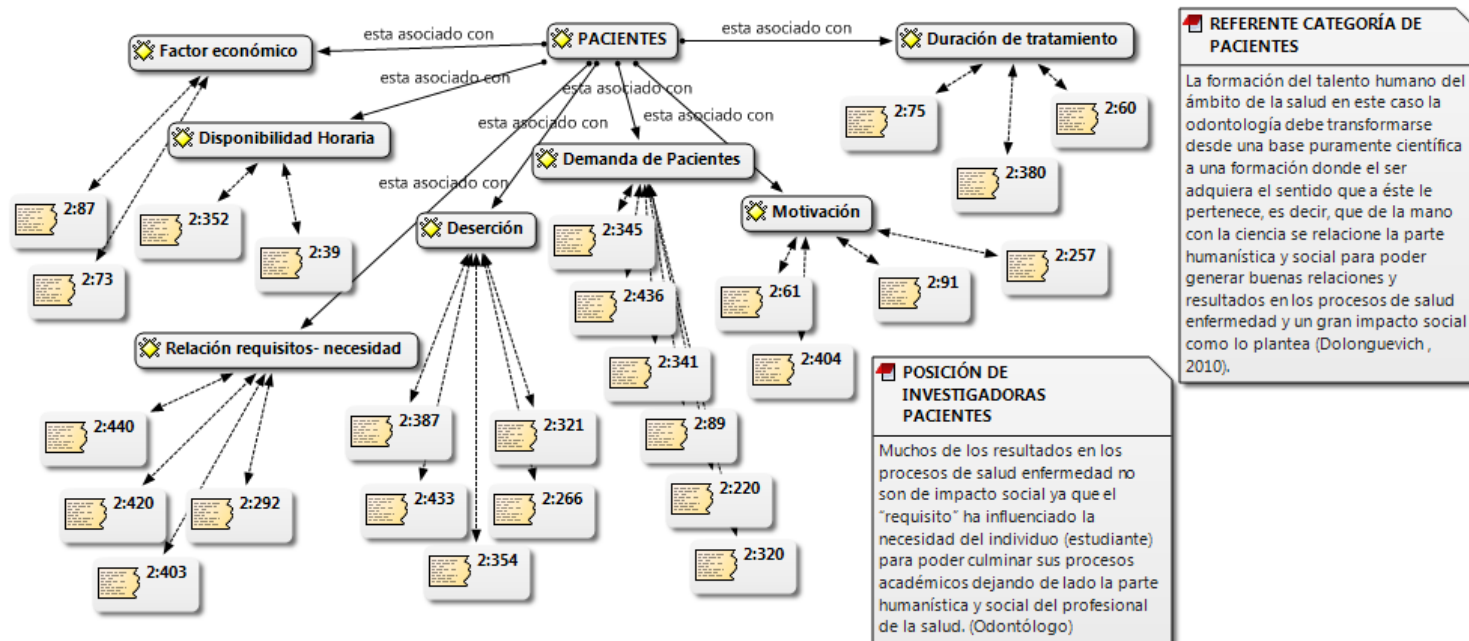
La cuarta categoría de voces estudiantiles fue la de “*ESTUDIANTES*”, como se observa en la gráfica No.5, que se subcategorizó en: “cumplimiento de requisitos”, “demanda de estudiantes” y “horarios de práctica”. Identificando por medio de las citas que hay muchas causas que generen falta de “cumplimiento de requisitos” exigidos en las prácticas clínicas que afectan directamente los procesos de formación y el desarrollo de habilidades clínicas, como: “*laboratorios de pésima calidad*”(2:396), “*cancelan su cita*” (2:288), “*llega el paciente tarde*” (2:419), “*alto grado de estrés*” (2:326), “*solo se pueden atender 3 pacientes máximo*” (2:308), “*se acaban los medicamentos*” (2:343), “*no tenemos pacientes*” (167), “*los doctores hacen que uno no pueda avanzar*” (2:192), y, “*me lo remitieron a posgrado*” (228).

En cuanto a la “demanda de estudiantes”, las voces más representativas, fueron: “*muchos estudiantes*” (2:259), “*grupo muy grande*” (2:253) y “*clínica como un simple negocio*” (2:189).

Así mismo, de

Estas los “horarios de práctica”, los estudiantes dijeron: “*muy temprano*” (2:426), “*muy cortos para los requisitos*” (2: 425), “*demora en los trámites para que el paciente ingrese*” (2:414), y, “*mal distribuidas las sesiones*” (2:149).voces, apoyadas en lo referido por Saliba (2013), la demanda de Facultades de formación del talento humano en la disciplina en la actualidad es tan amplia que ha perdido el sentido de la misma encaminando a los estudiantes a realizar cosas que no siempre están acordes con las necesidades de los pacientes, lo que puede generar una educación basada en la demanda más que en la calidad de vida del individuo.

Gráfica No. 6. Categoría Pacientes- Voces estudiantiles



Tal como se muestra en la gráfica No 6. La categoría de “*PACIENTES*” se subcategorizó en: “factor económico”, “disponibilidad horaria”, “relación requisitos necesidad”, “deserción”, “demanda de pacientes”, “motivación” y “duración de tratamiento”.

Dentro de la voces encontradas en “factor económico”, están: “*tratamientos costosos*” (2:87) y “*no los pagan*” (2:83). En “disponibilidad horaria” los actores refirieron: “*se requiere de ocuparlos tanto tiempo*” (2:352), y, “*el horario de la clínica muchas veces impide que el paciente venga a la clínica*” (2:39).

Por otro lado con relación a “requisitos-necesidad”: “*se mira a los pacientes como requisito*” (2:440), “*yo le pago y tengo que cumplir mis requisitos*” (2:420), “*difícil encontrar pacientes que suplan todas las necesidades*” (2:403), y, “*la importancia de los requisitos es mayor que el proceso de formación del estudiante*” (2:292).

Además, la “deserción” desde las voces de los estudiantes se concibe así: “*porque el estudiante paga su tratamiento*” (2:387), “*altos costos*” (2:433), “*se van por tanto tramite*” (2:354), “*necesitan ver cambios rápido*” (2:266), y, “*los horarios*” (2:321).

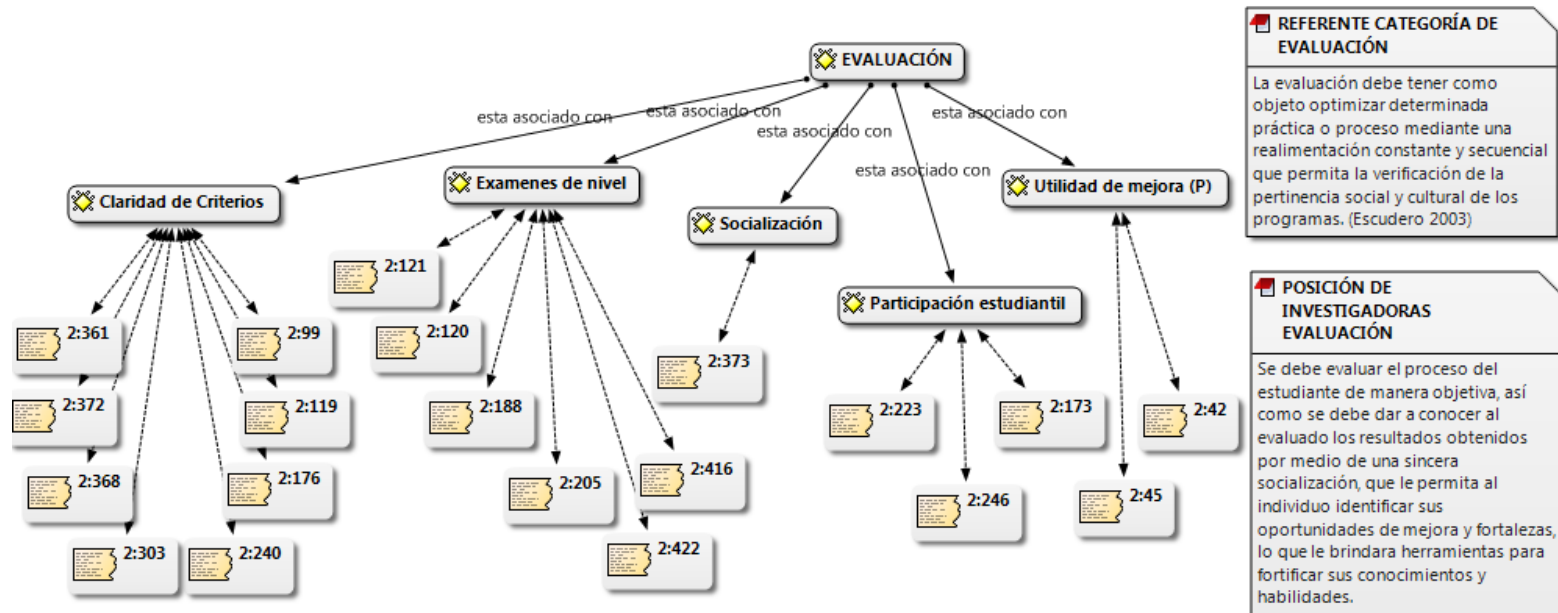
Mientras tanto, de la “demanda de pacientes”, las voces dicen: “*hay pacientes que no sirven*” (2:345), “*no cuenta con publicidad*” (2:436), “*nos toca recurrir a los padres o algún familiar*” (2:341), “*piensan que nos están haciendo un favor*” (2:89), “*no soy de la ciudad*” (2:220), y, “*hay pocos pacientes*” (2:320).

Ahora bien, de la “motivación” se encontró: “*falta de interés por parte de los pacientes*” (2:61), “*toca pagar todos los tratamientos*” (2:404), y, “*no valoran el trabajo*” (2:91). Y, dentro de la última subcategoría “duración de tratamiento”: “*tratamientos requieren de varias sesiones clínicas*” (2:75), “*hay procedimientos que son muy extensos*” (2:380), y, “*en otro lado el mismo día le hacen todo*” (2:60).

De acuerdo con Dolonguevich (2010), el talento humano en salud debe integrar no solo el aspecto disciplinar, sino, también el humanístico y social por lo que el paciente debe mirarse como individuo; en este caso la odontología debe transformarse desde una base puramente científica a una formación donde el ser adquiera el sentido que a éste le pertenece; que genere buenas relaciones y resultados en los procesos de salud y un gran impacto social.

De acuerdo con esto, las investigadoras refieren que muchos de los resultados en los procesos salud-enfermedad no son de impacto social ya que el “requisito” ha influenciado la necesidad del individuo para poder culminar sus procesos dejando de lado la acción social del profesional de la salud. (Odontólogo).

Gráfica No. 7. Categoría Evaluación- Voces estudiantiles



En tanto a la categoría “EVALUACIÓN”, se subcategorizó de acuerdo con la gráfica No 7, así: “claridad de criterios”, “exámenes de nivel”, “socialización”, “participación estudiantil” y “utilidad de mejora”.

De estas, los estudiantes consideran que los “criterios de evaluación”: “*se evalúa de manera subjetiva*” (2:361), “*no se tiene en cuenta el proceso*” (2:372), “*no se aclaran las dudas*” (2:368), “*no nos informan sobre qué criterio se evalúa*” (2:303), “*los docentes tienen diferentes criterios*” (2:240) y, “*no hay una buena inducción*” (2:176).

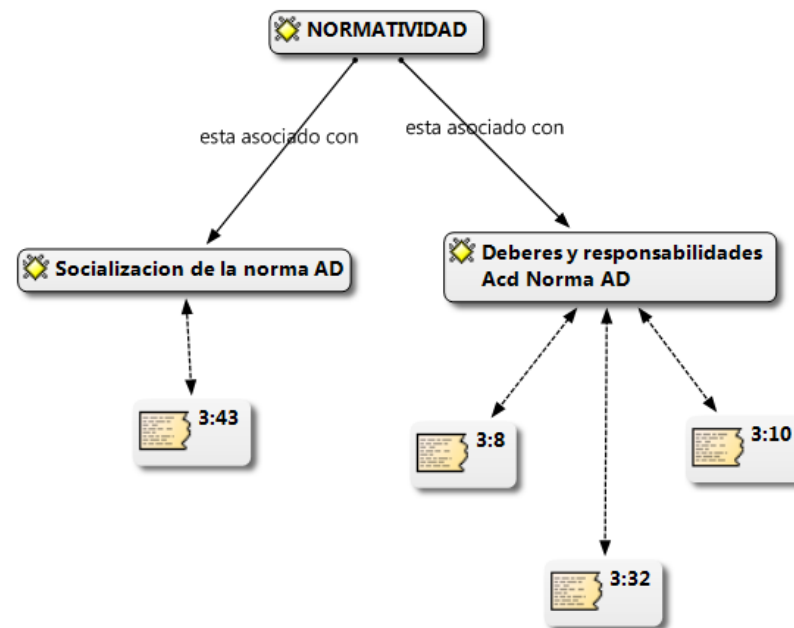
En tanto a los “exámenes de nivel”, las voces refirieron: “*preguntas rebuscadas*” (2:121), “*no son pertinentes*” (2:120), “*los conocimientos previos no son claros*” (2:288), y, “*no se articulan*” (2:205).

Por otro lado, la “socialización” fue unísona: “*se realiza información mas no una socialización*” (2:373).

Con respecto a la “participación estudiantil”: “*nunca son tenidas en cuenta*” (2:223), “*siguen los mismos problemas*” (2:246), y, “*no escuchan las necesidades de los estudiantes*” (2:173). Lo que se relaciona con la subcategoría de “utilidad de mejora”: “*no son escuchadas ni corregidas*” (2:45), y, “*las sugerencias que se realizan no son tenidas en cuenta*” (2:42).

Por lo tanto, la evaluación debe tener como objeto optimizar las prácticas o los procesos mediante una realimentación constante y secuencial que permita la verificación de la pertinencia social y cultural según Escudero (2003). De esta manera las investigadoras aportan que los procesos de evaluación deben realizarse de manera objetiva y así mismo debe darse a conocer al evaluado los resultados de su proceso por medio de una socialización que le permita identificar sus fortalezas y oportunidades de mejora; así mismo la participación de los diferentes actores de un grupo en determinado campo en los procesos de formación permite realizar aportes de mejora continua y pertinente.

Gráfica No. 8. Categoría Normatividad-Voces administrativas



#### REFERENTE CATEGORIA NORMATIVIDAD

La preparación de los estudiantes y la prestación de los servicios odontológicos en el modelo de relación docencia- servicio debe ser de calidad como está señalado en el Decreto 2376 del 1 de julio de 2010, "por el cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud"

#### POSICION DE LAS INVESTIGADORAS NORMATIVIDAD

Dentro del proceso educativo de los estudiantes y su relación con los docentes, el conocimiento de la norma, la socialización y su adecuada interacción, debe ser un referente primordial para su aplicación dentro del contexto real de su profesión, de los escenarios de las practicas formativas, lo cual permite alcanzar a los procesos de la formación académica de los estudiantes y la prestación de servicios de salud y los resultados de calidad propuestos. Una vez entablada la relación docencia servicio los actores de esta relación deben ser conscientes de los derechos y deberes que se adquieren

Dentro de la investigación se indagó a nivel del personal Administrativo de las Clínicas Odontológicas, el conocimiento que este grupo de personas tenía sobre la Normatividad actual, con el fin de identificar las oportunidades de mejora y fortalezas que este personal posee frente al tema. Lo que se realizó de manera censal.

A partir de las voces del personal administrativo en la categoría “*NORMATIVIDAD*” y tal como se observa en la gráfica No. 8, se generan las siguientes subcategorías: “socialización de la norma” y “deberes y responsabilidades de acuerdo a la norma”.

En cuanto a “socialización de la norma”: “*Socialización del decreto con los docentes, estudiantes y administrativos*” (3:43), lo cual soporta nuestra concepción como investigadoras e incide e impacta en los procesos de formación del estudiante, tanto a nivel de la enseñanza por parte del docente en la Universidad, como frente a su realidad como profesional en el campo de su trabajo siendo parte integral de una institución de salud en el futuro, o como profesional independiente en el desarrollo de su profesión dentro de su consultorio.

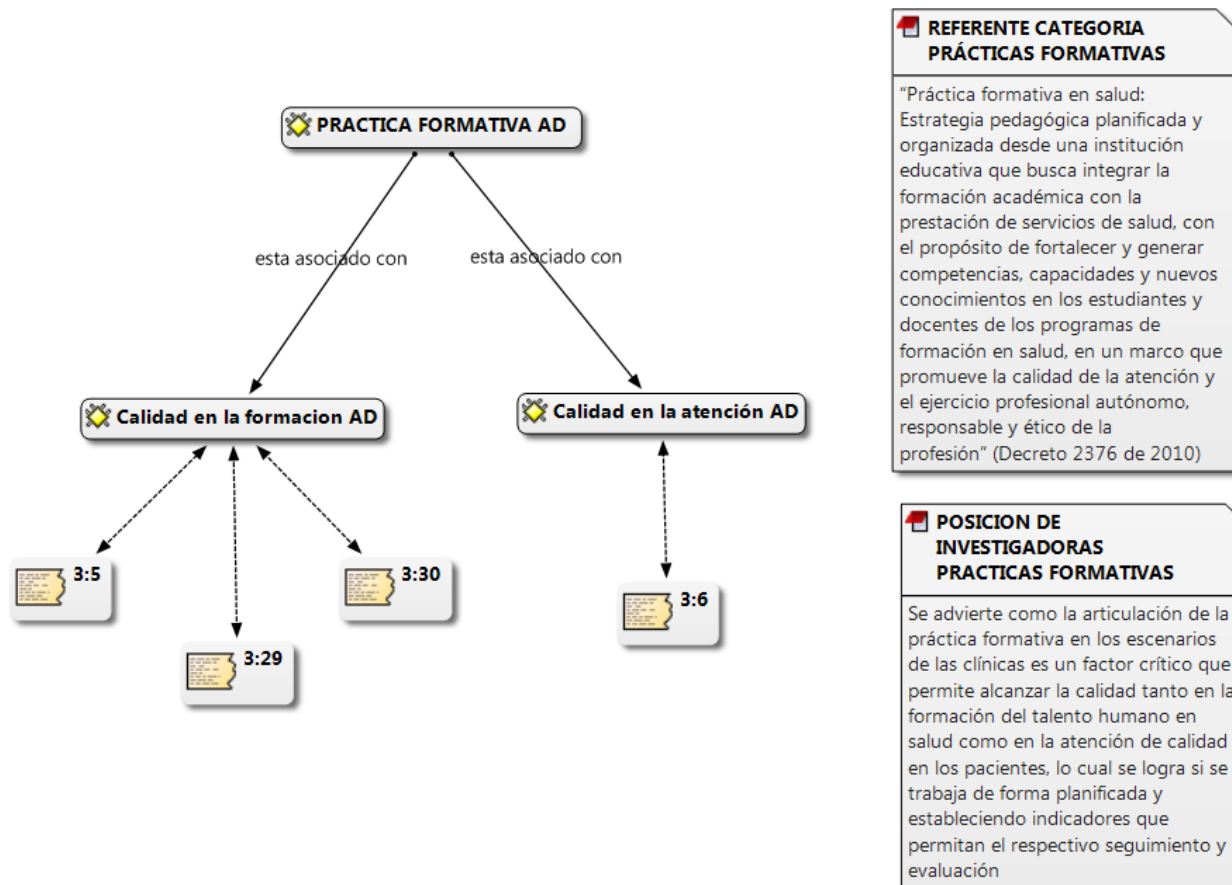
Dentro de los ejes estratégicos institucionales, este aspecto está contemplado en el Eje estratégico 1. Desarrollo estratégico y de calidad, con lo cual se puede afirmar sobre la importancia de desarrollar esta cultura de la Calidad y la planeación en la relación Docencia-Servicio que es de una alta prioridad para las clínicas y la Universidad, bien lo plantea una de las voces: “*Apoyo de toda la estructura organizacional para cumplir la resolución*” (3:2) .

Por otro lado en la subcategoría “deberes y responsabilidades de acuerdo a la norma” las voces del personal administrativo conocen que en “*decreto 2376 de 2010*” (3:32) y en “*los protocolos y anexos técnicos*” (3:10) se encuentran plasmados los deberes y responsabilidades de los docentes en la relación Docencia-Servicio.



Desde la posición de las investigadoras, dentro del proceso educativo de los estudiantes y su relación con los docentes, el conocimiento de la norma, la socialización y su adecuada interacción, debe ser un referente primordial para su aplicación dentro del contexto real de su profesión y de los escenarios de las prácticas formativas que permitan alcanzar los procesos de la formación académica de los estudiantes, la prestación de servicios de salud y los resultados de calidad propuestos. Una vez entablada la relación Docencia-Servicio los actores de esta relación deben ser conscientes de los derechos y deberes que se adquieren.

Gráfica No 9. Categoría Práctica formativa AD-Voces administrativas



#### REFERENTE CATEGORIA PRÁCTICAS FORMATIVAS

"Práctica formativa en salud: 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" (Decreto 2376 de 2010)

#### POSICION DE INVESTIGADORAS PRÁCTICAS FORMATIVAS

Se advierte como la articulación de la práctica formativa en los escenarios de las clínicas es un factor crítico que permite alcanzar la calidad tanto en la formación del talento humano en salud como en la atención de calidad en los pacientes, lo cual se logra si se trabaja de forma planificada y estableciendo indicadores que permitan el respectivo seguimiento y evaluación

Tal como se muestra en la gráfica No. 9 en la categoría “*PRÁCTICAS FORMATIVAS AD*” se subcategorizó de la siguiente manera: “calidad en la formación” y “calidad en la atención”.

En cuanto a la subcategoría de “calidad de formación”, el establecimiento de la relación Docencia-Servicio se protocoliza a través del convenio, que establece los lineamientos que se deben dar entre el componente formativo, y el componente de atención; como lo expresan las voces, para: “*Garantizar formación de talento humano en articulación academia- servicio de salud*” (3:29) “*fomentando competencias en el marco de la dinámica del sistema de salud*” (3:30).

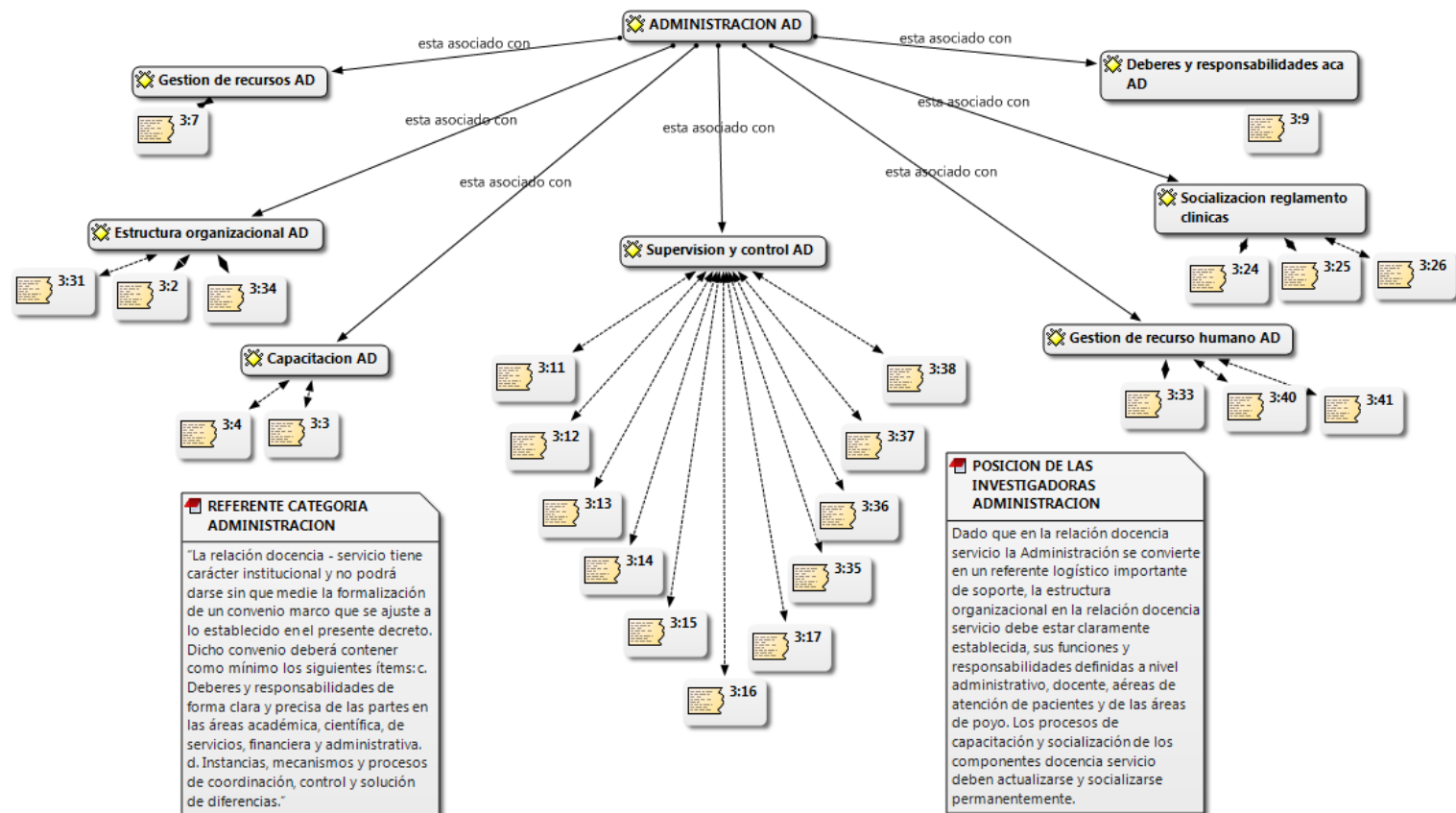
Por otro lado, en la subcategoría “calidad de la atención” las voces claramente manifiestan la necesidad de ofrecer un “*servicio digno a los usuarios*” (3:6).

Se pudo identificar en la investigación cómo existe congruencia entre lo manifestado por el personal administrativo y lo establecido por el Decreto 2376 de 2010 en el Artículo 2. Definición de Practica formativa en salud:

“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”.

Desde la posición de los investigadores se advierte como la articulación de la práctica formativa en los escenarios de las clínicas es un factor crítico que permite alcanzar la calidad tanto en la formación del talento humano en salud como en la atención de calidad a los pacientes, lo cual se podrá lograr al trabajar de forma planificada y estableciendo indicadores que permitan el respectivo seguimiento y evaluación de los procesos.

Gráfica No.10. Categoría Administración- Voces administrativas



Así mismo, en la categoría “ADMINISTRACIÓN” se evidenciaron siete (7) subcategorías, que acorde a la gráfica No.10, son: “gestión de recursos”, “estructura organizacional”, “capacitación”, “supervisión y control”, “gestión de recurso humano”, “socialización del reglamento” y finalmente “deberes y responsabilidades que inciden en la formación del estudiante frente a la relación Docencia-Servicio”.

En la subcategoría “gestión de recursos” las voces de los docentes manifestaron la necesidad de “*uso racional de los recursos*” (3:7)

De igual forma la investigación permitió identificar la importancia de la “estructura organizacional” de las clínicas odontológicas en el proceso de formación. Representado en voces que sugieren un: “*facilitador articulado con la academia para brindar atención de calidad al usuario*” (3:31), es decir que la persona que este administrando las clínicas Odontológicas interactúe con el componente académico de tal forma que el conocimiento que tenga el estudiante para realizar sus prácticas formativas, generen una atención de calidad al paciente que acude a las clínicas.

Se observó que dentro las voces de los actores en la subcategoría “capacitación”, la importancia de: “*capacitación para la generación de una cultura docente real*” (3:4), logrando así “*mejorar la actitud frente al tema*” (3:3) con relación al modelo Docencia-Servicio, donde el docente debe acompañar permanentemente al estudiante en su práctica formativa, delegando progresivamente responsabilidades en la atención al paciente tal como lo establece el decreto 2376 de 2010, en el párrafo del artículo 13. Sobre los planes de prácticas formativas, bajo la supervisión del docente y el personal asistencial responsable del servicio.

Uno de los aspectos con mayor relevancia es el relacionado con la supervisión y control en la relación Docencia-Servicio; se observó como puntos relevantes y positivos la existencia de métodos de “supervisión y control” en los procesos de formación, la existencia de diferentes herramientas que menciona el personal

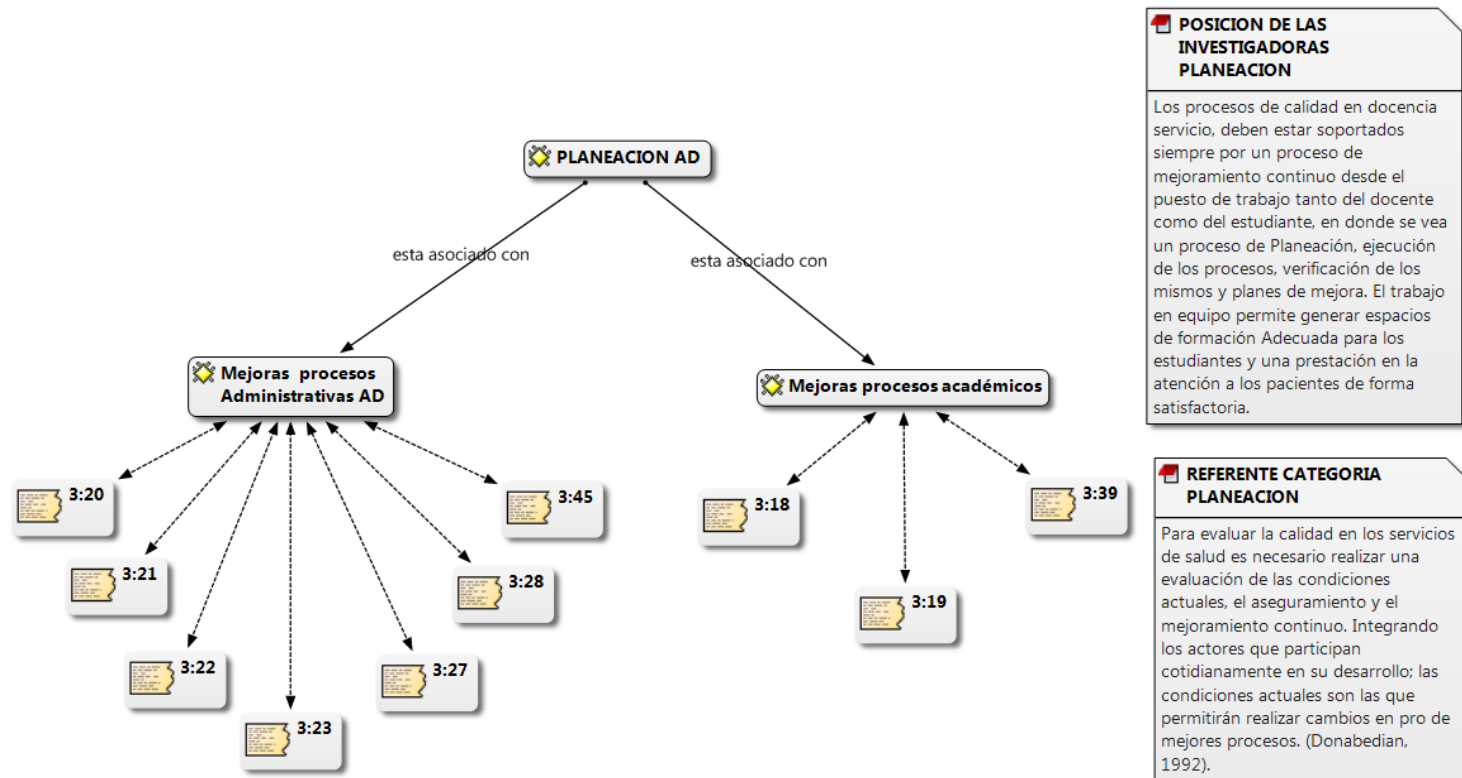
administrativo y que se describen a continuación: “*Lleva diario de campo de los docentes*” (3:11), “*Registros y formatos de procedimientos*” (3:12,)” *Sistema google Drive*” (3:14); lo anterior, permite inferir que el proceso académico esta supervisado desde la Facultad de Odontología y de la dirección de las clínicas Odontológicas.

Por otra parte, en la investigación realizada en el proceso educativo de los estudiantes y su relación Docencia-Servicio se encuentran falencias en los métodos y herramientas de control, evidenciadas en voces administrativas como “*No tengo conocimiento de la existencia de sistema de control y seguimiento*” (3:35). Lo que refleja la ausencia de procesos de socialización en cuanto a este sistema se refiere.

También la investigación permitió identificar la importancia de la delimitación en la subcategoría de “deberes y responsabilidades” que permitan un adecuado acompañamiento en la formación del estudiante, y las cuales se encuentran plasmadas en el “*contrato laboral*” (3:9) y en el decreto 2376 de 2010

Dado que en la relación Docencia-Servicio la administración se convierte en un referente logístico importante de soporte para las prácticas formativas, las investigadoras consideran que la estructura organizacional en esta relación debe estar claramente establecida, sus funciones y responsabilidades definidas a nivel administrativo, docente, áreas de atención de pacientes y de las áreas de apoyo. Los procesos de capacitación y socialización de los componentes Docencia-Servicio deben actualizarse permanentemente.

Gráfica No. 11. Categoría Planeación AD- Voces administrativas



Observando la gráfica No. 11 se puede evidenciar en la categoría “*PLANEACIÓN*”, dos subcategorías relacionadas con procesos de mejoras las cuales son: “mejoras de procesos administrativos” y “mejoras de procesos académicos”.

Los procesos de mejoramiento continuo son parte de la planeación tanto a nivel formativo, como para atención a los pacientes en el modelo de relación Docencia-Servicio. En la subcategoría “mejoras de procesos administrativos” la investigación permitió identificar procesos de mejora que el personal administrativo de la clínica considera, deben generar planes de acciones relacionadas a “*Sistemas de pagos y de financieros. Servicio ágil*” (3:20) y, a los “*Costos*” (3:21.) de los tratamientos entre otros, que se convierten factores de deserción de los pacientes como se evidencia en el análisis de la categoría de “*DESERCIÓN DE PACIENTES*” desde las voces de los docentes como lo muestra la gráfica No. 16 y “*PACIENTES*” desde las voces de los estudiantes que hacen parte de esta investigación como lo muestra la gráfica No. 6.

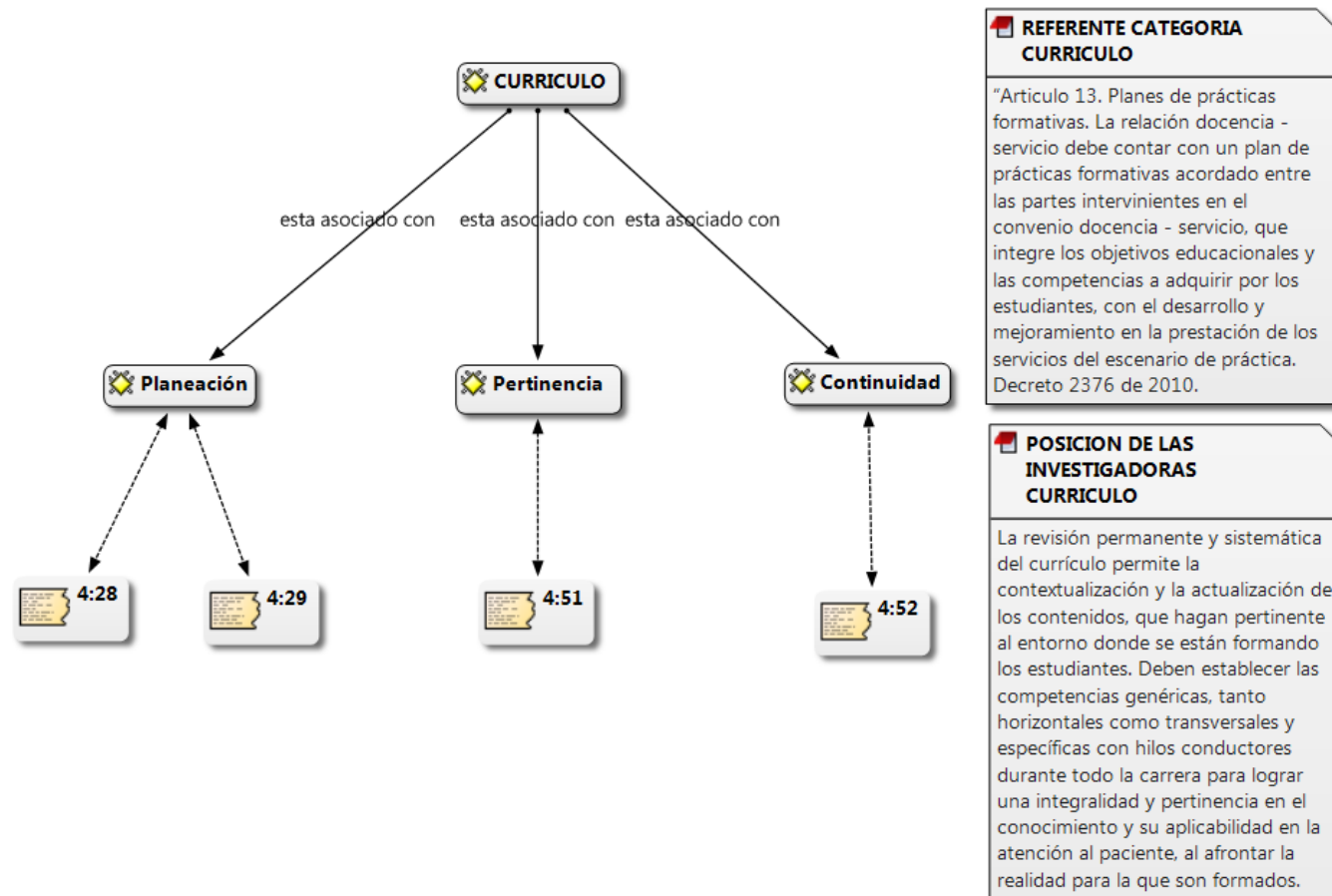
Por otra parte en la sub categoría “mejoras de procesos académicos”, a nivel de la formación académica la investigación evidencia, que dentro de los procesos de oportunidad de mejora el personal administrativo sugiere como estrategia realizar: “*Visitas periódicas de inspección* (3:19) que permitan observar el funcionamiento de los procesos académicos y de servicio en las clínicas, “*entrevista directa con estudiantes y docentes, personal auxiliar y administrativo y con usuario*”(3:18); para conocer de la fuente el estado de los proceso relacionados; y así evaluar la calidad en los servicios de salud . Lo que se relaciona con lo expuesto por Donabedian, (1992), quien manifestó que se hace necesario realizar una estimación de las condiciones actuales, el aseguramiento y el mejoramiento continuo, integrando los actores que participan cotidianamente en su desarrollo; las condiciones actuales son las que finalmente permitirán realizar cambios en pro de mejores procesos.



De otro lado, manifiestan sobre los procesos de mejoramiento en el interior de las Clínicas Odontológicas, éstas no tienen: “ninguno, depende de la facultad” (3:39), tal como lo plantea el Artículo 2, del Decreto 2376 de 2010; en la definición de plan de mejoramiento, se deben realizar las actividades e intervenciones dirigidas a corregir o subsanar las debilidades y deficiencias de la relación Docencia-Servicio.

Para las investigadoras, los procesos de calidad en Docencia-Servicio deben estar soportados siempre por un proceso de mejoramiento continuo desde el puesto de trabajo tanto del docente como del estudiante, en donde se vea un proceso de planeación, ejecución de los procesos, verificación de los mismos y planes de mejora. El trabajo en equipo permite generar espacios de formación adecuada para los estudiantes y una prestación en la atención a los pacientes de forma satisfactoria.

Gráfica No. 12. Categoría Currículo- Voces docentes



La Categoría de “*CURRÍCULO*”, se observa en la gráfica No. 12, se generó en la investigación de las opiniones expresadas por los docentes de las clínicas de VI y X semestre, subcategorizándose en: “planeación”, “pertinencia” y “continuidad”.

En la Subcategoría de “pertinencia” se manifiesta que “*el programa debe ser ajustado al momento que se encuentra trabajando*” (4:28)

Dentro de las oportunidades de mejoras, En la subcategoría “planeación” proponen “*organizar los programas en grupo con los docentes*” (4,29).

Basado en lo anterior, en la subcategoría “continuidad” se observa que de esta forma se permitirá “*más continuidad en los contenidos*” (4,52).

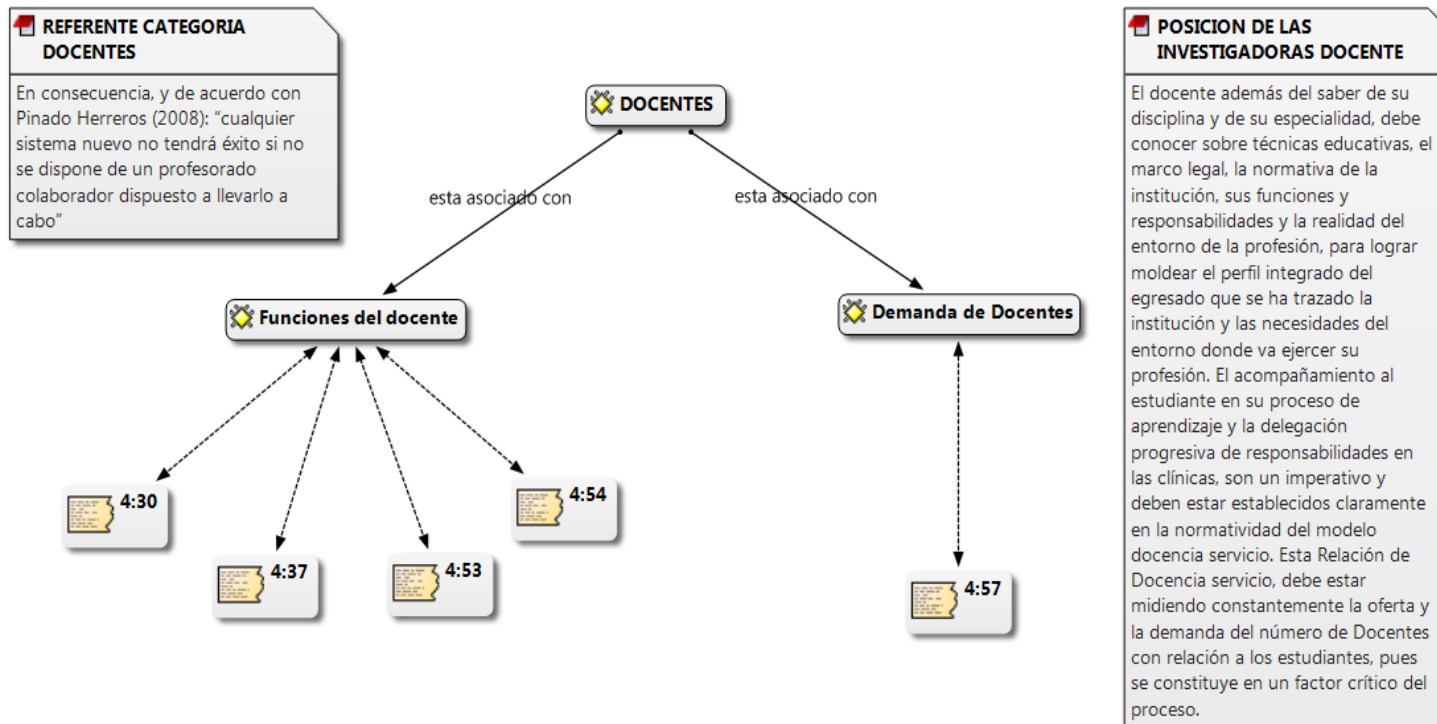
Lo anteriormente descrito se relaciona estrechamente con los procesos de la planeación académica en las Clínicas Odontológicas, las cuales deben ser estrategias pedagógicas planificadas y organizadas desde el componente de educación de la relación Docencia-Servicio tal como lo establece el Decreto 2376 de 2010, en busca de una integración entre la formación académica y la prestación de servicios de salud, con el propósito de fortalecer, generar competencias, capacidades, habilidades y nuevos conocimientos en los estudiantes y docentes que participan en los programas de formación en salud.

Dichos procesos de planeación académica van de la mano con los conceptos de calidad que plantea Aguerrondo (2010), quien hace referencia a que se puede hablar de calidad del docente, de los aprendizajes, de la infraestructura y de los procesos; sumado a lo que establece esta autora, Rubisztejn y Palacios (2010) especifican que este concepto varía de acuerdo al momento social e histórico de la sociedad; lo que quiere decir que lo que puede ser considerado como calidad en una sociedad en determinado momento, para otra puede no tener mayor relevancia ni aplicación como movimiento dinámico; esto, lleva a una permanente planeación académica para que sea de alto impacto en el modelo de atención que propone la relación Docencia-Servicio.

Desde el punto de vista institucional y las funciones sustantivas universitarias, la Universidad El Bosque en el año 2010 se plantea desde su eje estratégico 2, “fortalecer y gestionar el desarrollo académico con calidad, a través del fortalecimiento curricular y la transferencia del conocimiento, con prácticas eficientes e innovadoras que permitan un crecimiento coherente, responsable, sostenido y planeado”. (p.15)

Para las investigadoras, la revisión permanente y sistemática del currículo permite la contextualización y la actualización de los contenidos de manera pertinente al entorno donde se están formando los estudiantes. Deben establecer las competencias genéricas, tanto horizontales como transversales y específicas con hilos conductores durante todo la carrera para lograr una integralidad y pertinencia en el conocimiento y su aplicabilidad en la atención al paciente, al afrontar la realidad para la que son formados.

Gráfica No. 13. Categoría Docentes- Voces docentes



Como se observa en la gráfica No. 13, la categoría de “*DOCENTE*” se subcategorizó en: “funciones del docente” y “demanda de docentes”.

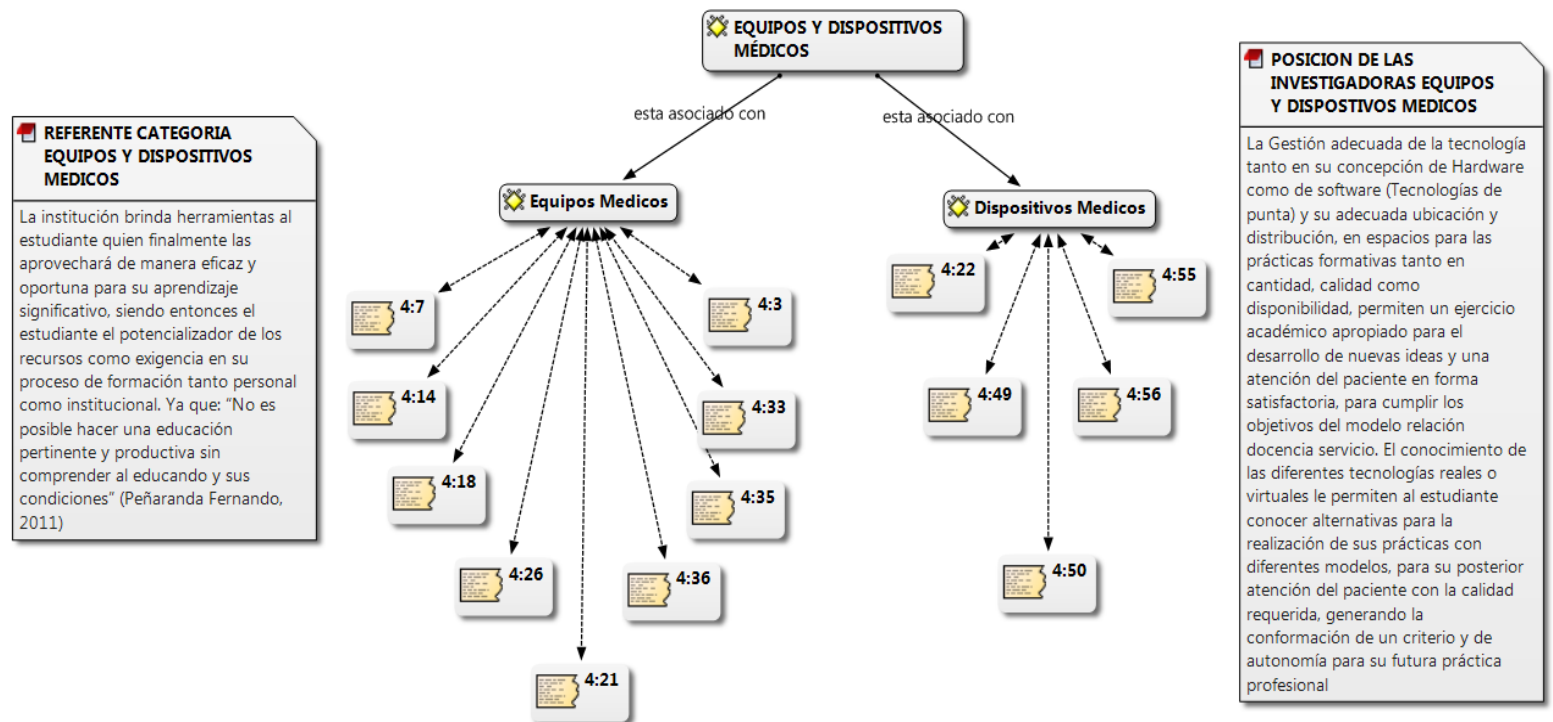
En cuanto a las “funciones del docente”, las voces expresan que: “*no tengo conocimiento las he ido aprendiendo en la práctica*” (3:30), o “*por la experiencia y por la inducción que este semestre nos dios el Dr. Nieto*” (4:53); también manifestaron que: “*por un lado realizamos tareas de enseñanza y al mismo tiempo prestamos servicios* (4:54)”; lo cual refleja conocimiento parcial de sus funciones y falta de socialización de estas. El conocimiento de las funciones en docencia permite al docente empoderarse de las actividades de formación de los estudiantes en las prácticas clínicas; el talento humano en todos los procesos de formación es vital, tal como los expresa Peinado Herreros (2008): “cualquier sistema nuevo no tendrá éxito si no se dispone de un profesorado colaborador dispuesto a llevarlo a cabo”.(p.49)

Es así como en el eje estratégico 4 institucional de la Universidad El Bosque, construimos un mejor equipo, se pretende fortalecer el desarrollo integral del talento humano, entre ellos los docentes y el personal administrativo a manera de compromiso, proactividad, creatividad, participación con liderazgo y capacidad de autogestión para el logro de los objetivos institucionales.

Además de disponer con un profesorado empoderado de sus actividades de docencia y servicio, es importante el apoyo que se debe tener para un adecuado proceso de aprendizaje como es el número de docentes por estudiantes en los escenarios de práctica formativa, de acuerdo con la subcategoría “demanda de docentes” donde se manifiesta que: “*en ocasiones se requieren más docentes*” (4:57). El modelo de Docencia-Servicio requiere de una proporción adecuada de número de estudiantes por docente. La variabilidad del número de estudiantes por semestre altera esta proporción cuando un grupo grande entra a un semestre que tenía un número más pequeño, aumentado el número de estudiantes por cada docente.

Las investigadoras plantean que el docente además del saber disciplinar y de su especialidad, debe conocer sobre técnicas educativas, el marco legal, la normativa de la institución, sus funciones y responsabilidades y la realidad del entorno de la profesión, para lograr moldear el perfil integrado del egresado que se ha trazado la institución y las necesidades del entorno donde va ejercer su profesión. El acompañamiento al estudiante en su proceso de aprendizaje y la delegación progresiva de responsabilidades en las clínicas, son un imperativo y deben estar establecidos claramente en la normatividad del modelo Docencia-Servicio. Esta relación de Docencia-Servicio, debe estar midiendo constantemente la oferta y la demanda del número de docentes con relación a los estudiantes, pues se constituye en un factor crítico del proceso.

Grafica No. 14. Categoría Equipos y Dispositivos Médicos- Voces docentes





Con relación a la categoría “*EQUIPOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS*” y tal como se evidencia en la gráfica No. 14, se subcategorizó en: “equipos médicos” y “dispositivos médicos”; en las voces de los docentes.

Con respecto a la subcategoría de “equipos médicos” las voces expresan que “*existen pocas unidades para el número de estudiantes*” (4:21), “*en ocasiones no hay la cantidad de equipos necesarios (cavitrón)*” (4:36), “*falta implementar tecnología*” (4:35) y adicionalmente sugieren “*mayor cantidad de equipos disponibles (motores para endodoncia)*” (4:7). Proponen como oportunidades de mejora “*adquirir más equipos*” (4:3); y “*capacitación a docentes a estudiantes de manera planificada*” (4:33) para el adecuado manejo de estos.

Igualmente para la subcategoría “dispositivos médicos”, manifestaron que “*No hay los dispositivos médicos*” (4:22), proponen en aras del mejoramiento en este aspecto, “*tener varias opciones de materiales*” (4:50) y de “*diferente marcas*” (4:56).

Entonces, la institución brinda herramientas al estudiante quien finalmente las aprovechará de manera eficaz y oportuna para su aprendizaje significativo, siendo entonces el estudiante el potencializador de los recursos como exigencia en su proceso de formación tanto personal como institucional. No es posible hacer una educación pertinente y productiva sin comprender al educando y sus condiciones (Peñaranda, 2010)

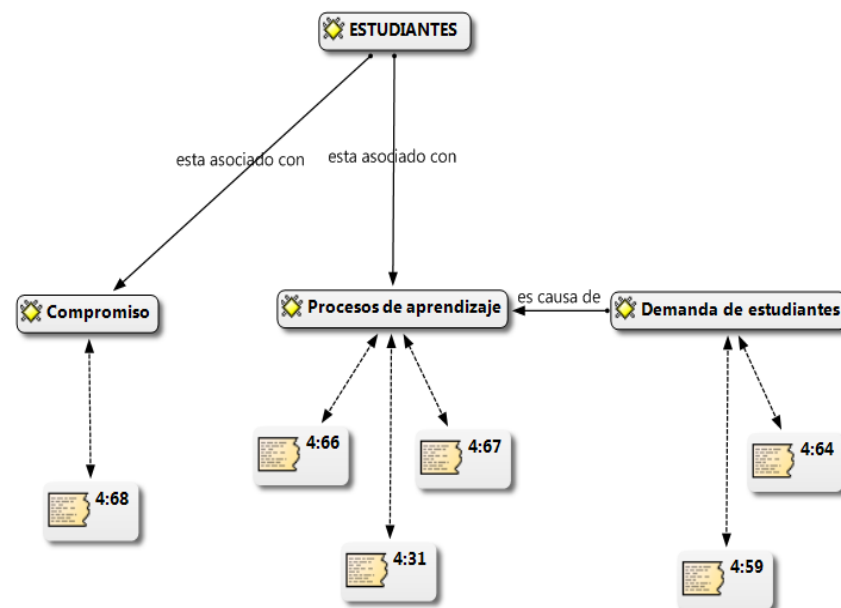
Por lo que las investigadoras plantean que la gestión adecuada de la tecnología tanto en su concepción de hardware como de software (Tecnologías de punta) y su adecuada ubicación y distribución, en espacios para las prácticas formativas tanto en cantidad, calidad como disponibilidad, permiten un ejercicio académico apropiado para el desarrollo de nuevas ideas y una atención del paciente en forma satisfactoria, para cumplir los objetivos del modelo relación Docencia-Servicio. El conocimiento de las diferentes tecnologías reales o virtuales le permite al estudiante conocer alternativas para la realización de sus prácticas con diferentes modelos,

para su posterior atención del paciente con calidad, generando la conformación de un criterio y de autonomía para su futura práctica profesional.

Grafica No. 15. Categoría Estudiantes-Voces docentes

**REFERENTE CATEGORIA ESTUDIANTES**

... el enfoque pedagógico de la institución centrado en el aprendizaje significativo, que se fundamente en un enriquecimiento personal y profesional de calidad en cada estudiante en el momento en que cada uno de ellos apropie y aplique en los diferentes roles en que se desenvuelva y en los diferentes medios de su vinculación o pertenencia, tal como lo propuso Ausbel (1961), quien refirió que el aprendizaje se centra en quien aprende, es capaz de dar sentido y diligencia a lo aprendido;



**POSICION DE LAS INVESTIGADORAS ESTUDIANTES**

Todo el modelo educativo debe estar centrado en el estudiante que es la razón de ser, por lo tanto el compromiso no solo debe partir del docente sino que debe ser inculcado en el estudiante, frente a su proceso de aprendizaje como prioritario, en el modelo de aprendizaje significativo que esta establecido en la Universidad El Bosque. Este modelo se puede ver alterado por el gran volumen de estudiantes en cada semestre, por lo que la planeación oportuna del modelo debe estar basada en la oferta y la demanda para una adecuada práctica formativa en los escenarios clínicos.

La categoría “*ESTUDIANTES*”, reflejada en la gráfica No. 15 permite evidenciar tres subcategorías: “compromiso”, “proceso de aprendizaje” y “demanda de estudiantes”.

Para la investigación fue importante conocer los conceptos de los docentes relacionados a los procesos de aprendizaje de los estudiantes bajo el modelo de la relación Docencia-Servicio, los cuales refirieron en la subcategoría “compromiso” que los “*estudiantes no están realmente comprometidos*” (4:68).

Por otro lado en la subcategoría “proceso de aprendizaje”, manifiestan que han buscado “*mecanismos que permitan que los estudiantes no olviden*” (4:66) y que “*aplique los conocimientos de semestres anteriores*” (4:67).

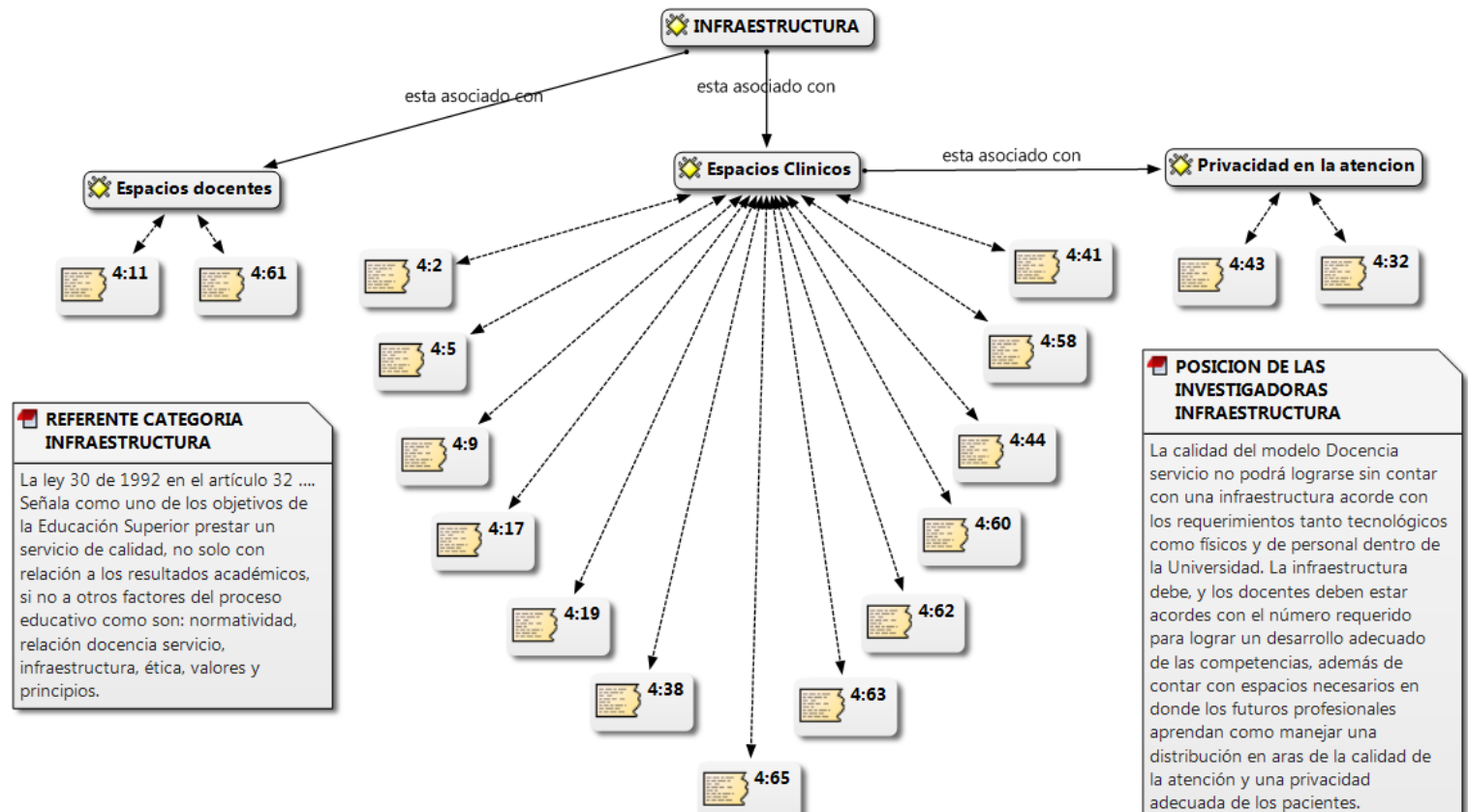
En cuanto a la subcategoría de “demanda de estudiantes” se expresa de forma igual en dos voces la “*cantidad de estudiantes*” (4:59) y (4:64) que hay en los grupos de las clínicas.

Como se mencionó anteriormente en el análisis de la categoría de “*DISPOSITIVOS Y MEDICAMENTOS*”, al estudiante se le brinda la herramienta para que a partir de ella potencialice su capacidad de aprendizaje; tal como lo propuso Ausbel (1961), quien refirió que el aprendizaje se centra en quien aprende, es capaz de dar sentido y diligencia a lo aprendido; el estudiante debe ser un elemento activo durante su proceso de formación permitiéndole así la construcción de un conocimiento propio de acuerdo con sus vivencias que se acrecentará a medida de sus interacciones.

Desde la posición de las investigadoras, todo el modelo educativo debe estar centrado en el estudiante que es la razón de ser, por lo tanto el compromiso, desde la posición de las investigadoras, no solo debe partir del docente sino que debe ser inculcado en el estudiante, frente a su proceso de aprendizaje como prioritario, en el modelo de aprendizaje significativo que está establecido en la Universidad El Bosque. Este modelo se puede ver alterado por el gran volumen de estudiantes en

cada semestre, por lo que la planeación oportuna del modelo debe estar basada en la oferta y la demanda para una adecuada práctica formativa en los escenarios clínicos.

Gráfica No. 16. Categoría Infraestructura- Voces docentes



La categoría “*INFRAESTRUCTURA*”, se categorizó en: “espacio docentes”, “espacios clínicos” y “privacidad en la atención”, tal como se observa en la gráfica No. 16.

En la subcategoría “espacio docentes” refieren que hay que: “*mejorar espacios para docentes y alumno*” (4:11).

Igualmente en la Subcategoría “espacios clínicos” se expresa la necesidad de “*Ampliar las clínicas*” (4:2), y, que hay: “*Espacio insuficiente*” (4:5). Una de las voces manifiesta que: “*No en todo los semestres existe el espacio adecuado para el desarrollo de las clínicas*” (4:58), lo que se relaciona con la cantidad de estudiantes que entran a las prácticas formativas; dentro de las sugerencias de mejoras proponen que: “*las unidades deberían tener espacios entre sí o individualizados por medio de barreras físicas*” (4:9).

Con relación a los espacios en las clínicas en la subcategoría de “privacidad en la atención” se menciona que “*Las unidades deben estar divididas por módulos para mayor privacidad de la atención*” (4:43).

La ley 30 de 1992 en el artículo 32, señala como uno de los objetivos de la educación superior prestar un servicio de calidad, con relación a los resultados académicos y otros factores intervinientes en el proceso educativo como: normatividad, relación Docencia-Servicio, infraestructura, ética, valores y principios. Lo que está de acuerdo con el hallazgo de la investigación de Shank, Walker y Hayes (1995), pues la infraestructura es determinante en la formación de *la calidad del servicio educativo*.

*Los escenarios de prácticas formativas deben disponer de espacios clínicos adecuados para la realización de las prácticas formativas con calidad. El espacio de los docentes debe permitir la evaluación y retroalimentación de los procesos de aprendizaje sobre la atención de paciente de forma privada.*

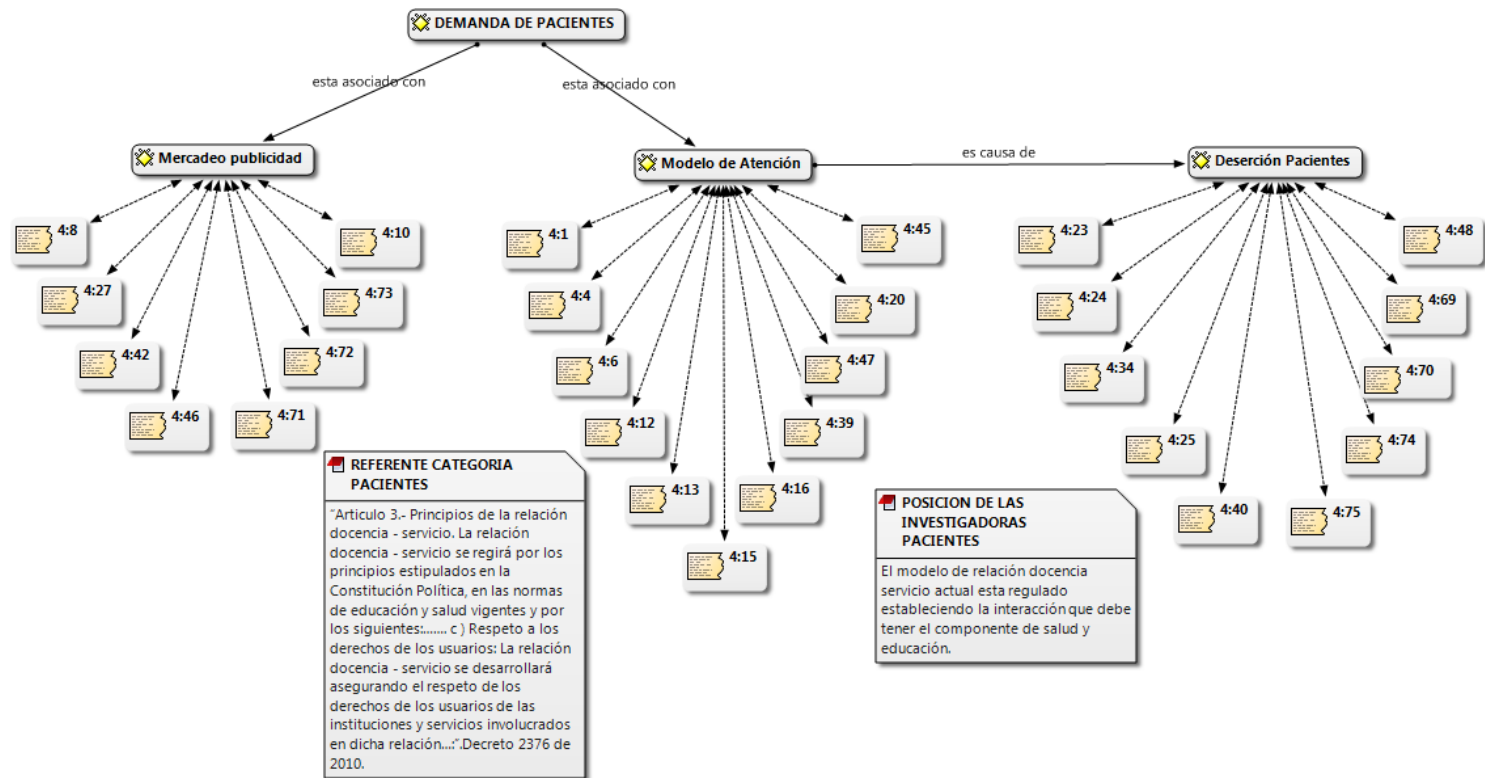
Para que las instituciones interesadas sean reconocidas como escenarios de práctica, deberán realizar una autoevaluación que les permita determinar el cumplimiento de las condiciones necesarias para el desarrollo adecuado de las prácticas formativas en el programa o programas que considere pertinentes. “Entre los criterios a tener en cuenta se deben considerar al menos los siguientes: [...] d). Infraestructura física y técnico-científica adecuada para el desarrollo de las prácticas formativas”. (Decreto 2376 de 2010, Artículo 20).

Desde la posición de las investigadoras, la calidad del modelo Docencia-Servicio podrá lograrse de forma óptima si se cuenta con una infraestructura acorde con los requerimientos tanto tecnológicos como físicos y de personal dentro de la Universidad. Tanto la infraestructura como la cantidad de docentes, deben estar acordes con el número requerido para lograr un desarrollo adecuado de las competencias; además, contar con espacios necesarios en donde los futuros profesionales aprendan cómo manejar una distribución en aras de la calidad de la atención y una privacidad adecuada de los pacientes.

La infraestructura en la relación Docencia-Servicio es vital, y debe estar ligada a la capacidad de atención, tanto formativa como odontológica; la ley 30 de 1992 y del Estándar 2 de la Resolución 1441 de 2013 refiere que debe seguir los trazadores institucionales y de calidad proyectándose a un nivel de acreditación en los procesos académicos. Todo relacionado con esta categoría, se atañe con la misma pero teniendo en cuenta las voces estudiantiles, tal como lo muestra la gráfica No. 3 y su análisis.



Gráfica No. 17. Categoría Demanda de Pacientes- Voces docentes



La prestación del servicio de los pacientes en los procesos de formación de talento humano en Odontología es un factor crítico. La categoría “DEMANDA DE PACIENTES” reflejada en la gráfica No. 17, muestra que en el proceso de atención, el estudiante aplica los conocimientos adquiridos, desarrolla habilidades y fortalece las destrezas a medida que avanza en la complejidad en la atención, impactado en forma significativa su proceso de aprendizaje. Esta categoría se subcategorizó en: “mercadeo y publicidad”, “modelo de atención” que causa “deserción de pacientes”.

En la subcategoría “mercadeo y publicidad”, el volumen de pacientes afecta para el desarrollo de las competencias clínicas de los estudiantes por diferentes razones: *“porque no hay una adecuada publicidad de los servicios que presta la facultad” (4:8)*, *“falta promoción y realización de convenios para aumentar el número de pacientes” (4:27)* y *“falta de mercadeo y promoción de las clínicas (4:46)*; refiriéndose a la administración de éstas, se expresa también falta de: *“promoción por parte de la universidad del servicio (4:42)*. Dentro de esta parte de la promoción del servicio no solamente lo refieren externamente si no internamente como: *“promover la facultad dentro de las otras facultades” (4:73)*

Por otro lado en la subcategoría “modelo de atención” algunas voces expresan que la cantidad de pacientes se ven afectadas por la *“Por la ubicación social” (4:1)*, *“por horario y por demora en los procesos” (4:4)*, por el mismo modelo de atención, ya que *“es difícil que acepten ser atendidos por estudiantes (4:12)*; estas expresiones se relacionan con el modelo de atención actual de las clínicas, teniendo en cuenta que las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque están habilitadas como Institución con objeto social diferente a la prestación de salud y no se les permite entrar al sistema de seguridad social para contratar prestación de servicios.

Con referencia a lo anterior la Resolución 1441 de 2013 define: “Entidades con Objeto Social Diferente: Con esta denominación se habilitan los servicios de salud que son prestadas por entidades cuyo objeto social no es la prestación de

servicios de salud[...] y no podrán ser ofrecidos en contratación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

La consecución de pacientes también se ven afectadas por qué: *“pacientes prefieren ir a las EPS que valen menos (4:16)* y por eso, algunos docentes sugieren que las Clínicas de Odontología: *“debería ofrecerse como IPS (4:47)*.

En cuanto a las causas de “deserción de los pacientes” en el tratamiento odontológico en las clínicas de la Universidad, los docentes aducen que puede ser por varios factores como: *“costos elevados” (4:23)*, *“tiempos muy extensos de atención “ (4:24)*, *“los pacientes desertan por falta de compromiso de algunos estudiantes (4:40)* y, *“porque generalmente son familiares de los estudiantes y viene con la idea de hacerle un favor” (4:24)*.

Lo anterior, trae consigo un impacto en la formación y prácticas de los futuros odontólogo, ya que ven interrumpido su proceso de aprendizaje cada vez que un paciente deja de asistir al tratamiento.

La normatividad actual de los entes reguladores como son el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud y Protección Social han trabajado en las directrices para un mejoramiento de la calidad en educación y en la prestación de servicios respectivamente. El modelo de relación Docencia-Servicio actual está regulado estableciendo la interacción que debe tener el componente de salud y educación.

La dificultad encontrada a nivel de las Instituciones de educación superior, frente a las prácticas formativas, es la exclusión de la IES (Instituciones de Educación Superior) del modelo de seguridad social, quedando las universidades con un gran problema de consecución de pacientes para estas prácticas formativas.

Lo anterior exige a los programas de Odontología la necesidad de establecer un modelo especial de atención de pacientes, basado en estrategias de mercadeo que

garantice la consecución de pacientes y evite su deserción, desdibujando su objetivo principal que es la formación de talento humano.

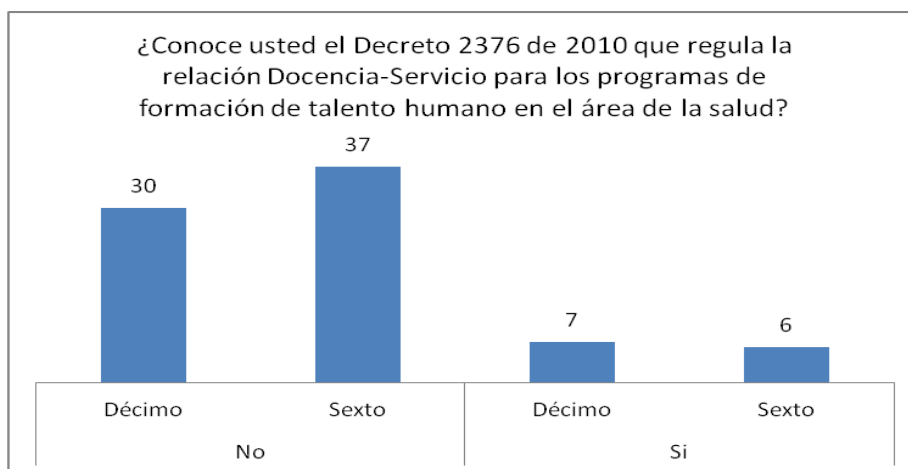
### **Análisis cuantitativo:**

A continuación se presentan las tablas que permitieron realizar el respectivo análisis estadístico de la investigación; primero se encuentran los resultados de las encuestas realizadas a los estudiantes de VI semestre, luego los resultados de X semestre y posteriormente la relación existente entre los dos grupos estudiantiles.

Así mismo, se encuentra la representación gráfica de los resultados obtenidos en el grupo docente y administrativo. Y finalmente la integración de dichos datos en su totalidad.

Concepciones de los estudiantes de VI y X semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque en el Segundo Periodo del año 2013:

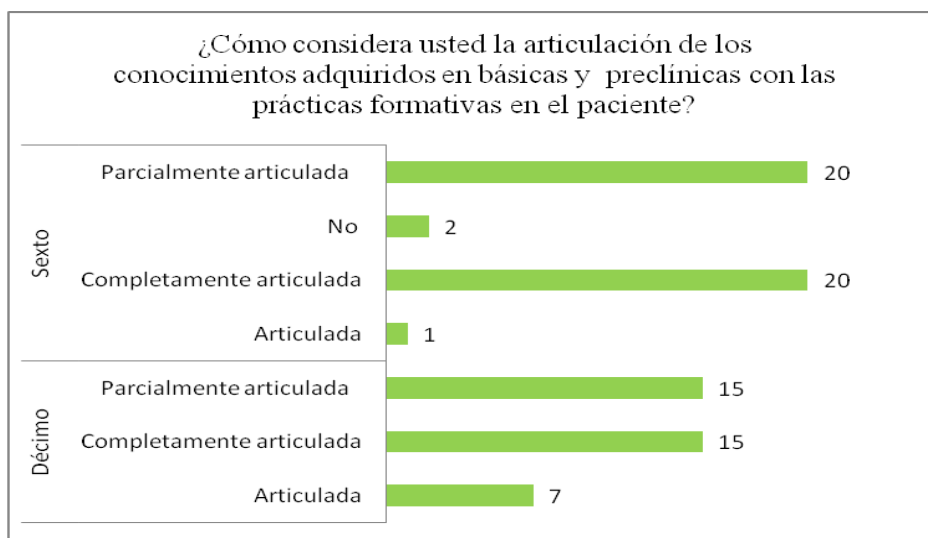
Gráfica No. 18. Conocimiento del Decreto 2376 de 2010



El 81% de los estudiantes de décimo y el 86% de los estudiantes de sexto semestre desconocen la normatividad que regula su proceso de formación. Así como el 18% de décimo y el 13% de sexto lo conocen. de acuerdo con la gráfica No.18. Lo que muestra que es desconocida la norma por este grupo que participa de

manera activa en los procesos que se llevan a cabo en las Clínicas Integrales de la Universidad El Bosque bajo la relación Docencia-Servicio.

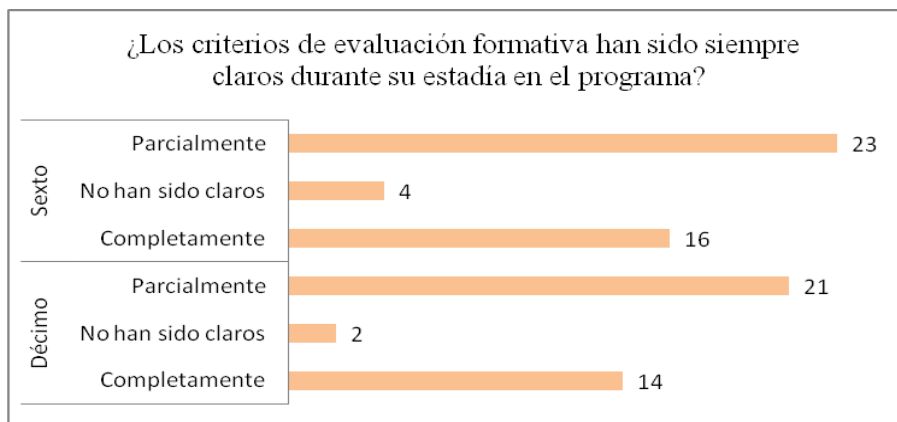
Gráfica No. 19. Articulación de conocimientos



El 40 % de los estudiantes de décimo consideran que los conocimientos adquiridos se articulan completamente con la atención a sus pacientes, así como en este mismo porcentaje consideran que la articulación se da de manera parcial. Mientras que el 46% de los estudiantes de sexto los consideran completamente y parcialmente articulados, como se muestra en la gráfica No.19.

Lo anterior se relaciona con las voces de los docentes evidenciadas en la subcategoría “proceso de aprendizaje”, quienes manifiestan que se han buscado mecanismos que permitan que los estudiantes no olviden y que a su vez aplique los conocimientos de semestres anteriores; pero aun así, muchos estudiantes no logran engranar completamente ni relacionar los conceptos y las destrezas, como se puede evidenciar en la gráfica No 15 y su análisis.

Gráfica No. 20. Claridad de criterios de evaluación



El 37 % de los estudiantes de décimo semestre tienen completamente claros los criterios de evaluación durante sus procesos de formación, así como el 37 % de los estudiantes de sexto. Mientras que el 56 % de los estudiantes de décimo y el 53 % consideran que los criterios han sido parcialmente claros. Como puede evidenciarse en la gráfica No.20.

Así mismo, las voces estudiantiles evidencian en cuanto a los “criterios de evaluación”; que se evalúa de manera subjetiva, sin tener en cuenta el proceso, y sin aclarar dudas entre otros comentarios realizados por los estudiantes, de acuerdo con la gráfica No. 7 y su análisis. Entonces, los criterios de evaluación no han sido completamente claros, sino, de manera parcial.

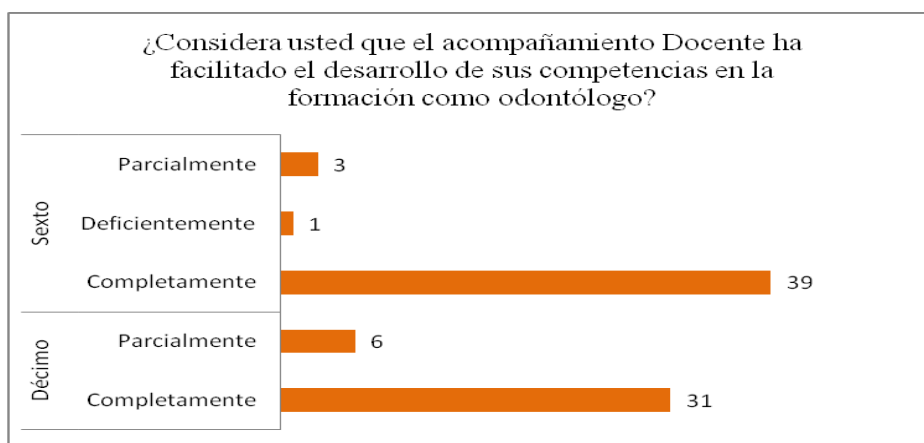
Gráfica No. 21. Supervisión docente



Tanto los estudiantes de sexto como de décimo semestre consideran que la supervisión de los docentes se realiza de manera permanente con un porcentaje de 75 % y 74% respectivamente y de manera ocasional un 24% de los estudiantes de décimo y un 23% los de sexto. Según la gráfica No. 21.

Lo anterior es una fortaleza que motiva a los docentes a realizar un ejercicio de constante acompañamiento y guía para generar impacto social positivo desde el ejercicio disciplinar. Teniendo en cuenta las oportunidades de mejora evidenciadas en la subcategoría “acompañamiento” de las voces estudiantiles, como lo muestra la gráfica No. 4 y su análisis.

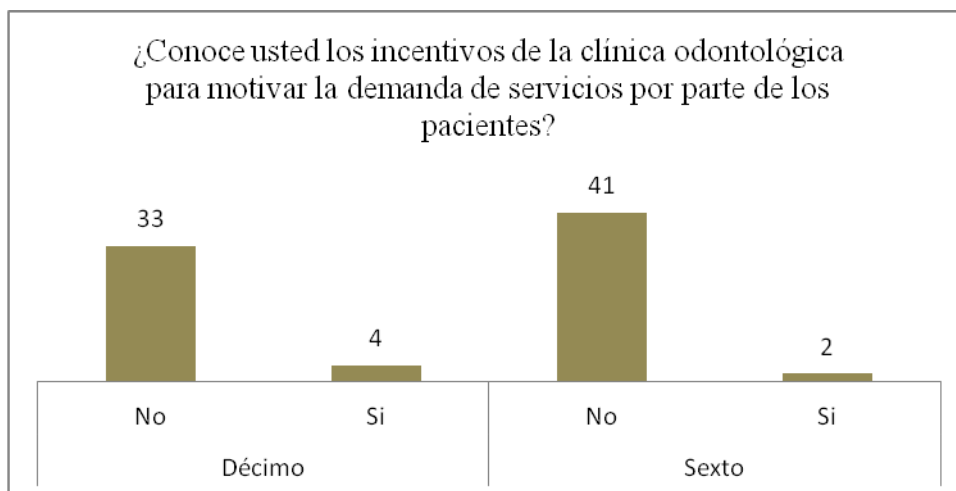
Gráfica No. 22. Acompañamiento Docente



De acuerdo con la gráfica No. 22, el acompañamiento de los docentes ha facilitado el desarrollo de las competencias clínicas de acuerdo con la información dada por los estudiantes de décimo con un 83% y de sexto con un 90 %.

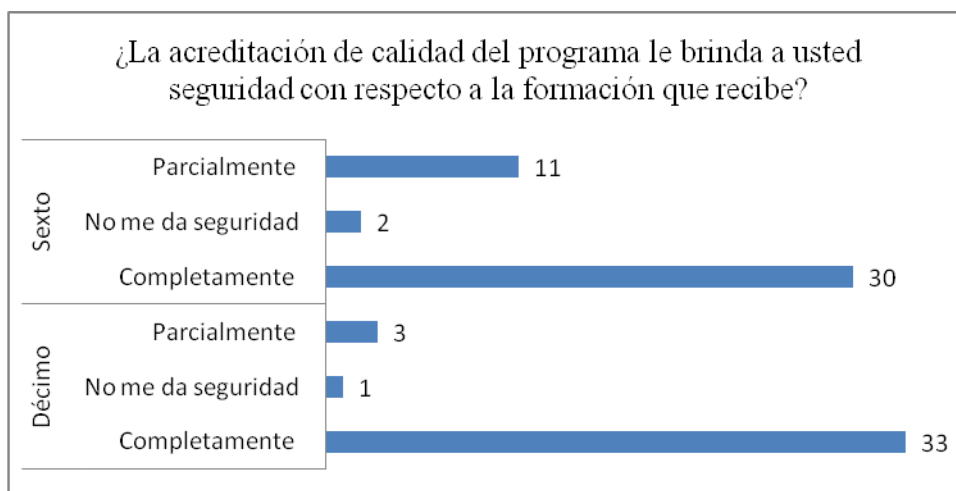
De igual manera esto evidencia lo significativo que es para el estudiante el acompañamiento docente para su formación.

Gráfica No. 23. Conocimiento de incentivos para pacientes



El 89 % los estudiantes de décimo semestre y el 95 % de los de sexto, no conocen los incentivos de las Clínicas Integrales de la Universidad El Bosque para motivar la demanda de servicios por parte de los pacientes, como se observa en la gráfica No 23.

Gráfica No. 24. Acreditación Vs. Seguridad



La acreditación brinda seguridad a los estudiantes en cuanto a sus procesos de formación como lo refleja el 89% de los estudiantes de décimo semestre y el 69 % de sexto, como lo muestra la gráfica No. 24.



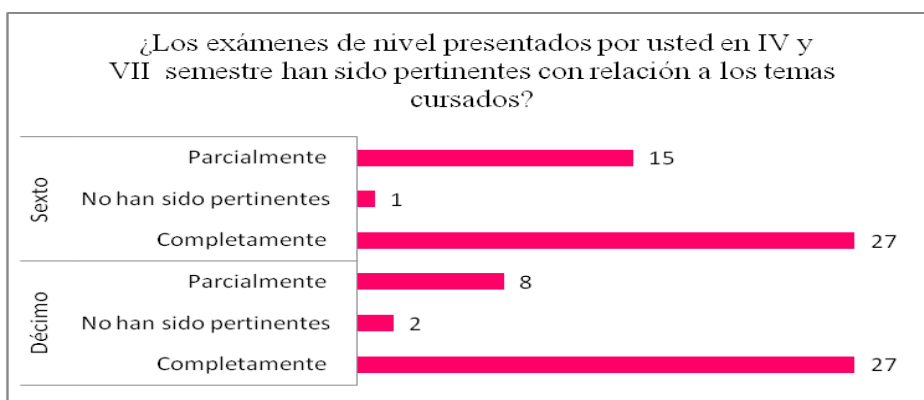
Gráfica No. 25. Espacios académicos



El 40 % de los estudiantes de décimo y el 34 % de los de sexto consideran que los espacios académicos no son suficientes para sus prácticas formativas y de prestación de los servicios, otro 34 % del grupo de sexto semestre consideró que son parcialmente suficientes, así como el 35 % de los estudiantes de décimo; y, en un 24 % de décimo refirieron que eran completamente suficientes así como un 30 % de los estudiantes de sexto. De acuerdo con la gráfica 25.

De igual manera, en la subcategoría “espacios clínicos”, las voces estudiantiles manifiestan que son insuficientes como lo muestra la gráfica No. 3 que se relaciona también con las voces de los docentes relacionadas en la gráfica No.16 y sus respectivos análisis.

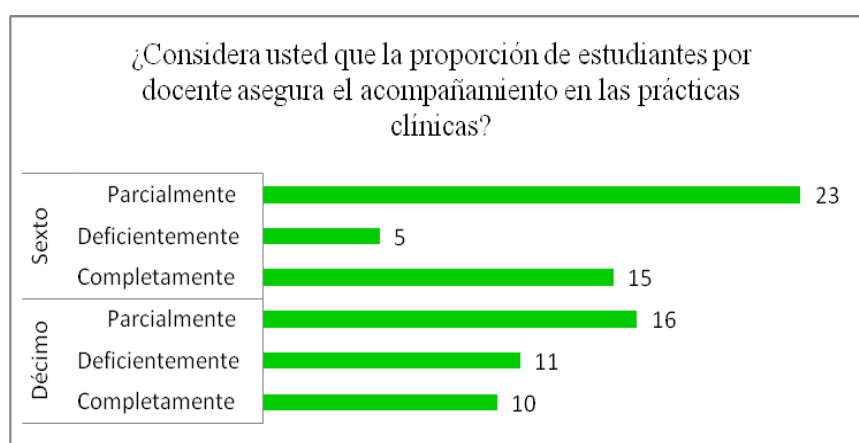
Gráfica No. 26. Pertinencia de exámenes de nivel



De acuerdo con la gráfica No. 26, el 21 % de los estudiantes de décimo y el 34% de los estudiantes de sexto consideran que los exámenes de nivel son parcialmente pertinentes; así, como un 72 % y un 62% respectivamente consideran que sí son pertinentes.

Por otro lado el análisis cualitativo de la subcategoría “exámenes de nivel” evidencia oportunidades de mejora para el desarrollo de los mismos.

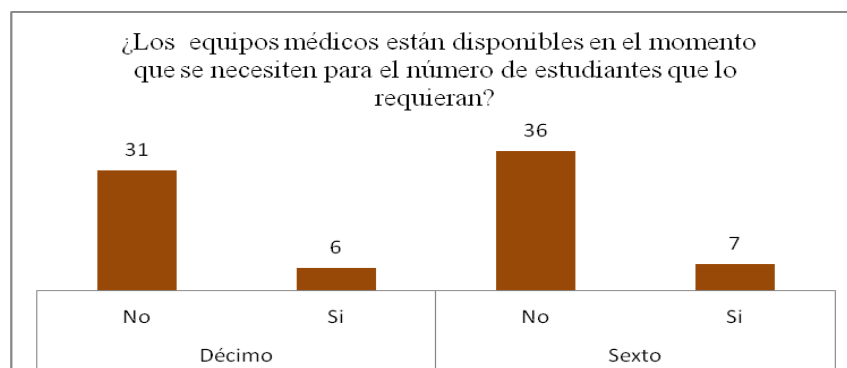
Gráfica No. 27. Proporción estudiantes-docentes.



En cuanto a la proporción existente entre docentes- estudiantes, como garantía de acompañamiento durante los procesos se observan unos porcentajes así: 27% décimo, 34% sexto, completamente; 29 % décimo, 11% sexto, deficientemente; y, 43% décimo, 53 % parcialmente. Como lo muestra la gráfica 27.

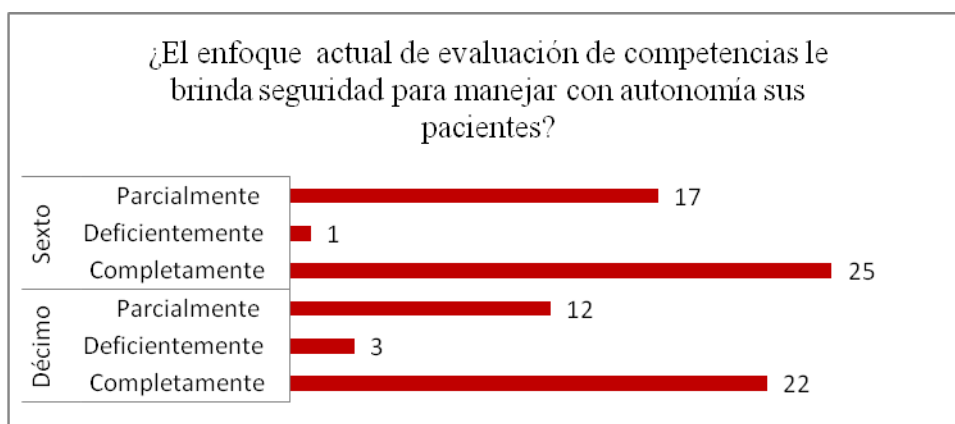
Lo anterior se relaciona con lo expresado por las voces estudiantiles en la subcategoría “disponibilidad” y “acompañamiento” analizadas y evidenciadas en la gráfica No. 4.

Gráfica No. 28. Disponibilidad de equipos médicos



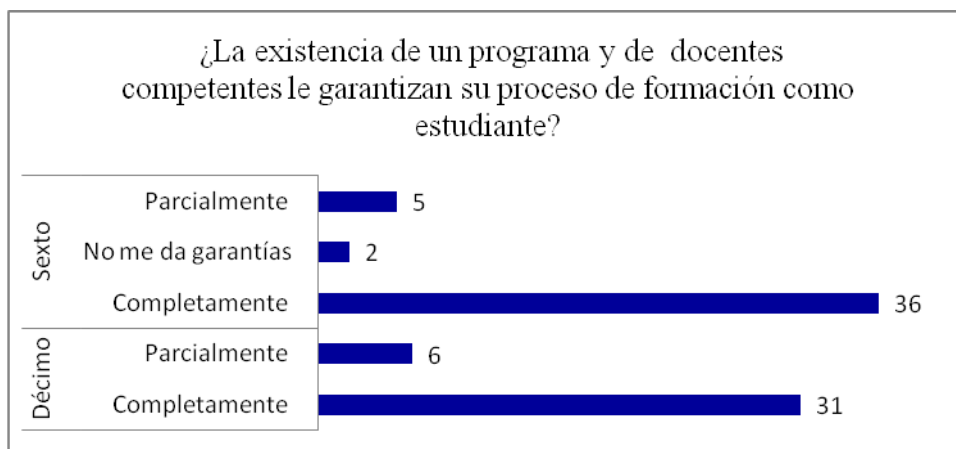
De acuerdo con la disponibilidad de equipos médicos al momento de la atención; el 87% de los estudiantes de décimo junto con el 83% de los de sexto semestre refieren que no es así; el 16% de ambos grupos refiere que sí, como lo muestra la gráfica No.28.

Gráfica No. 29. Autonomía estudiantil



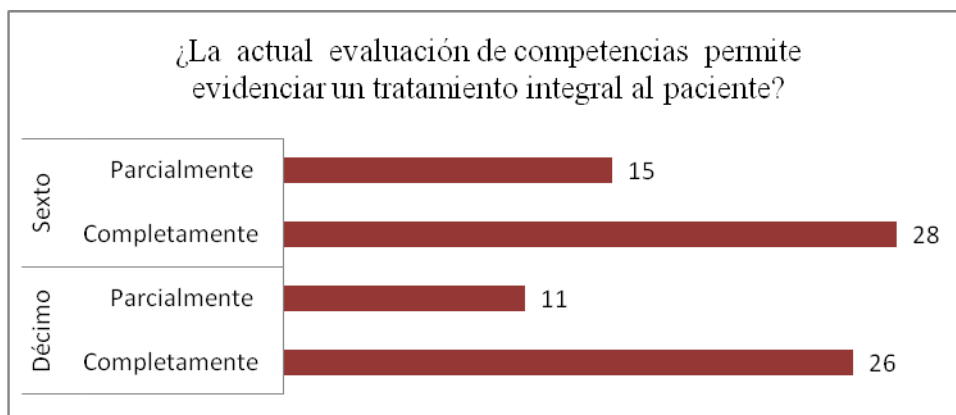
Para ambos grupos el enfoque actual de evaluación les brinda seguridad para manejar con autonomía a sus pacientes; a décimo con un 59% y a sexto con un 58% completamente, de manera parcial un 32% y un 39 % respectivamente, como se evidencia en la gráfica No. 29.

Gráfica No. 30. Competencias de programa y docentes



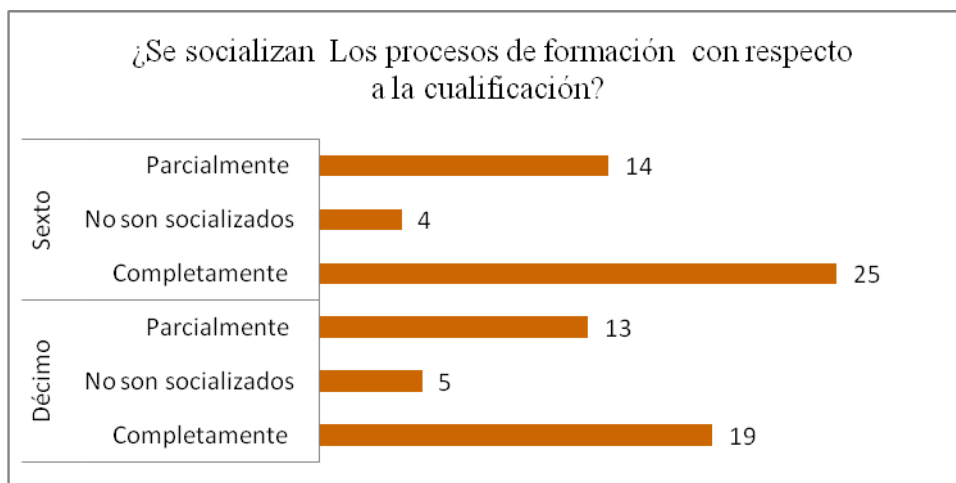
La existencia de un programa y de docentes competentes le garantizan el proceso a los estudiantes de décimo en un 83% y a los de sexto en un 83% completamente, como lo muestra la gráfica No. 30.

Gráfica No. 31. Tratamiento integral



La actual evaluación de competencias permite evidenciar un tratamiento integral al paciente en un 70 % a los estudiantes de décimo y en un 65 % a los de sexto semestre, completamente; de manera parcial en un 29 % a los de décimo y un 34 % a los de sexto; como lo muestra la gráfica No. 31.

Gráfica No. 32. Socialización de los procesos



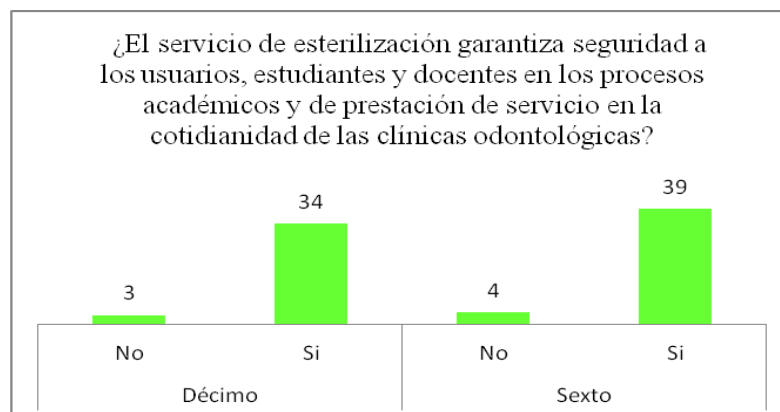
De acuerdo con la gráfica No 32 un 51% de los estudiantes de décimo semestre y un 58% de los de sexto consideran que los procesos de formación son socializados completamente con respecto a la cualificación; así, como un 35% de décimo y un 32% de sexto consideran que son socializados parcialmente. Los porcentajes se relacionan con el análisis cualitativo realizado en la subcategoría “socialización” y se relaciona con la gráfica No. 7.

Gráfica No. 33. Espacios y tiempos de radiología



El servicio de radiología no cuenta con un espacio ni tiempo suficiente de acuerdo con los estudiantes de décimo, teniendo en cuenta el 75% de los resultados según la gráfica No. 33, y el 51% de los estudiantes de sexto; así mismo, el 44% del mismo grupo refiere que son de manera parcial.

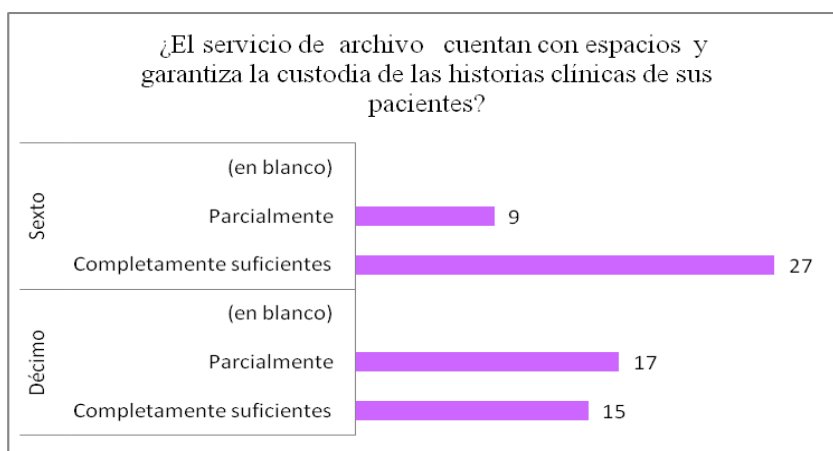
Gráfica No. 34. Garantías del servicio de esterilización.



El servicio de esterilización garantiza la seguridad a los usuarios, estudiantes y docentes de acuerdo con la gráfica No.34, que refleja un 91% de los estudiantes de décimo y un 90 % de los de sexto.

También las voces estudiantiles evidencian oportunidades de mejora en cuanto al servicio de esterilización como se muestra en la gráfica No. 2 y su análisis.

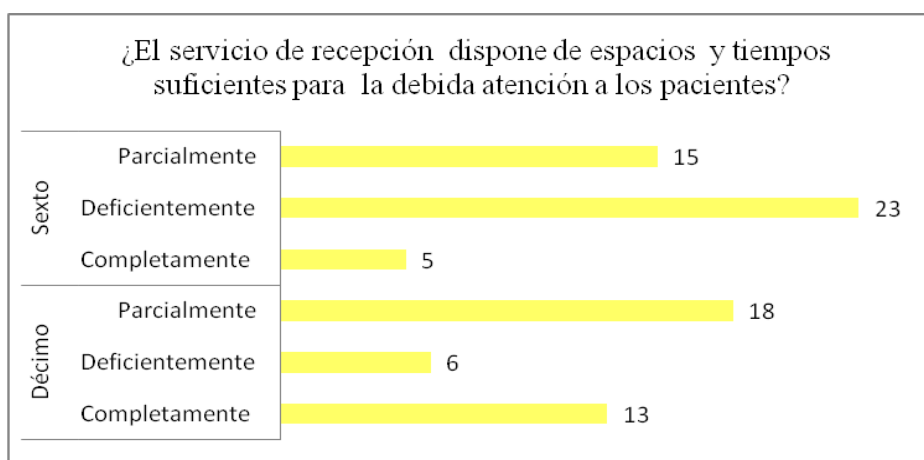
Gráfica No. 35. Archivo



De acuerdo con la gráfica No. 35, el 40% y el 62% de los estudiantes de décimo y sexto semestre respectivamente, consideran que el servicio de archivo cuenta con espacios y garantiza la custodia de las historias clínicas; así como el 45% y el 20 % consideran que es de manera parcial.

También las voces estudiantiles evidencian oportunidades de mejora en cuanto al servicio de archivo como se muestra en la gráfica No. 2 y su análisis.

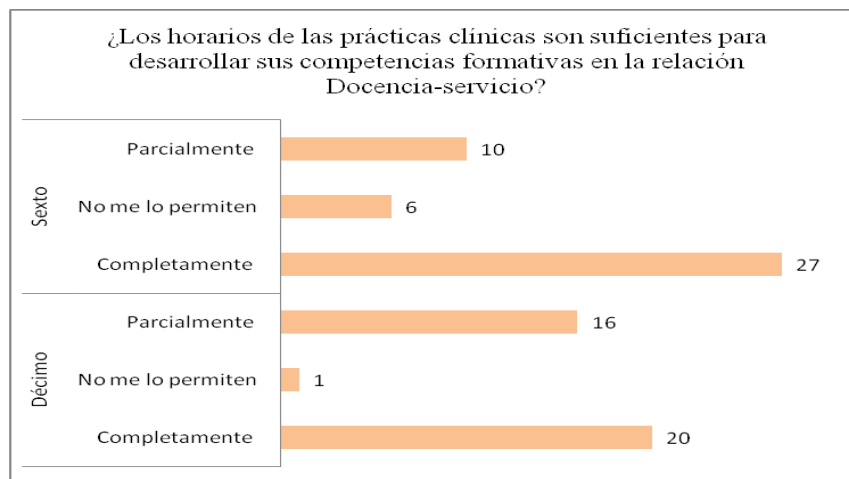
Gráfica No. 36. Recepción



De acuerdo con la gráfica No. 36, el 35 % de los estudiantes de décimo y el 11% de los de sexto, consideran que la recepción de las Clínicas dispone de espacios y tiempos suficientes para la atención de los pacientes completamente; un 48 % y un 34 %, parcialmente; un 16% y un 53 % deficientemente.

También las voces estudiantiles evidencian oportunidades de mejora en cuanto al servicio de recepción como se muestra en la gráfica No. 2 y su análisis.

Gráfica No. 37. Horarios de prácticas clínicas



De acuerdo con la gráfica No. 37, el 54% de los estudiantes de décimo y el 62% de sexto cuenta completamente con los horarios de práctica clínica para el desarrollo de sus competencias. Un 43% de décimo y un 23 % de sexto consideran que los horarios son parcialmente suficientes para desarrollar sus competencias.

Así mismo, en la subcategoría “horarios de práctica” se evidenció por voces estudiantiles oportunidades de mejora relacionadas con los espacios de tiempo para el desarrollo de sus prácticas clínicas, como se observa en la gráfica No. 5

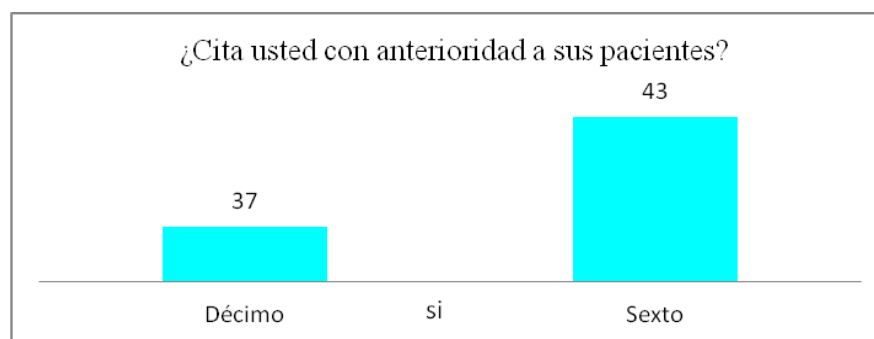
Gráfica No. 38. Demanda de Pacientes





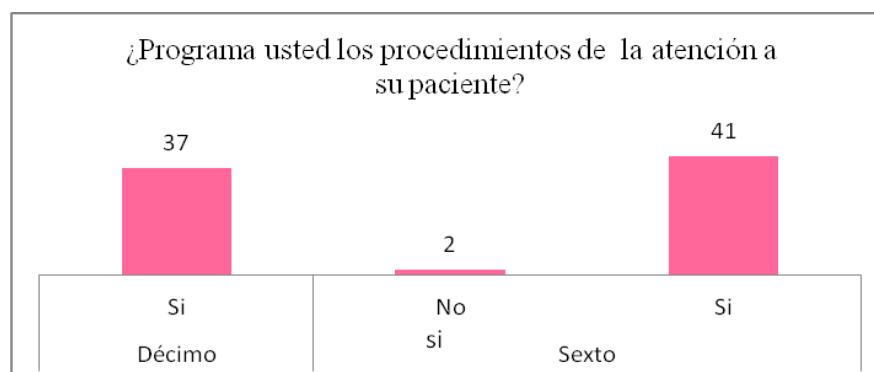
El 56 % de los estudiantes de décimo y el 76 % de los estudiantes de sexto no cuenta con suficientes pacientes para realizar el mínimo de requisitos requeridos para el desarrollo de sus competencias clínicas, de acuerdo con la gráfica No. 38; un 43% de los estudiantes de décimo y un 23% de los estudiantes de sexto si cuentan con suficientes pacientes para realizar el mínimo de requisitos clínicos; lo que se puede articular con el analisis cualitativo realizado en las voces estudiantiles en la subcategoría “cumplimiento de requisitos” “demanda de pacientes”y “deserción ” de las gráficas No.5 y 6 respectivamente; así, como en las voces de los docentes en la subcategoría “deserción de pacientes” que se observa en la gráfica No. 17.

Gráfica No. 39. Citación de pacientes



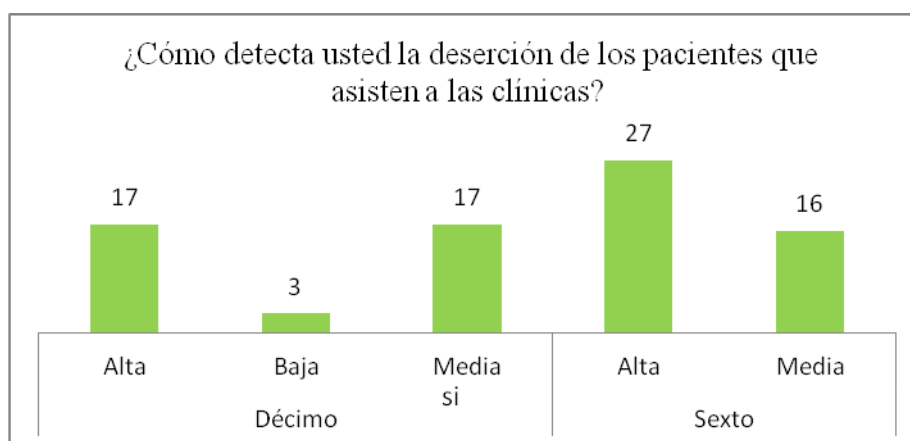
De acuerdo con la gráfica No.39, el 97% y el 100% de los estudiantes de décimo y sexto semestre respectivamente cita con anterioridad a sus pacientes.

Gráfica No. 40. Programación de procedimientos



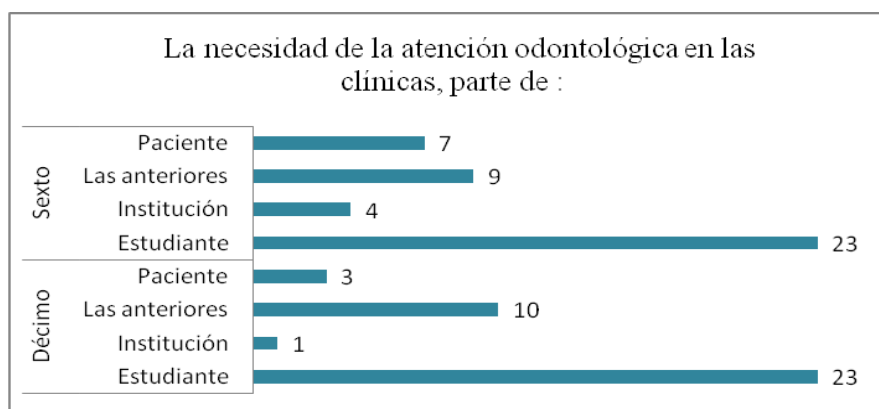
De acuerdo con la gráfica No. 40, el 100% y el 97% de los estudiantes de décimo y sexto semestre respectivamente programan los procedimientos de sus pacientes.

Gráfica No. 41. Deserción de pacientes



De acuerdo con la gráfica No.41, el 45 % y el 62 % de décimo y sexto semestre respectivamente, detectan una alta deserción de pacientes; así como un 45% de décimo y un 37% de sexto, la detectan de forma media, información que se relaciona con el análisis cualitativo realizado de las gráficas No.5,6 y 17, tal como se cito en el análisis de la gráfica No. 38.

Gráfica No. 42. Necesidad de la atención



La necesidad de la atención odontológica según la gráfica No. 42, es del estudiante en un 62 % según los estudiantes de décimo y de un 53 % de los de sexto. Un 8% de décimo y un 16% de sexto considera que es una necesidad del paciente, un 2% de décimo considera que es necesidad de la institución, así como un 9% de sexto considera lo mismo y, finalmente, un 27 % de los estudiantes de décimo semestre considera que la necesidad de la atención odontologica es de los actores que en esta participan. Lo que de una u otra manera tambien puede relacionarse con la deserción de los pacientes y la dificultad del estudiante para cumplir con los requisitos clínicos necesarios para desarrollar sus habilidades clínicas.

Lo anterior se relaciona con el análisis cualitativo realizado de las subcategorías: “requisitos-necesidad” y “motivación” que se observan en la gráfica No. 6 donde se evidencia que la necesidad es del estudiante, lo que trae consigo inconvenientes con los pacientes quienes no se comprometen con su tratamiento por considerar que hacen un favor a los estudiantes como lo revelan en las voces estudiantiles.

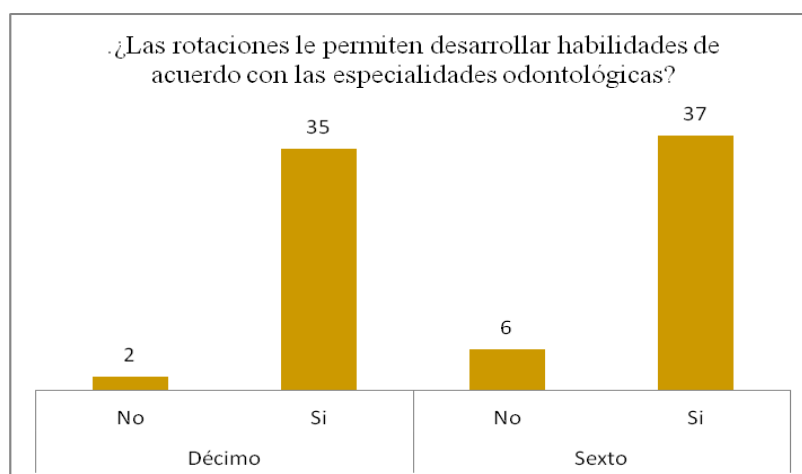
Gráfica No. 43. Garantías de seguridad de riesgos a terceros



Según la gráfica No.43, el 70 % de los estudiantes de décimo y el 76% de los de sexto no tienen conocimiento de las garantías de seguridad de riesgos a terceros

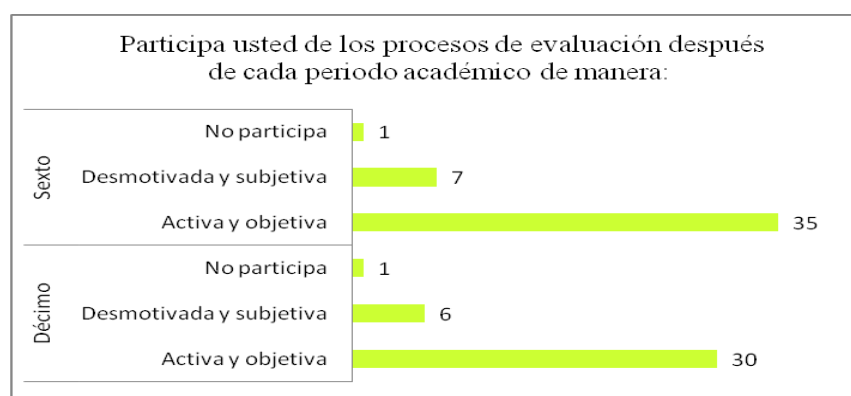
durante sus prácticas clínicas. Información que se articula con el desconocimiento de la normatividad que regula su proceso de formación, así como sus deberes y sus derechos.

Gráfica No. 44. Desarrollo de habilidades



De acuerdo con la gráfica No. 44, el 94 % de los estudiantes de décimo y el 86% de los estudiantes de sexto refieren que sus rotaciones les permiten desarrollar habilidades de acuerdo con las especialidades odontológicas.

Gráfica No. 45. Participación procesos de evaluación

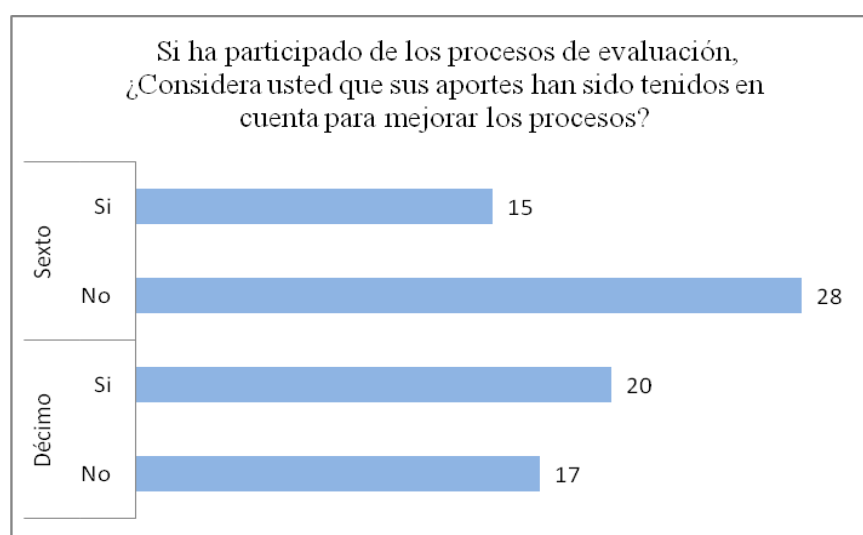


Según la gráfica No.45, un 81% de los estudiantes de décimo y sexto semestre participan en los procesos de evaluación después de cada periodo de manera activa

y objetiva; del restante, un 2% de décimo y sexto no participan y el resto lo hacen de manera desmotivada y subjetiva.

También se evidencian oportunidades de mejora en tanto a la participación de procesos de evaluación de acuerdo a las citas encontradas en la subcategoría “participación estudiantil” y “utilidad de mejora”, como lo muestra la gráfica No. 7 y su análisis.

Gráfica No. 46. Reflejo de participación de procesos de evaluación



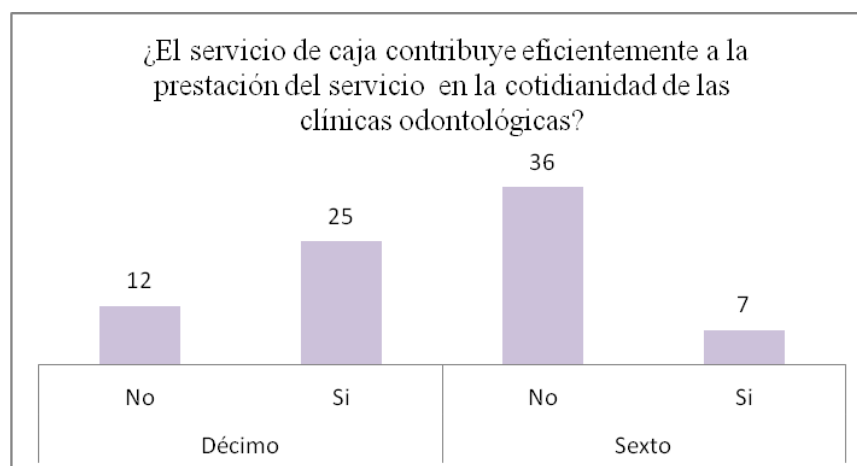
De acuerdo con la gráfica No.46, el 45% y el 65% de los estudiantes de décimo y sexto respectivamente consideran que sus aportes en los procesos de evaluación han sido tenido en cuenta, el restante no. Lo anterior se relaciona con el análisis cualitativo manifestado en la subcategoría “utilidad de mejora”, como lo muestra la gráfica No. 7 y su análisis.

Gráfica No. 47. Enfoque Bio-psico-social



El 75 % de los estudiantes de décimo semestre y el 86 % de sexto semestre, refieren que se aplica el modelo bio-psico-social en su proceso de formación. Como se ve en la gráfica No. 47.

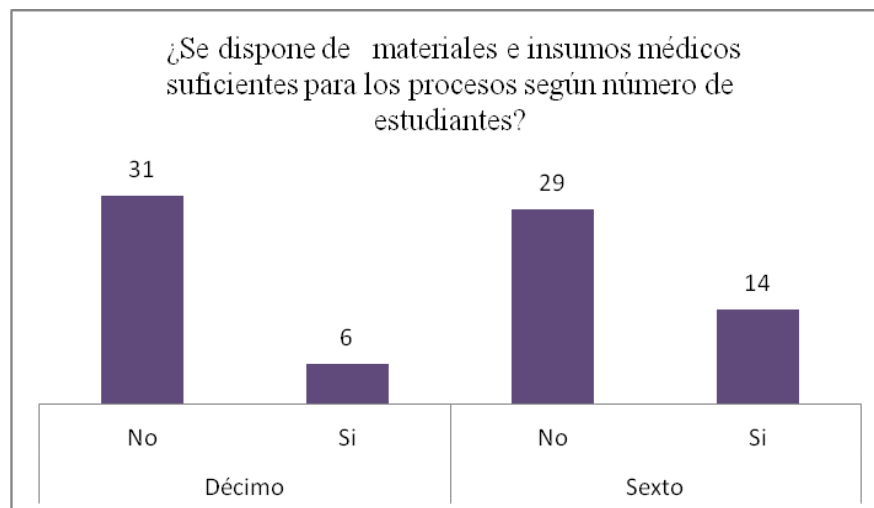
Gráfica No. 48. Servicio de Caja



De acuerdo con la gráfica No.48, el 67 % de los estudiantes de décimo semestre refieren que el servicio de caja contribuye eficientemente a la prestación del servicio en la cotidianidad, mientras que el 83 % de los estudiantes de sexto semestre dicen lo contrario.

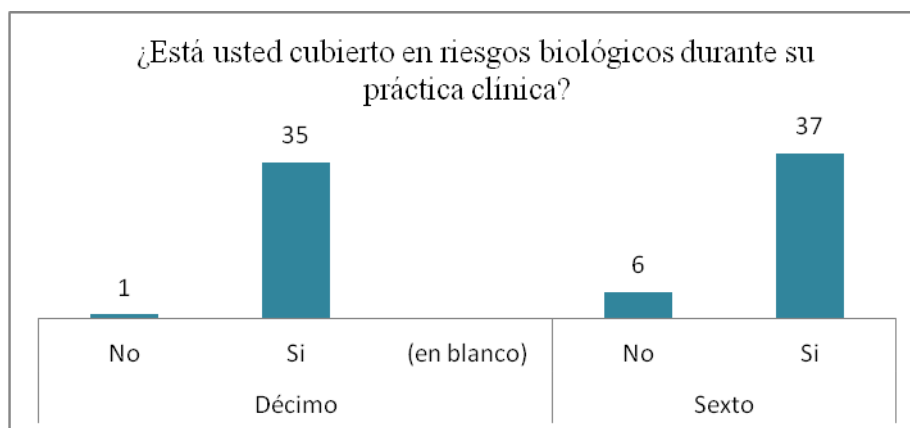
También las voces estudiantiles evidencian oportunidades de mejora en cuanto al servicio de caja como se muestra en la gráfica No. 2 y su análisis

Gráfica No. 49. Disponibilidad de materiales e insumos médicos



De acuerdo con la gráfica No. 49, el 83 % de los estudiantes de décimo semestre y el 67% de los de sexto refieren no disponer de materiales e insumos medicos suficientes para realizar sus procedimientos.

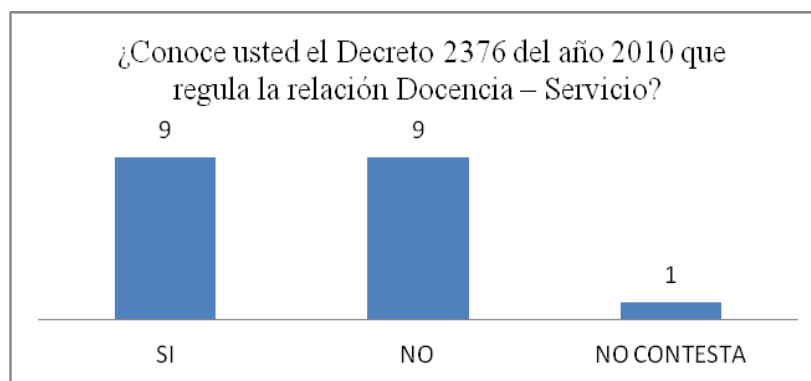
Gráfica No. 50. Riesgos biológicos



El 94% de los estudiantes de décimo semestre y el 86 % de los de sexto conocen sus garantías en tanto a los riesgos biológicos que puedan presentarse durante su práctica clínica. De acuerdo con la gráfica No.50.

Concepciones de los Docentes de VI semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque en el Segundo Periodo del año 2013:

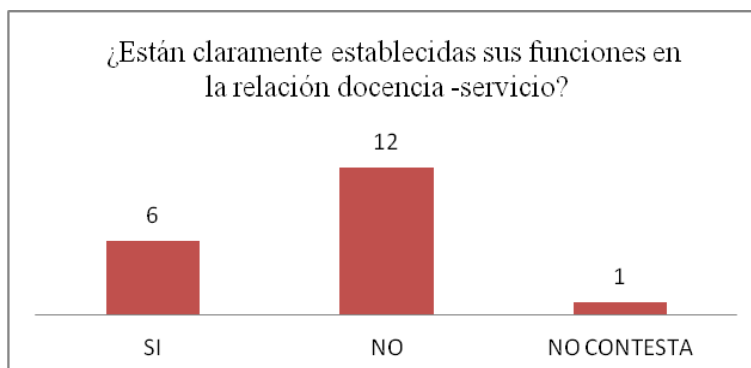
Gráfica No. 51. Conocimiento del Decreto 2376 de 2010



El 47.3% de los docentes de las clínicas odontológicas desconocen el decreto 2376 del 2010, lo cual representan un porcentaje muy alto de desconocimiento de la normatividad vigente en la cual se encuentra inmerso el docente. Para la calidad en el concepto de Docencia-Servicio esta situación presenta una amenaza con respecto a la calidad en el proceso de la práctica formativa y de la atención al paciente, tal como lo muestra la gráfica No.51.

Lo anterior se relaciona con la falta de socialización de la norma como lo evidencian las voces de la Subcategoría “socialización de la norma”.

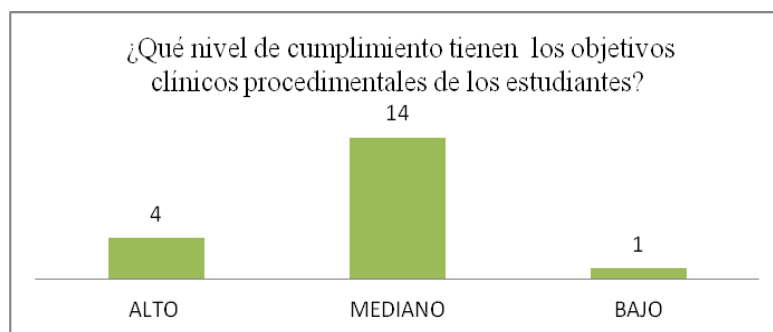
Gráfica No. 52. Claridad de funciones docentes





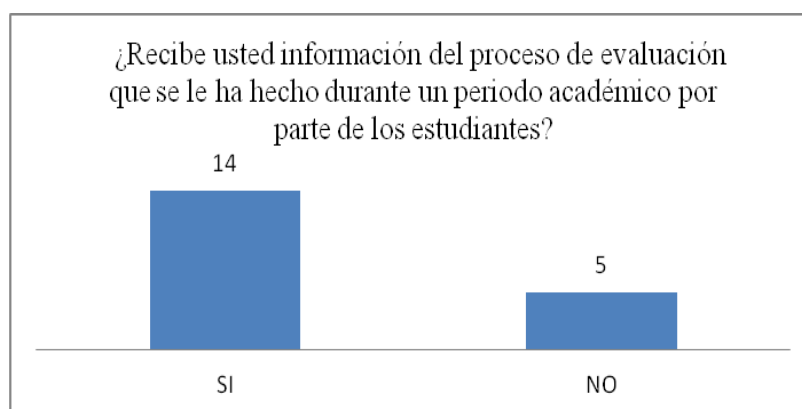
El 63,7% de los encuestados manifiestan no tener funciones establecidas en la relación Docencia-Servicio, constituyéndose este factor en uno de los más relevantes dentro del análisis realizado en la investigación frente al concepto de Docencia-Servicio. De acuerdo con la gráfica No. 52.

Gráfica No. 53. Cumplimiento de objetivos clínicos



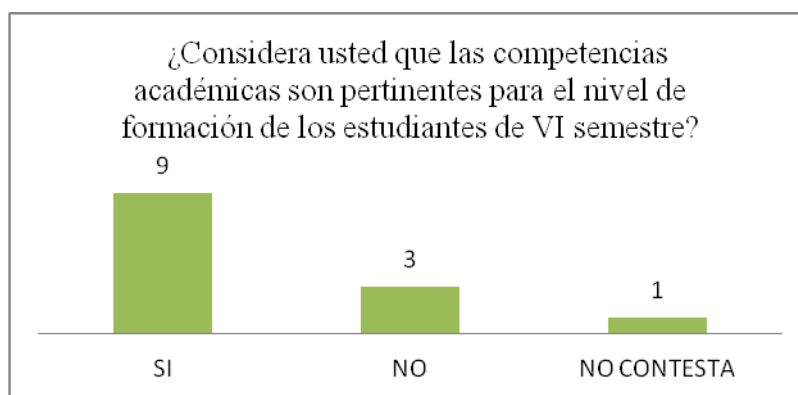
Según la gráfica No.53, el 78% de los encuestados manifestaron que el cumplimiento de los objetivos en términos generales de los estudiantes es mediano lo cual permite deducir que estos no alcanzan en el logro de los objetivos. De otra parte un 0.19% que logra los objetivos demuestra un porcentaje pobre de cumplimiento.

Gráfica No. 54. Ejercicio de realimentación del proceso de evaluación.



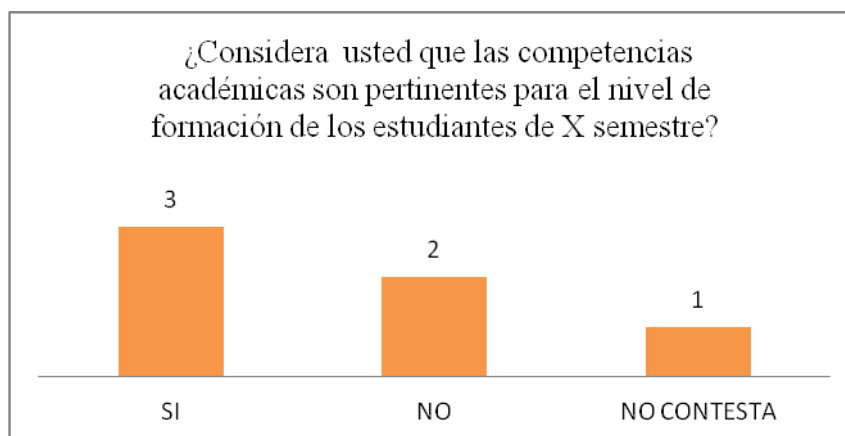
El 73 % de los encuestados manifestaron haber recibido información de la evaluación realizada por los estudiantes, lo cual demuestra un alto nivel de información que permite la toma de acciones de mejora. El 17% no la ha recibido. Como lo evidencia la gráfica No. 54.

Gráfica No. 55. Pertinencia de competencias VI semestre



El 69% de los docentes de VI manifiesta que las competencias académicas son pertinentes para el nivel de formación de los estudiantes. El 23% considera que las competencias no son pertinentes. Según la gráfica No. 55.

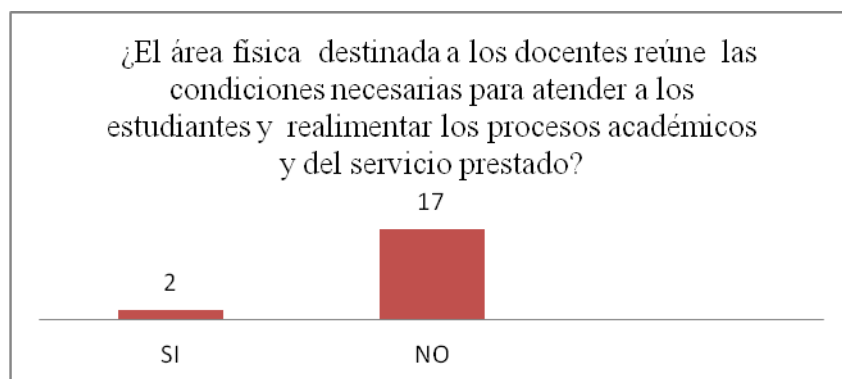
Gráfica No. 56. Pertinencia de competencias X semestre



El 50 % de los docentes de X semestre manifiesta que las competencias académicas son pertinentes para el nivel de formación de los estudiantes. El 33% de

los docentes no consideran pertinentes las competencias para X semestre. Como lo muestra la gráfica No. 56.

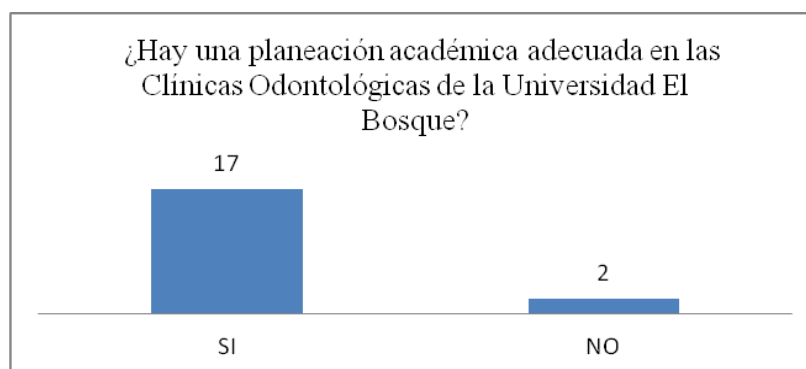
Gráfica No. 57. Área física docente



De acuerdo con la gráfica No. 57, el 89 % de los docentes manifiestan que las áreas físicas no reúnen condiciones adecuadas para la atención de los estudiantes.

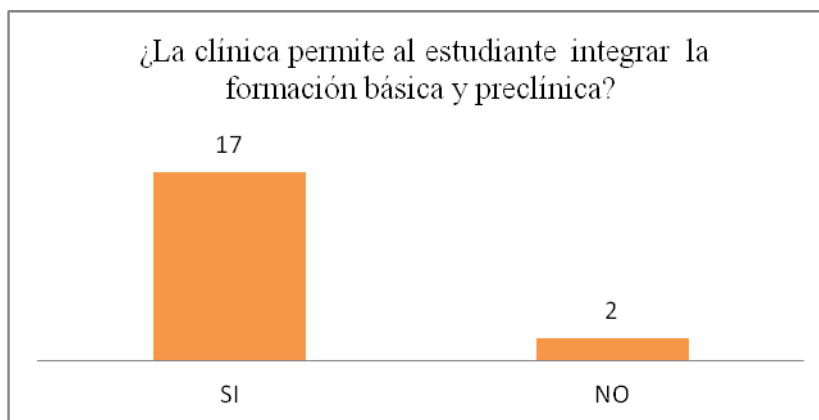
De donde se puede inferir una necesidad de mejoramiento en la infraestructura como se evidencia en la subcategoría de “espacios clínicos” y “espacios docentes” donde las voces manifiestan la necesidad de ampliar los espacios y mejorar los espacios para docentes y alumnos siendo coherentes con los resultados que se observan en la gráfica No. 57.

Gráfica No. 58. Planeación Clínica



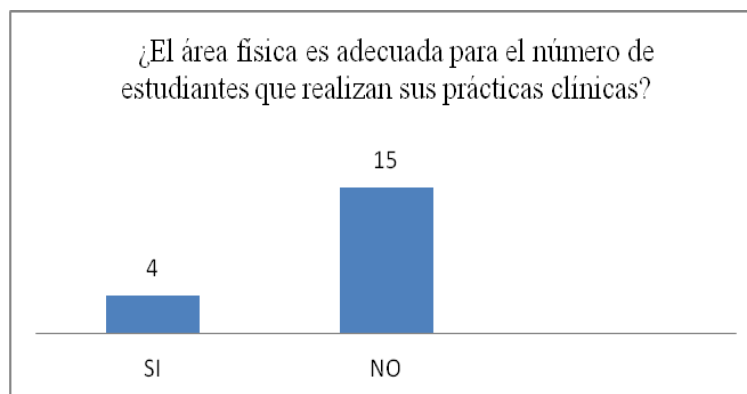
Según la gráfica No. 58, el 89% manifiesta que existe planeación académica adecuada en las Clínicas odontológicas; lo cual es una fortaleza para la relación Docencia-Servicio.

Gráfica No. 59. Integración de procesos de formación



El 89% de los docentes manifiesta que la clínica permite integrar la formación básica y preclínica. Lo anterior permite afirmar que existe un direccionamiento entre la información básica y la práctica clínica de los estudiantes del programa de Odontología. Como lo muestra la gráfica No. 59.

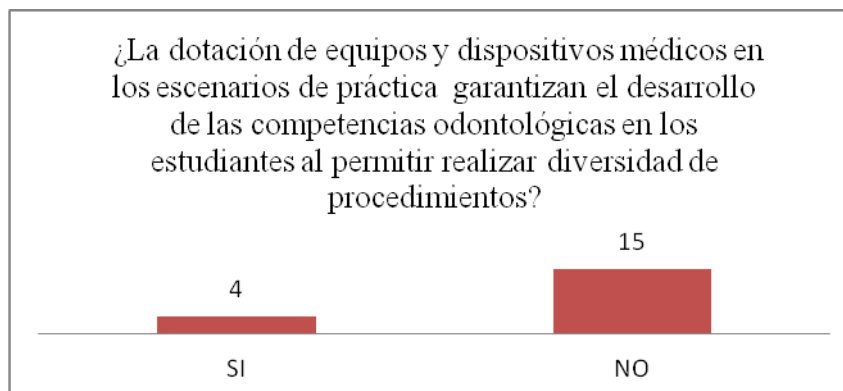
Gráfica No. 60. Espacios Clínicos



El 79 % de los docentes opinan que el área no es adecuada para el número de estudiantes que están en sus prácticas formativas. De acuerdo con la gráfica No. 60.

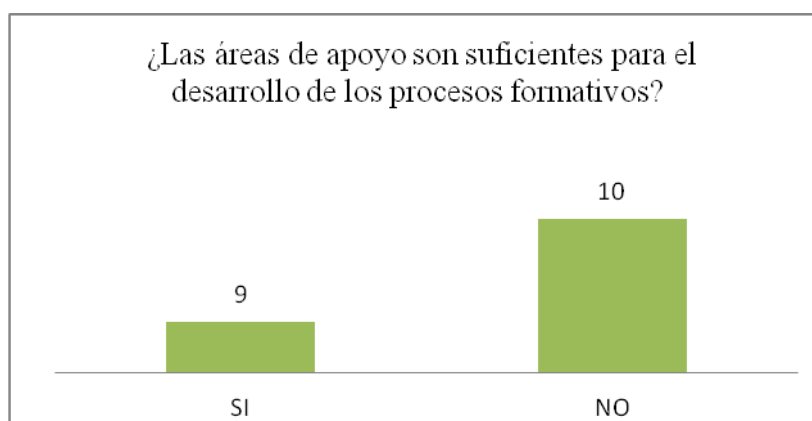
Las voces estudiantiles de la subcategoría “espacios clínicos” expresan que son insuficientes y que se deben ampliar; adicionalmente, manifiestan que los grupos son muy grandes y hay semestres que no cuenta con los espacios adecuados.

Gráfica No. 61. Dotación de equipos y dispositivos médicos



El 52% de los docentes manifiestan que la dotación de equipos y dispositivos médicos no garantizan el desarrollo de las competencias en los diferentes procedimientos, como lo muestra la gráfica No. 61, lo que permite evidenciar oportunidades de mejora en cuanto a la logística como necesidad sentida en las clínicas odontológicas. Este resultado coincide con algunas voces que expresan que “no cuenta con todo lo necesario en cuanto a quirófanos, unidades, clínicas y preclínicas” de la subcategoría “equipos y dispositivos médicos”

Gráfica No. 62. Áreas de apoyo

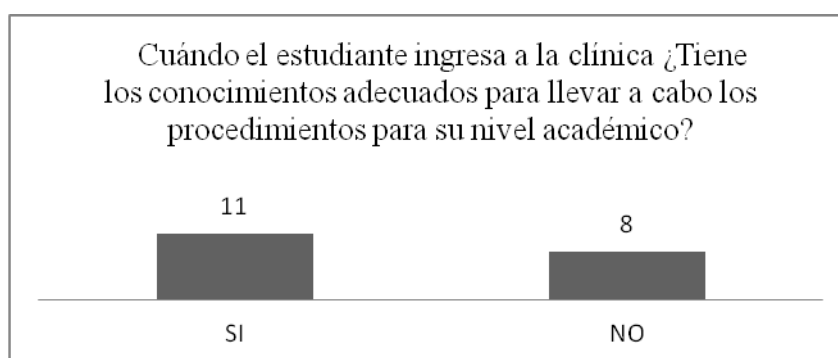


El 57% de los docentes opinan que las áreas de apoyo son suficientes para el desarrollo de los procesos formativos. Las áreas de apoyo como esterilización,

radiología, dispositivos, medicamentos y archivo de historias deben estar en constante monitoreo, ya que su apoyo al desarrollo tiene un nivel de satisfacción regular. Como se observa en la gráfica No.62.

Así mismo, lo anterior se relaciona con la categoría “ADMINISTRACION”, donde las voces de los estudiantes expresan inconformidad con los servicios de apoyo en los procesos formativos.

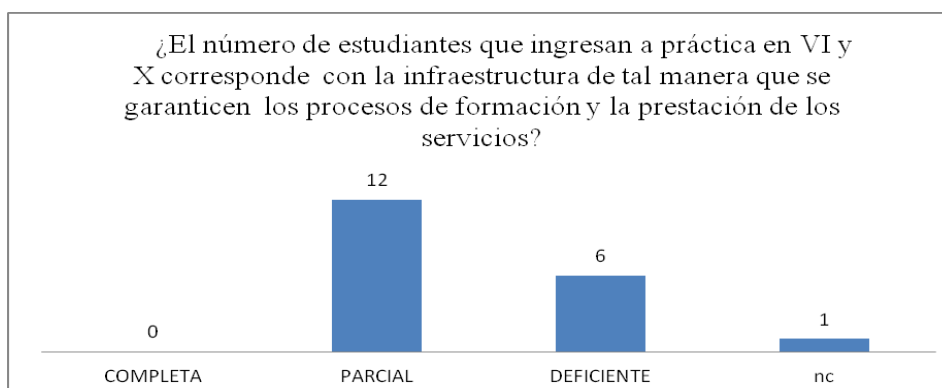
Gráfica No. 63. Herramientas estudiantiles



Como se observa en la gráfica No. 63, el 78% de los docentes manifiestan que los estudiantes no tienen el conocimiento adecuado para su nivel académico.

Lo anterior demanda un mayor apoyo al estudiante en su formación básica y preclínica.

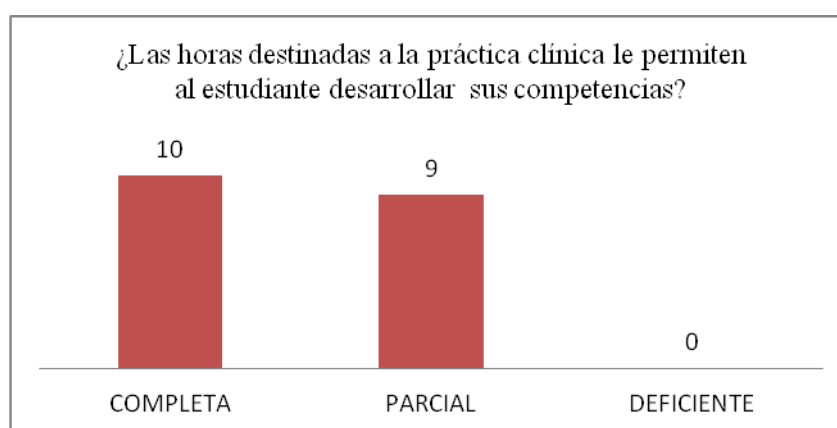
Gráfica No. 64. Relación número de estudiantes-espacios clínicos



De acuerdo con la gráfica No. 64, el 63% de los docentes opinan que la infraestructura actual garantiza parcialmente los procesos de formación y prestación de los servicios. El 31% considera que es deficiente.

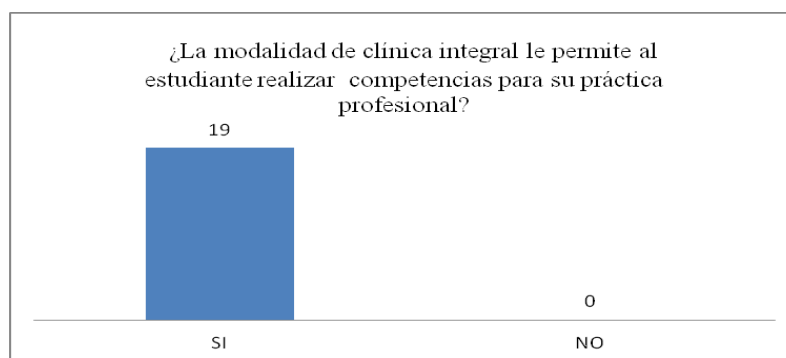
Lo que se relaciona también con la subcategoría “espacios clínicos” ya que permite afirmar que son insuficientes y se deben ampliar las clínicas.

Gráfica No. 65. Horas destinadas a las prácticas clínicas



Como se observa en la gráfica No. 65, el 52% de los docentes opinan que las horas de práctica clínica permiten desarrollar las competencias mientras el 48% manifiesta que es parcial, lo cual permite inferir que no hay una unanimidad de criterios en las horas destinadas a las prácticas.

Gráfica No. 66. Modalidad Clínica Integral



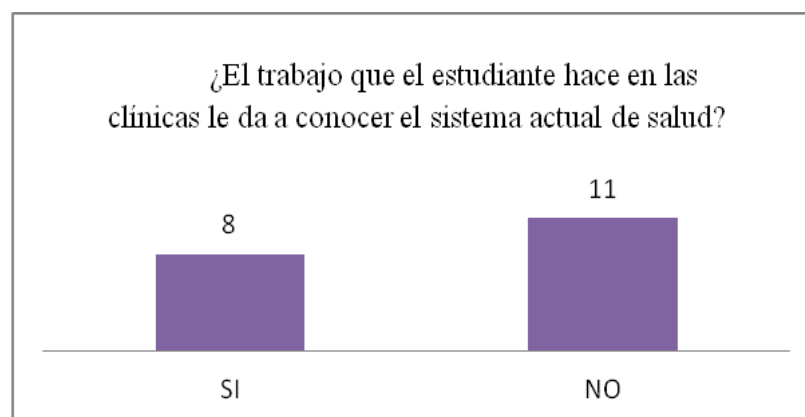
El 100% opina que la modalidad de la clínica integral permite realizar las competencias para su práctica profesional. Esto permite inferir que el modelo desarrollado está logrando sus objetivos, como lo muestra la gráfica No. 66.

Gráfica No. 67. Realidad de la práctica profesional



El 58 % de los docentes manifiestan que la clínica no refleja la realidad de la práctica profesional. Lo anterior indica una necesidad sentida de revisión de los currículos frente a la práctica profesional, como se evidenció en la gráfica No. 67.

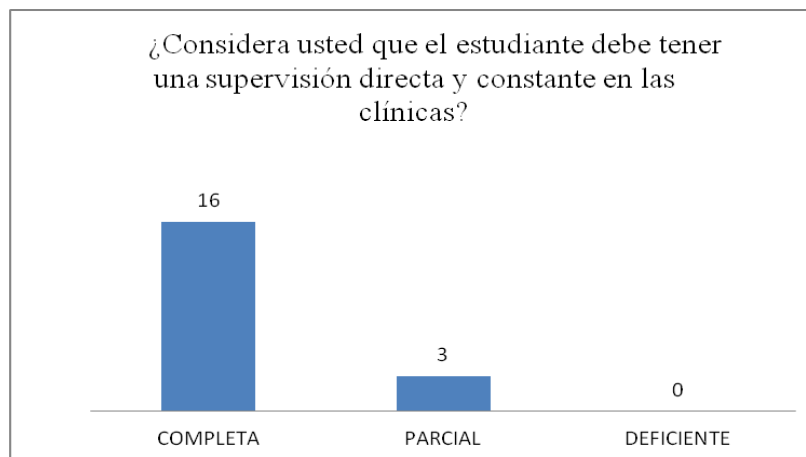
Gráfica No. 68. Conocimiento del sistema actual de salud



El 84% de los docentes manifiestan que el trabajo que hace el estudiante en las clínicas no le permite conocer el sistema actual de salud, como se observa en la gráfica No. 68 y se relaciona con el análisis cualitativo.



Gráfica No. 69. Supervisión docente



El 84% de los docentes opinan que el estudiante debe tener supervisión directa y constante en las clínicas. Frente al 16% que opinan que debe ser parcial lo que conlleva a realizar un análisis del modelo actual de formación de los odontólogos. Como lo muestra la gráfica No. 69.

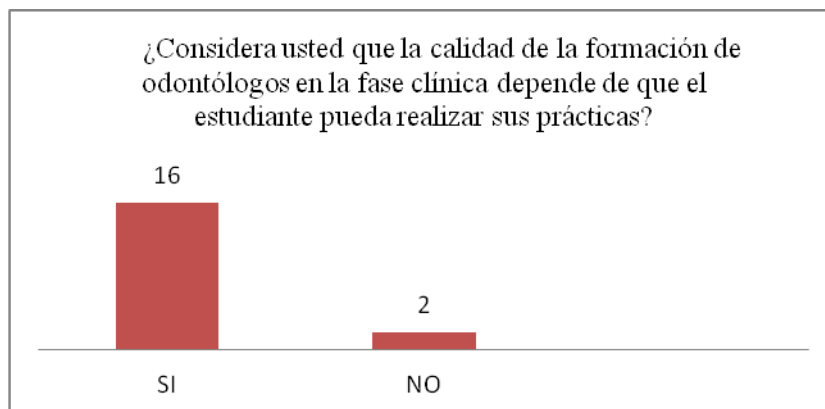
Gráfica No. 70.



Como lo muestra la gráfica No. 70, el 84% de los docentes opinan que la supervisión directa y constante se realiza a cabalidad. Lo anterior se relaciona con

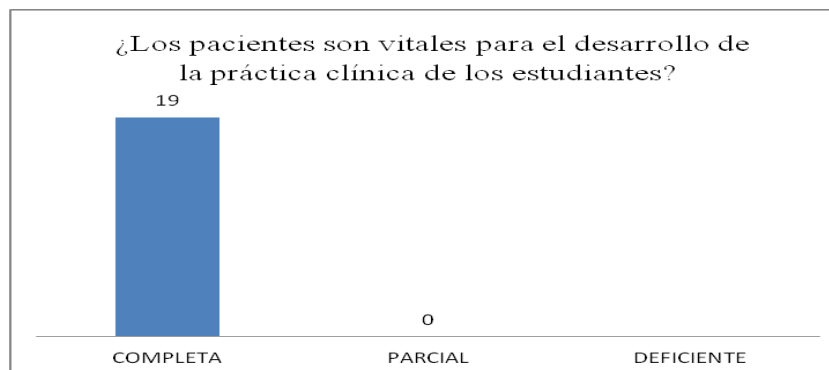
que gran parte de los estudiantes consideran consecuente la supervisión directa y la forma como se realiza.

Gráfica No. 71. Prácticas- Proceso de formación



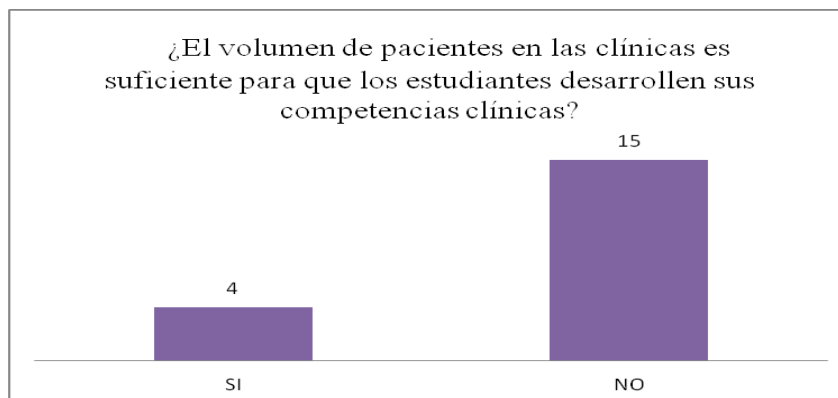
El 73% de las opiniones considera que la calidad de la formación de odontólogos en la fase clínica depende de las prácticas clínicas. Como lo muestra la gráfica No. 71.

Gráfica No. 72. Paciente- Desarrollo de prácticas clínicas



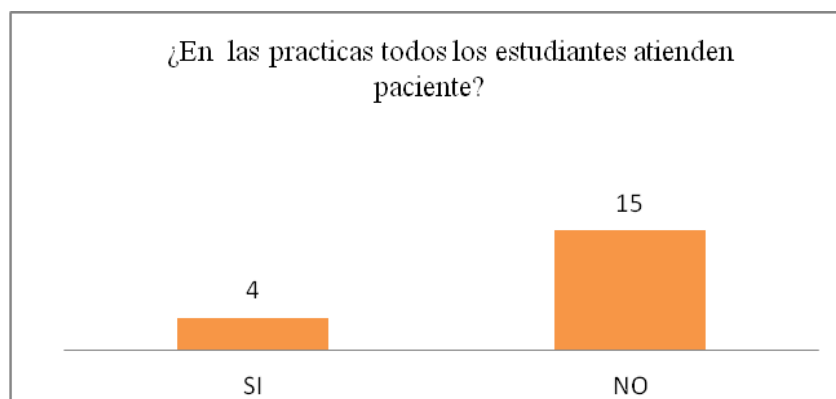
De acuerdo con la gráfica No. 72, el 100% opinan que los pacientes son vitales para el desarrollo de la práctica clínica.

Gráfica No. 73. Volumen de pacientes



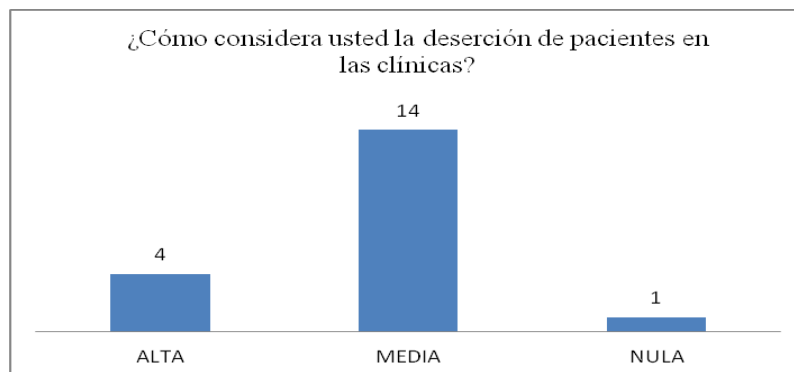
El 79% de los docentes opinan que el volumen de pacientes no es suficiente para que los estudiantes no desarrollen sus competencias clínicas. Como se ve en la gráfica No. 73.

Gráfica No. 74. Atención a pacientes



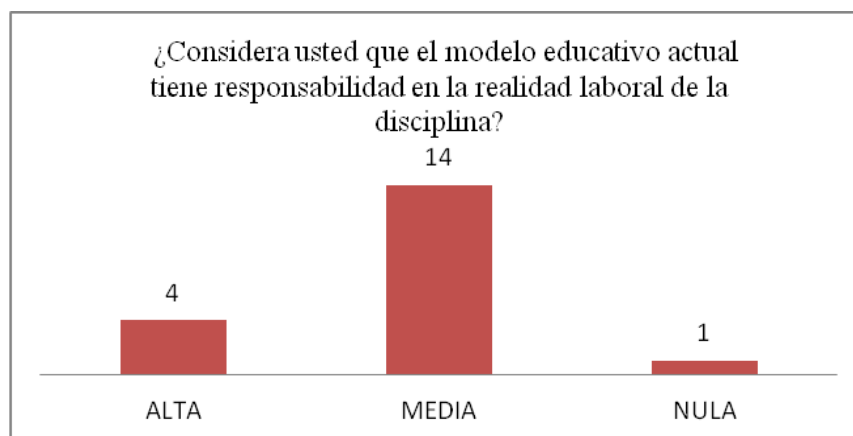
En la gráfica No.74 se ve que un 94% de los docentes opinan que en las prácticas los estudiantes casi siempre tienen pacientes. Es consecuente con la pregunta anterior en donde se afecta el concepto de Docencia-Servicio

Gráfica No. 75. Deserción de pacientes



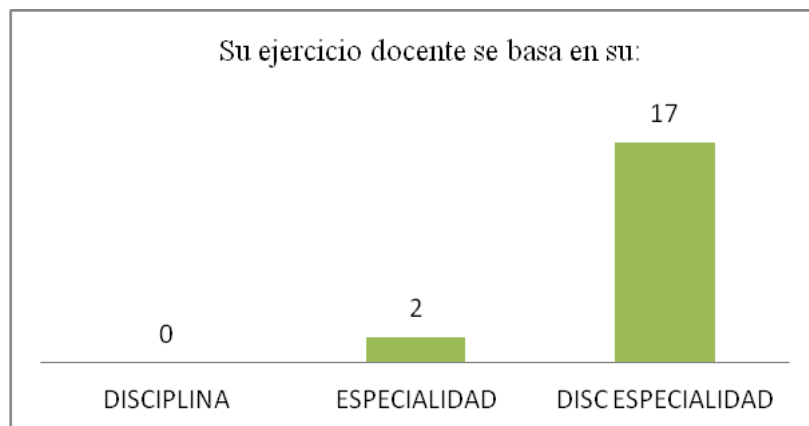
El 73% de los docentes considera que la deserción de pacientes en las clínicas es media. Mientras el 21% considera que la deserción es alta. Esto también es consecuente con lo expresado con los docentes frente al volumen de pacientes para los estudiantes. Y se observa en la gráfica No. 75.

Gráfica No. 76. Modelo educativo y realidad actual



El 73% de los docentes opinan que el modelo actual tiene responsabilidad media en la realidad laboral, como se evidenció en la gráfica No. 76.

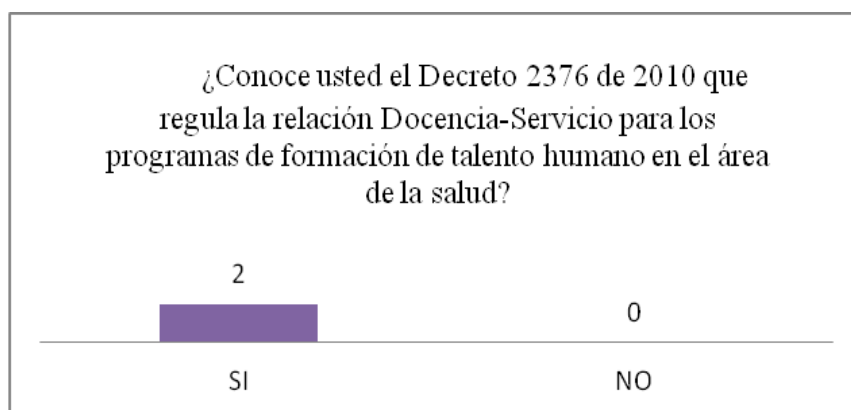
Gráfica No. 77. Ejercicio docente



El 89% de los docentes opinan que su ejercicio se basa en su disciplina y en su especialidad, como lo muestra la gráfica No. 77.

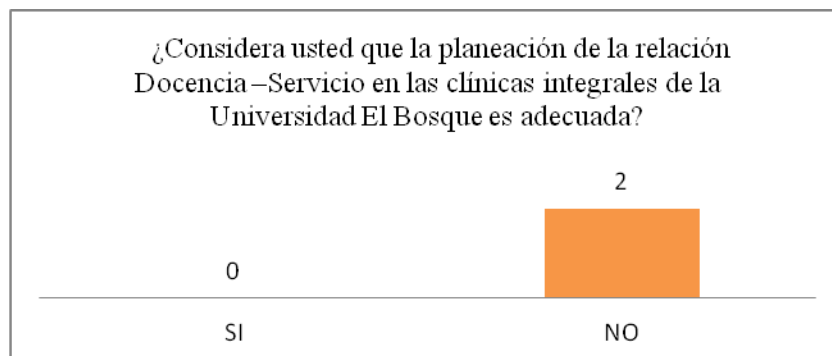
Concepciones del personal Administrativo de las Clínicas Odontológicas de la Universidad El Bosque:

Gráfica No. 78. Conocimiento del Decreto 2376 de 2010



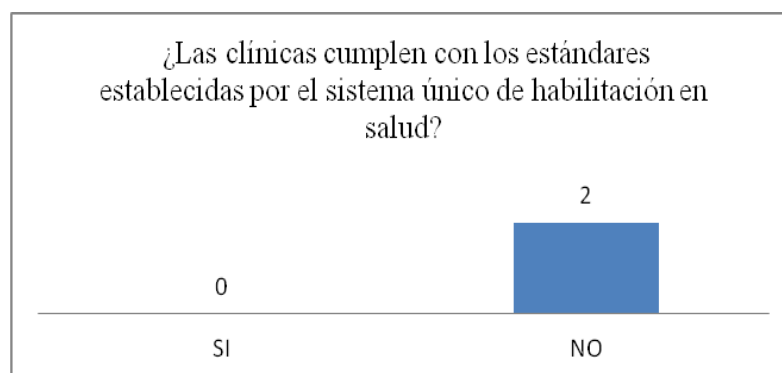
Según la gráfica No. 78, el 100% del personal administrativo afirma conocer el Decreto 2376 de 2010

Gráfica No. 79. Planeación clínica



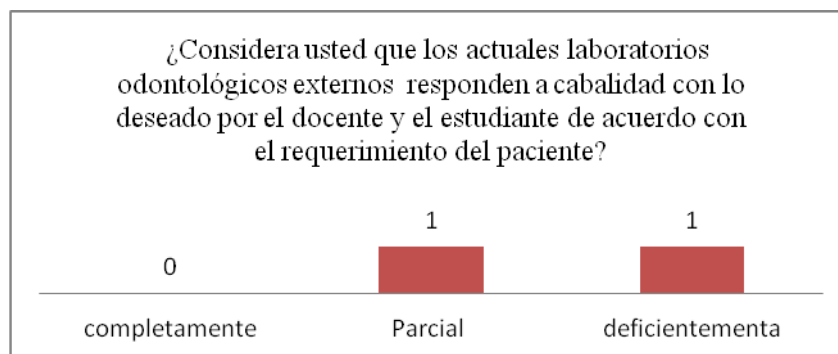
De acuerdo con la gráfica No. 79, el 100% opinan que la planeación en Docencia-Servicio no es adecuada. De esta respuesta, se infiere la necesidad de socializar los procesos de planeación de la relación Docencia-Servicio.

Gráfica No. 80. Cumplimiento de estándares de habilitación



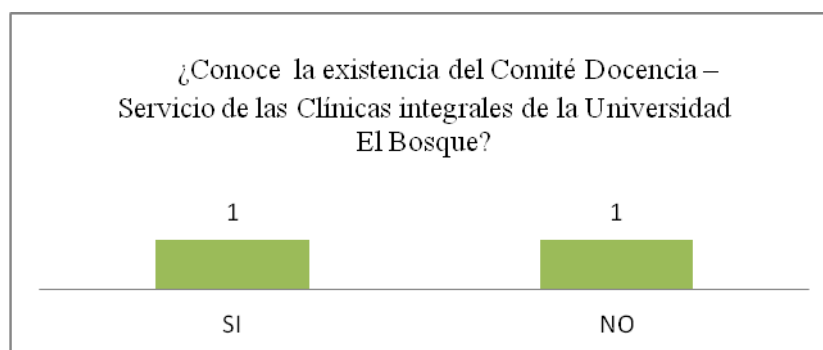
De acuerdo con la gráfica 80, el 100% del personal administrativo considera que los estándares de habilitación no se están cumpliendo. Esta opinión es consecuente con la falta de planeación generada.

Gráfica No. 81.



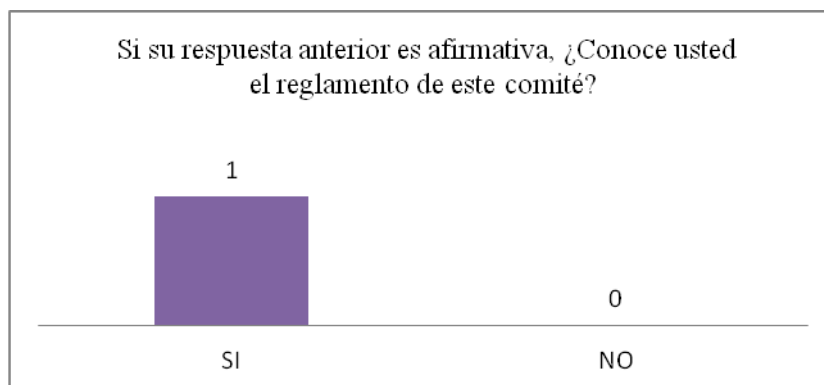
Como lo muestra la gráfica No. 81, el 50% opinan que los laboratorios respondan a cabalidad con las necesidades del docente y de los estudiantes de acuerdo al requerimiento del paciente, mientras el 50% opina que cumplen deficientemente. Con respecto a esto se recomienda evaluar el servicio que prestan los laboratorios externos.

Gráfica No. 82. Comité Docencia- Servicio



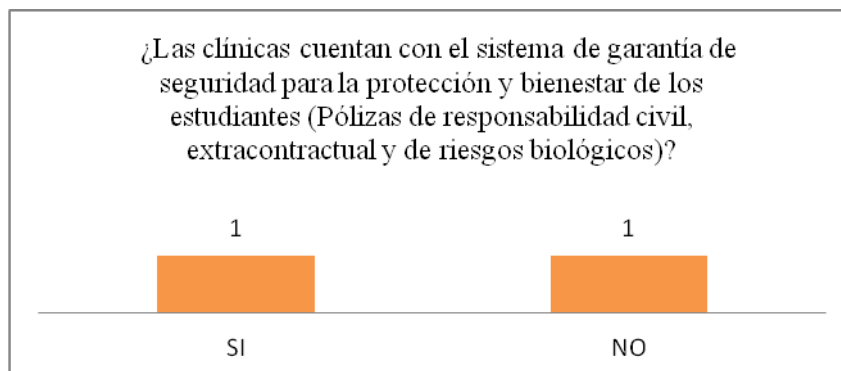
Como se ve en la gráfica No.82, el 50% del personal administrativo conoce la existencia del comité Docencia-Servicio. Por lo que se evidencia la necesidad de clarificar el concepto de los Comités de Docencia-Servicio y su regulación. Se observa coherencia con las voces administrativa que manifiestan la necesidad de socializar la norma

Gráfica No. 83. Conocimiento de reglamento Comité Docencia-Servicio



El 100% conoce el reglamento de este comité, como lo muestra la gráfica No. 83.

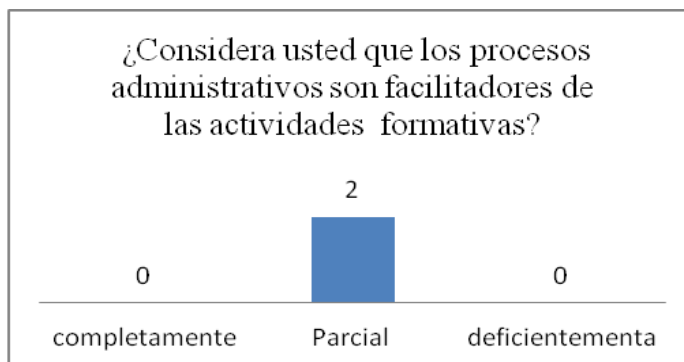
Gráfica No. 84. Sistema de garantía de seguridad



El 50% opina que las clínicas cuentan con un sistema de garantía de seguridad para la protección y bienestar de los estudiantes; el otro 50% que no. Por lo que se recomienda aclarar este punto dentro del servicio, de acuerdo con la gráfica No. 84.

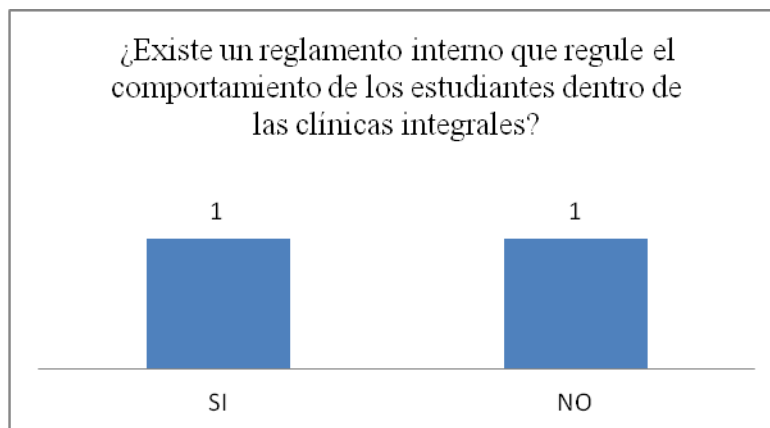


Gráfica No. 85. Procesos administrativos



Como lo muestra la gráfica No. 85, el 100% considera que los procesos administrativos son facilitadores de las actividades formativas en forma parcial. De acuerdo con éste resultado, se debe profundizar sobre la importancia de los procesos administrativos en la relación Docencia-Servicio para su cumplimiento y una mejor articulación.

Gráfica No. 86.



El 50% del personal administrativo conoce la existencia de un reglamento interno para los estudiantes, como se observa en la gráfica No. 86; la necesidad es entonces, socializar los reglamentos internos de las Clínicas Odontológicas con los diferentes actores intervinientes en los procesos.

## Capítulo V

### *Conclusiones y Recomendaciones*

#### **Conclusiones**

Analizadas las concepciones de los actores participantes en los procesos de formación clínica de odontólogos en la Relación Docencia-Servicio, las cuales permitieron identificar oportunidades de mejora que encaminen la formación disciplinar a la realidad del ejercicio profesional, se concluye:

La investigación evidencia hechos y voces sobre diferentes aspectos que pueden generar transformación en las concepciones sobre calidad de la educación en los actores participantes de los procesos de formación y prestación de los servicios, bajo el modelo de la Relación Docencia-Servicio establecido por el Decreto 2376 de 2010 que guio la presente investigación:

#### **Con relación a los Estudiantes**

Las actuales prácticas clínicas curriculares en la Clínica Integral favorecen la formación de odontólogos.

La investigación evidenció bajo compromiso de algunos docentes con el proceso de formación; especialmente en cuanto al acompañamiento durante los procesos clínicos con los pacientes.

Las voces de los estudiantes indican que los procesos de evaluación tienen un alto componente de subjetividad más que de objetividad, sin que se conozcan y apliquen claros criterios en la misma.

Con relación a los instrumentos de evaluación correspondientes a los exámenes de nivel realizados en IV y VII semestre, los estudiantes manifiestan que son multitemáticos, difíciles de comprender y de alta complejidad.

En la relación Docencia- Servicio los pacientes se han cosificado dejado de ser sujetos de atención con calidad y pasado a ser requisito para el cumplimiento de las prácticas de los estudiantes.

### **Con relación a los Docentes**

Dada la ausencia de una socialización de la norma de la relación Docencia-Servicio una parte de este grupo manifiesta su desconocimiento.

Según los docentes, la calidad de los procesos de formación se ve afectada por el alto número de estudiantes por docente, la falta de equipos médicos, espacios y dispositivos, la claridad sobre sus funciones y requisitos de norma para su práctica como docente en las Clínicas Integrales.

### **Con relación a los Administrativos**

Se observa como punto relevante y positivo la existencia de métodos de control y supervisión en los procesos de formación usando diversas herramientas.

Aunque la investigación arroja que si hay conocimiento de los comités de la relación Docencia- Servicios; se deduce de las diferentes voces, que sus actividades tienen mayor énfasis en aspectos administrativos que los de carácter académico: Como lo son: planeación de las prácticas clínicas, seguimiento y evaluación de las mismas.

### **Con relación a los Pacientes**

Dadas las condiciones administrativas de los pacientes respecto a: disponibilidad horaria, factor económico, requisito-necesidad y duración de tratamiento se advierte desmotivación por el servicio y alta deserción.

Un aspecto desmotivacional hallado en las voces de los estudiantes, está relacionado con la obligación económica que han asumido con los pacientes.

Se advierte carencia en la publicidad y el mercadeo de los servicios que se prestan en las Clínicas Integrales, razón por la cual se adolece de pacientes

suficientes en número y en especificidad para la formación de calidad de los odontólogos.

### **Respecto a la Infraestructura**

La investigación reflejó que el número de capacidad instalada de los diferentes servicios (esterilización, radiología, archivo y recepción), no corresponde proporcionalmente al número de las cohortes de los estudiantes.

Con respecto a las cajas no hay un servicio acorde y funcional con las jornadas de la prestación de los servicios.

### **Respecto a la Normatividad**

Se identificó que el conocimiento de la planeación Docencia-Servicio de acuerdo con el Decreto 2376 de 2010, es mínimo por parte de los actores que participan en los procesos de formación y prestación del servicio en las Clínicas Integrales.

La normatividad actual del sector salud impacta significativamente en la Clínica Integral ya que la Universidad no está contemplada dentro del Sistema de Seguridad Social, afectando significativamente el modelo de la relación Docencia-Servicio.

### **Recomendaciones**

Garantizar formación de talento humano en articulación academia-servicio de salud, fomentando competencias en el marco de la dinámica del sistema de salud para un servicio digno de los usuarios.

Aumentar la frecuencia de programas de inducción sobre normatividad vigente sobre la relación Docencia-Servicio a fin de que todos los actores, tengan un conocimiento apropiado de la misma.

Realizar ajustes administrativos que faciliten y permitan articular el servicio, tanto de formación como de prestación de los servicios.

Establecer campañas promocionales y estratégicas con incentivos a fin de incrementar la demanda de pacientes que genere un banco permanente de usuarios de los servicios, con beneficios tales como: garantías, facilidades de pago y mejores costos para los pacientes y estudiantes entre otros.

Buscar estrategias que permitan a los estudiantes realizar los procedimientos clínicos en su formación, sin la obligación de asumir los costos de los tratamientos de sus pacientes.

Se recomienda a la Facultad de Odontología ajustarse en la formación de odontólogos al modelo de atención basado en la relación Docencia-Servicio, cumpliendo con todos los requisitos y condiciones de calidad.

Se recomienda a la Universidad El Bosque y, concretamente al Programa de Maestría en Docencia de la Educación Superior, que se continúe investigando a mayor nivel de profundidad sobre esta problemática con base en la metodología y hallazgos de esta investigación teniendo como mira la formación de odontólogos en el país.

### Referencias Bibliográficas

- Aguerrondo, Inés. *La calidad de la educación: Ejes para su definición y evaluación*. 2010. Recuperado de: <http://www.oei.es/calidad2/aguerrondo.htm>
- Arnal, J., del Rincón, D., & Latorre, A. (1994). *Investigación educativa. Fundamentos y metodologías*. Barcelona: Labor.
- Arribas, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* 5 (17). (Pp.23-29).
- Arteaga Herrera, J. & Chávez Lazo, E. (2000) Integración Docente-Asistencial-Investigativa (IDAI). *Revista Cubana Educación Medicina Superior* 14 (2). (Pp.184-95).
- Burgos, T., Gutiérrez, P., & Garrido, L. (2012). *Evaluación del Programa Docencia-Servicio en los sitios de rotación de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque, con base en los parámetros requeridos por la OPS y por el Ministerio de Protección Social, Hospital San José y Hospital Universitario San José Infantil. (Tesis de Pregrado)*. Bogotá: Universidad El Bosque.
- Cáceres P. (2003). *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, Vol. 2, No. 1. Chile.
- Casanova, I.; Ortega, A.; Rincón, M. & Yepes, M. (2007) Modelo educativo de la FACO/Luz en el contexto del servicio comunitario. *Ciencia Odontológica* 4 (1). Maracaibo.
- Cameron, J. (2005). Focussing on the focus group. En: Iain, H. (Eds.). *Qualitative Research Methods in Human Geography*. Pp.156-174. Melbourne: Oxford University Press.
- Consejo Nacional de Acreditación. (2013). *Lineamientos para la acreditación de Programas de Pregrado*. Bogotá
- Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud. (2003). *Acuerdo 000003 del 12 de mayo de 2003, por el cual se adoptan los criterios de*

*evaluación y verificación de los convenios docente-asistenciales necesarios para desarrollar los programas de pregrado o postgrado en el área de la salud.*

- Corominas, J. & Bosch, A. (s.f.). *Nuevas Orientaciones en los programas Universitarios de preparación de profesionales médicos*. Recuperado el 28 de septiembre de 2012, de: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono7/Articulos/articulo7.pdf>
- Cortés F. (2014, marzo). Título. *Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales XIX* (1066). Universidad de Barcelona. ISSN: 1138-9796.
- Crosby, P.B. (1998). *La Calidad no Cuesta*. México: Continental.
- Davini M.(2002). Capacitación del personal de los servicios de salud. OPS/OMS. A/H Editorial. Quito.
- Dolonguevich, E. (2010). *Proyecto de servicio de Odontología Hospital Universitario*. Argentina: Universidad Nacional de Cuyo.
- Donabedian, A. (1992). The Lichfield Lecture. Quality assurance in health care: consumers' role. *Qual Health Care*. 1 (4). Pp. 247-251.
- Fernández, O. (2008). *Gestión de Calidad en Servicios Odontológicos*. Universidad de Buenos Aires. IntraMed. Recuperado el 8 de mayo de 2013, de: [www.intramed.net](http://www.intramed.net).
- Flórez E, A.M. (2011). *Logros y dificultades en el proceso de evaluación de la relación Docencia-Servicio en Colombia*. Foro Internacional, Educación Superior en Salud para el siglo XXI: Un reto para la prosperidad. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional. Recuperado de : <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/EDUCACI%C3%93N%20SUPERIOR%20EN%20SALUD%20PARA%20EL%20SIGLO%20XXI/LOGROS%20Y%20DIFICULTADES%20EN%20EL%20PROCESO%20DE%20EVALUACI%C3%93N%20DE%20LA%20DOCENCIA%20SERVICIO%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Goic G, A. & Armas M, R. (2003). *Descentralización en salud y educación: La experiencia chilena*. Recuperado el 6 de Octubre de 2012, de:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872003000700012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872003000700012&script=sci_arttext)

- Hincapié, A.; Carvajal, A.; Sánchez, L.A. & Arias, O. (2004). *Satisfacción de los usuarios frente a la calidad de la atención prestada en el programa de odontología integral del adolescente y ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia*. Rev Fac de Odont Univ de Ant. Vol.15 N.2. p. 5-11
- Montes S. (2004). *Paulo Freire. "La concepción problematizadora de la educación y la liberación"*. Clásicos de la Pedagogía. 2a ed. Antología México, FES-Acatlán. pp. 312-313.
- Juran, J.M. (2005). *Manual de control de la Calidad. V 1*. Segunda edición. Barcelona: Reverté.
- Martínez Rodríguez, A.; Portilla Robertson, J. & Ríos Ferrer, G. (1994) La Caracterización de la Enseñanza de la Odontología y la Vinculación Docencia-Servicio en México. *Educ Med Salud*. 28 (3). Pp. 370-379.
- Matiz, H. (1992). *Plan de Desarrollo Institucional 1990-1992*. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda. Colección Educación Médica. Vol. 10.
- Miranda, N. (2009). *Universidad El Bosque. Una Historia en Construcción*. Bogotá: Ediciones El Bosque
- Ministerio de Protección Social. (s.f.). *Modelo de evaluación de las prácticas formativas. Escenarios de práctica (Escenarios clínicos)*. Recuperado el 29 de marzo de 2013, de: [http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portalIG/home\\_54/recursos/01general/04122012/mod\\_eval\\_practicas\\_form.pdf](http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portalIG/home_54/recursos/01general/04122012/mod_eval_practicas_form.pdf)
- \_\_\_\_\_. (2006). Decreto 1011 de 2006. *Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*.



- \_\_\_\_\_. (2010). *Decreto 2376 del 1 de Julio de 2010, por medio del cual se regula la relación Docencia-Servicio para los programas de formación de talento humano en el área de la salud.*
- \_\_\_\_\_. (2011). *Modelo de evaluación de las prácticas formativas. Resultados Pruebas Piloto.* Recuperado el 29 de marzo de 2013, de: [http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/articles280558\\_archivo\\_pdf\\_gustavoreyes.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/articles280558_archivo_pdf_gustavoreyes.pdf).
- \_\_\_\_\_. (2013). *Resolución 1441 de 2013, por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.*
- Ministerio de la Protección Social & Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Modelo de Evaluación de la Relación Docencia-Servicio: Criterios Básicos de Calidad para Centros de Prácticas Formativas.* Bogotá.
- Mogollón, A. (2009). *Reflexiones en Salud Pública.* Universidad El Rosario: Editora Académica.
- Moller, C. (1974). *Putting People First.*
- Nahir, Y. & Pérez, C. (2003). *Diseño, docencia y universidad.* Universidad Católica Popular del Risaralda.
- Organización Panamericana de la Salud.
- Payares, C. & Arango, A. (1990). *Consideraciones Sociohistóricas de la Odontología en Colombia y Antioquia Siglo XX.* Promotora de ediciones y comunicación S.A.
- Peñaranda Correa, F. et al. (2010). *Educación para la salud: Una mirada alternativa al modelo biomédico.* Antioquia: Universidad de Antioquia - La Carreta Editores.
- Peinado, J. (2008). Definición de las competencias que debe adquirir el futuro médico. Formación de los profesores. *EDUC MED; 11* (Supl. 1). Pp.S47-S51.
- Pineda, X. (2007, junio). Estrategias de evaluación de los aprendizajes en la práctica profesional, algunos elementos para su consideración. *Ciencia Odontológica 4* (1). Maracaibo.
- Pinilla, A. (2011). Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud. *Acta Medicina Colombiana 36* (4). Pp. 204-218.

- Prat Corominas, J. & Oriol Bosch, A. (2012). *Nuevas Orientaciones en los programas Universitarios de preparación de profesionales médicos*. Recuperado el 10 de abril de 2013, de: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono7/Articulos/articulo7.pdf>
- Rangel, M. (2011). Perspectiva Bioética y Modelo Biopsicosocial en la relación odontólogo- paciente durante la formación del estudiante en la Universidad El Bosque. *Revista Salud Bosque*, 1 (2). Pp.87-98.
- República de Colombia. (1991). *Constitución Política*.
- \_\_\_\_\_. (1992). *Ley 30 de 1992, por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior*.
- \_\_\_\_\_. (1993). *Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*.
- \_\_\_\_\_. (2007). *Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia de talento humano en salud*.
- \_\_\_\_\_. (2011). *Ley 1438 de 2011. Por medio del cual se reforma El Sistema General de Seguridad Social en Salud y dictan otras disposiciones*.
- Román, O. & Señoret, M. (2007). *La relación docente-asistencial en el nuevo contexto que establece la reforma de salud*. Recuperado el 28 de septiembre de 2012, de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872007000200015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872007000200015&script=sci_arttext)
- Rubinsztejn, G. & Palacios, M. (2010). El efecto del tiempo en la percepción de la calidad del servicio educativo. *Revista Iberoamericana de Educación*. (54). Pp.189-202.
- Saliba Garbin, C.A. (2013). La relación entre la calidad de la enseñanza y la mala práctica odontológica: relato de caso clínico. *Revista Ciencias de la Salud* 11 (1). (Pp.121-128).
- Soto, P. & García, A. (2011). Impacto de un modelo de integración docente asistencial en la formación profesional y el campo clínico. *Ciencia y Enfermería* XVII (3). (Pp.51-68).
- Universidad El Bosque. (2011). *Plan de Desarrollo Institucional 2011-2016*.

- \_\_\_\_\_. (2011). *Acuerdo No. 10916 de 2011, por el cual se establecen los lineamientos de la relación Docencia-Servicio de las Clínicas Odontológicas.*
- \_\_\_\_\_. (2013). *Portafolio de Servicios.* Clínicas Odontológicas.
- Walsh, W. (2004). El desarrollo de la capacidad para resolver los problemas. Capítulo 4. *Theoria 13.* Universidad de Mc Master. Canadá. Pp. 145-157.
- Walton, M. (2004). *El método Deming en la práctica.* Bogotá: Norma.
- Wittgenstein, L. (1921). Logisch-Philosophische Abhandlung. *Rev. Annalen der Naturphilosophie XIV.* (3-4), Pp. 185-262.
- Zuluaga, M. (2009). Los mapas mentales como estrategia para potenciar el aprendizaje significativo. *Revista Conversaciones pedagógicas.* Universidad Católica de Oriente UCO.