



Universidad Nacional de La Plata
Especialización en Docencia Universitaria

TRABAJO FINAL

Título:

**“Entre el deseo y la realidad”:
las relaciones entre el perfil del egresado postulado
y el efectivamente alcanzado en la carrera de
Medicina de la Universidad Nacional de La Plata.**

Directora: Profesora Mg. María Gabriela Marano

Alumno: Dr. Gustavo Marín

Año 2011

INDICE

Título	1
Capítulo 1. Presentación	3
Exposición del Tema	7
Hipótesis	13
Objetivos	14
Capítulo 2. Marco Teórico	16
La formación de los médicos	16
Perfil de ingreso y egreso	22
Opción para egresados: La Residencia	27
Opción para egresados: la opción laboral	32
Capítulo 3. Aspectos Metodológicos	37
Capítulo 4. Resultados	41
Discusión y Propuestas	63
Referencias Bibliográficas	72
Anexos	77

CAPÍTULO 1: PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

INTRODUCCIÓN

Las distintas sociedades a lo largo de la historia han creado y sostenido instituciones educativas para dar satisfacción a determinadas necesidades, y lo han hecho de acuerdo a los principios y circunstancias que conforman su organización social. Cada sociedad se forma un cierto ideal del hombre y de lo que éste debe ser, tanto desde el punto de vista intelectual como físico y moral¹. Este ideal es, hasta cierto punto, el mismo para todos los ciudadanos; aunque llega a diferenciarse según los diferentes entornos y contextos que toda sociedad lleva en su seno. Es ese ideal, lo que constituye el foco de la educación. Este tiene, pues, por función suscitar en los individuos un cierto número de “estados físicos y mentales” que, por una parte, la sociedad a la que pertenece considera que no deben estar ausentes en ninguno de sus miembros; y, que por otra, el grupo social particular (castas, clase, familia, profesión) considera igualmente como fundamental entre sus integrantes. Así, es la sociedad, en su conjunto y cada medio social en particular, quienes determinan ese ideal que la educación realiza. Se deduce de esto que, la educación responde antes que nada a necesidades sociales, pero también a un derecho individual a educarse y a considerar a la educación como bien público y derecho social. Posteriormente, cada sujeto transitará con un modo propio en su dimensión subjetiva, ese proceso propuesto socialmente. La vida en sociedad implica pues una cierta homogeneidad, cierto lazo en común, ciertas experiencias sociales compartidas y es la educación quien perpetúa y refuerza esta homogeneidad. Asimismo, toda cooperación sin una cierta diversidad, sería imposible de imaginar y es justamente la educación la que asegura la persistencia de esa diversidad necesaria¹.

En ese modelo de sociedad, la Universidad posee una responsabilidad social innegable, ya que resulta un faro permanente el cual es tomado como referente por los distintos actores sociales. Con una forma de gestión que se define por la relación ética y transparente de la institución con todos los públicos con los que se relaciona, y por el establecimiento de metas institucionales compatibles con el desarrollo sostenido de la sociedad, preserva los recursos ambientales y culturales de las generaciones futuras, respetando la diversidad y promoviendo la reducción de las desigualdades sociales. Esta responsabilidad se observó en las Universidades

Argentinas desde la Reforma de Córdoba de 1918 con su espíritu de “Proyección Social y Extensión” ya que la universidad se vinculaba con la sociedad desde un enfoque unidireccional, influyendo en ella sin generar vínculo recíproco aunque auto generándose un compromiso para con las necesidades sociales de modo desinteresado. En los últimos años, este vínculo se ha modificado, por cambios en ambos actores (la universidad y la sociedad) haciéndose más bidireccional.

Aún con estos cambios, las universidades atraviesan en la actualidad, claros cuestionamientos en relación con la calidad en el desempeño de sus funciones tradicionales. Las instituciones universitarias son cuestionadas bajo la objeción de que el modelo universitario vigente se encuentra agotado en relación con el contexto actual en la denominada “sociedad del conocimiento”.

Los cambios suscitados en el transcurso de las últimas décadas a través de los procesos de reforma afectaron la fisonomía del sistema universitario nacional transformando sus prácticas académicas y de investigación, dando respuestas a diferentes demandas que provenían desde afuera de sus ámbitos tradicionales de emergencia.

La vinculación de la universidad con la ciencia no es unívoca ya que en las sociedades contemporáneas la investigación científica y tecnológica se lleva a cabo también en otros espacios institucionales, mientras que la formación académica claramente es reconocida como potestad universitaria.

Siguiendo en esta línea de análisis se puede sostener que si una de las funciones sustantivas de la universidad es la producción y reproducción del conocimiento, la formación de recursos humanos se convierte entonces en una herramienta fundamental de la vida universitaria.

Hoy resulta claro que la sociedad toma un rol activo generando demandas hacia la universidad en cuanto a nuevas carreras o áreas de trabajo, investigación, o extensión, que den cuenta de algunas de sus necesidades. La universidad también acepta y fomenta ese ida y vuelta con la sociedad, y se aleja de aquella visión iluminista de principios del siglo XX. Acepta además que la comunidad tiene saberes populares y lejos de combatirlos, los incorpora al interior de su seno. El conocimiento se abre pues a otras formas que no sean estrictamente el sentido disciplinar en proceso de producción descontextualizado de la realidad. La autonomía del investigador, la investigación científica y el desarrollo, otrora defendido a rajatablas, hoy no se encuentra tan bien vista y se traduce en cierta irresponsabilidad social

frente a la imposibilidad de aplicación de los conocimientos si los mismos carecen de relación con el medio y la comunidad que los rodea. De Sousa Santos^{1,2} afirma al respecto que el conocimiento universitario (el ethos universitario) se desestabilizó en las últimas décadas dando paso a un período de transición organizado en base a la aplicación de sus productos. Es como si existiese ahora un acuerdo entre investigadores/académicos y usuarios para el uso de los saberes en ámbitos extramuros de la Universidad.

Por ser la educación un proceso que repercute social, económica y políticamente en los planes nacionales de desarrollo, resulta necesaria una planificación educativa referida a una currícula que garantice lograr el perfil del egresado deseado, acorde con las necesidades de la sociedad⁴.

El término currícula es polisémico; es decir no existe un consenso acabado en cuanto a lo que es ni a los elementos que lo integran. Según los lineamientos de Alicia de Alba⁵ a una currícula se la define como una síntesis de elementos culturales (conocimientos, valores, costumbres, creencias, hábitos) que constituyen una propuesta político-educativa que es pensada e impulsada por diferentes grupos y sectores sociales con intereses diversos y contradictorios, aunque algunos tiendan a ser dominantes o hegemónicos, y otros tiendan a oponerse y resistirse a tal dominación.

A esta síntesis se arriba a través de diversos mecanismos de negociación e imposición social⁶. La propuesta queda conformada pues por todos esos aspectos estructurales-formales y procesales-prácticos, así como por dimensiones generales y particulares que interactúan en el devenir de la currícula en las distintas instituciones sociales educativas⁵.

El perfil, tanto del ingresante como del egresado, es un elemento central y un producto de esa currícula seleccionada. Existe una relación estrecha entre estas dos unidades. En primer término, se plantea un perfil de ingreso, el que idealmente el aspirante deberá cubrir en su totalidad al finalizar la carrera según la propuesta de su unidad formadora; suponiendo que a través del curso del plan de estudios se generarán y adquirirán los suficientes conocimientos, habilidades, actitudes y valores para alcanzar el perfil de egreso en el campo de la disciplina que corresponda más allá del perfil que se tenga en el momento de acceder a la casa de estudios.

Una visión que aporta a una mirada sociológica en el análisis de las disciplinas y los profesionales es la de Pierre Bourdieu⁷ quien introduce el concepto de “campo” el cual que hace referencia a “espacios estructurados de posiciones (o de puestos) cuyas propiedades dependen de su posición en dichos espacios y pueden analizarse en forma independiente de las características de sus ocupantes (en parte determinados por ellas)”. Así, en todo campo se encontrará un interés específico, un capital específico, “algo en juego” y una lucha por conservar o subvertir la estructura de la distribución de ese capital específico que incidirá directamente en direccionar los campos de las distintas disciplinas. Bourdieu identifica tres clases fundamentales intereses: el económico, el cultural y el social. Cualquiera de estos intereses se constituirá como tal, siempre y cuando exista la creencia de que resulta importante para dicho campo en particular. En el campo de la atención médica por ejemplo, las políticas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, conocidas como *estrategias de Atención Primaria*, dieron clara evidencia de tener un mayor impacto sanitario y mayores beneficios para la Sociedad, que una Atención de la Enfermedad (política curativa-reparadora)⁷. Aún con esta evidencia, los médicos se resisten a las estrategias de promoción y prefieren una atención a demanda y curativa, cuando se les permite elegir el modo de efectuar la prestación⁸. Son entonces los médicos quienes según la visión Bourdieu, alejándose de la prevención y promoción de la salud y aplicando una práctica curativa-reparadora de la enfermedad, ocupan una posición privilegiada en el campo de la salud, acumulando capital cultural más específico y un mayor capital económico.

El presente trabajo se desarrolla en dos planos. Por una parte, se analizan las relaciones que existen entre el perfil del egresado deseado (aquel postulado en la currícula oficial de nuestra unidad académica) y el perfil del profesional logrado entre los estudiantes de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata⁹. Se asume que puede no haber una concordancia perfecta entre los perfiles dado que uno es del orden de una planificación y el otro de la acción; sin embargo, se espera que al menos haya cierta correspondencia. Por otro lado, se indaga respecto a la elección de los graduados en cuanto a continuar su formación futura con una perspectiva según el perfil deseado por la unidad académica desde la que se egresa (perfil generalista) o bien si se inclinan por un

perfil distinto (ej: de especialista) y las razones que se esgrimen para fundamentar esa elección.

EXPOSICION DEL PROBLEMA

El *Problema*: La Facultad de Ciencias de la UNLP pretende (según se enunció en las presentaciones realizadas ante el Ministerio de Educación y la CONEAU)⁸, lograr que sus egresados tengan un perfil de Médico General que, entre otras cosas:

- Esté capacitado en conocimientos habilidades y actitudes necesarias y en saber desarrollar estrategias de aprendizaje autónomo que le permitan capacitarse en una ulterior especialización de postgrado, que el medio y su inquietud personal le reclamen.
- Sea capaz de brindar con un alto sentido de responsabilidad social, su participación activa en la promoción de la Salud, en la prevención, en el diagnóstico, en el tratamiento, con énfasis en las enfermedades prevalentes, y en la rehabilitación de los pacientes.
- Utilice el método científico y el trabajo en equipo para su tarea de asistencia, docencia y de investigación.
- Reconozca y asuma la importancia de la investigación básica, clínica y socio-epidemiológica en la práctica médica.
- Esté dispuesto a la autoevaluación y a la evaluación por pares de sus capacidades.

Tanto la Organización Mundial de la Salud⁵, como los referentes de Salud pública¹⁰⁻¹⁵ y el propio Sistema de Salud Local requiere exactamente ese mismo perfil profesional según lo expresado por el Ministerio de Salud Provincial^{16,17} y por los municipios de la región. Por tanto, se abren vacantes (becas, puestos y contratos) periódicamente para ser cubiertas para dichos perfiles. No obstante, a pesar de existir un gran número de médicos (entre 350 y 450 en promedio) que egresan anualmente de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, las vacantes tanto de las Residencias Médicas acorde con el perfil solicitado (Médico Generalista) quedan sistemáticamente sin cubrir.

Es decir, que a pesar de una formación que en su enunciación teórica, resulta adecuada para aquello que el mercado laboral demanda, el egresado decide no ocupar dicho espacio en el mercado.

Si el mercado demanda lo mismo que se pretende formar y los egresados no ingresan a la oferta laboral brindada, el problema podría originarse en una discordancia respecto al tipo de profesional formado por el Sistema de Educación Superior (Facultad de Ciencias Médicas) y aquél demandado por el Sistema de Atención de la Salud (Sector Público). Existe una larga tradición universitaria de formación profesional que se percibe en el currículum oficial pero al que también se le suma el currículum oculto, yendo ambos que van de la mano de representaciones sociales muy asentadas sobre la preeminencia de la formación de un profesional volcado a las especialidades por sobre la perspectiva de los profesionales generalistas⁶. A modo de hipótesis, se postula que es posible pues, que exista una desviación del espíritu expresado originalmente por nuestra Unidad Académica respecto a sus propios objetivos deseados de formación de médicos generalistas con perfil para la atención primaria de la salud. Estos aspectos que podrían trasuntarse en una aparición en el currículum oculto y en un proceso formativo del estudiante que contrarresta el espíritu inicial, los cuales generarían una formación de egresados con un perfil de especialista, distinto al deseado.

Teniendo en cuenta estos planteos, los aspectos a abordar en el presente trabajo serían:

- Las características que poseen los ingresantes y egresados de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP y el rol que estas características puedan tener en la elección de la formación futura.
- El grado de asociación concordancia entre el perfil de profesional deseado por la Unidad Académica Ciencias Médicas de la UNLP y el perfil efectivamente logrado por dicha casa de estudios.
- Por otro lado, la elección por parte de los egresados de nuestra casa de estudios, de alternativas laborales relacionadas al perfil profesional buscado (ejemplo: Medicina Familiar/General) y el análisis respecto a cuáles son las significaciones alrededor de esas decisiones y su asociación con la formación o bien con las representaciones sociales vigentes que puedan llegar a privilegiar a alguna de las alternativas (Medicina General u otras especialidades).

Es decir, que el análisis del presente trabajo pretende discernir si los puestos de Medicina General son o no preferidos por los egresados y en caso de no serlo, si esta elección profesional se debe a una característica y voluntad individual que se los egresados poseen desde su ingreso a la facultad; a la formación recibida, o bien a que el mercado laboral no estimula su selección (en relación al tipo de empleo ofrecido, sueldo, etc).

Antecedentes sobre el tema/problema a intervenir:

Desde las primeras civilizaciones la Medicina fue considerada un arte que se fue transmitiendo de generación en generación: los papiros del Antiguo Egipto, textos sagrados, el código hipocrático, los tratados de Celso, Galeno, la evolución de la universidad en la Edad Media y el paso de la atención en los hogares hacia el hospital a fines del siglo XIX como modo de centralizar los avances y descubrimientos en un solo lugar físico y al alcance de todos. Todo respondía a la necesidad de transmitir unos conocimientos vitales para ser utilizados a favor de las sociedades. La educación médica de la modernidad pasó entonces a ser una verdadera educación y no ya un simple “entrenamiento”. Como sistema pedagógico la actividad universitaria post-medieval y el médico renacentista se formaron con fundamento en las ciencias biológicas y en el método científico, en las ciencias sociales, en el humanismo y en la ética. Esto quiere decir que se dio una mayor universalización del conocimiento médico, tendiente a fortalecer los aspectos de la cultura general y de la ética, y a la comprensión de los factores genéticos, ambientales y culturales y las tendencias socio-económicas y políticas que determinaron tanto los perfiles epidemiológicos como los patrones de práctica médica y de atención de la salud en las que se basa la medicina de nuestros días.

Ya en el siglo XIX incorporó un sentido de responsabilidad social. La excelencia académica si bien fue el supremo objetivo de las facultades de medicina, existió un componente de servicio público al formar un “buen médico”, para que éste pueda ser un importante herramienta social.

Ya en nuestros tiempos, la educación médica post-moderna se constituyó en la búsqueda de una integración costo/eficiente y costo/efectiva durante los años que toma la formación de un médico y que a su vez suministra información e instrumentos intelectuales para convertir al estudiante en un estudioso vitalicio, en

un adquiridor permanente de conocimientos. Ello requiere el pleno desarrollo de su capacidad para manejar la información científica y consolidar el pensamiento crítico, por lo cual los planes de estudio debieron incorporar nuevos elementos como la cibernética y las ciencias de la computación como medios pedagógicos continuos para la formación permanente. La informática biomédica, concebida como manejo del conocimiento, fue entonces la nueva epistemología y la base de la nueva pedagogía en las Facultades de Medicina.

Pero en medio de esta revolución de las comunicaciones y de las nuevas formas de acceso a toda clase de datos, se sucede el nuevo fenómeno que confunde la educación como experiencia viva en una atmósfera de actividad intelectual creativa con una "educación" entendida como el simple acceso a un ciberespacio rebotante de información buena o mala.

Como profesión, la medicina debe ahora ser enseñada en un ambiente universal y multidisciplinario de investigación y creatividad intelectual. La medicina como actividad intelectual se enseña en una universidad y la aplicación de su aseveración teórica, o sea su metodología procedimental, se aprende fuera de ella, en el hospital, en los consultorios y en los programas comunitarios y extrahospitalarios; los cuales se constituyen en escenarios educativos alternativos para la formación del médico.

Se puede decir entonces que el cuerpo de conocimientos de la Medicina es pues enorme y creciente que hoy no puede ser adquirido por una persona en su totalidad, como sí lo fue a comienzos del siglo XX, cuando la medicina era un mero oficio. Por consiguiente, las Facultades de Medicina deben concebir ahora planes de estudios flexibles y versátiles que hagan posible la emergencia de una formación diversificada, diferente y adicional al producto uniforme logrado habitualmente en el pasado.

Se reconocen ahora estándares que definen el conocimiento médico, las habilidades clínicas, las actitudes profesionales, el comportamiento y la ética como valores universales necesarios para la práctica médica, los cuales deben constituir el fundamento de los planes de estudio para asegurar la posesión de las competencias correspondientes por parte de los egresados. Estos aspectos representan los requisitos mínimos que debe cumplir una Facultad de Medicina que busque la acreditación de la CONEAU.

La organización social contemporánea y las nuevas modalidades de prestación de servicios de salud reforzaron estos cambios profundos en el ejercicio de la Medicina, creándose nuevas condiciones como la ruptura de la relación de agencia entre el médico y el paciente, el surgimiento de los pacientes como clientes o consumidores y las complejas implicaciones de un nuevo contrato social. De los patrones tradicionales del ejercicio médico liberal, la Medicina pasó a una modalidad de administración externa, a una práctica médica de tipo corporativo, donde predominan factores de carácter económico en la concepción de la atención de la salud.

En el siglo XXI nos enfrentamos pues con circunstancias radicalmente distintas: una medicina más burocratizada, un rol social pobremente reconocido, una universidad más estructurada y tecnológicamente mucho más avanzada. Sin embargo, los estudiantes poseen la misma necesidad de adquirir esos conocimientos y esas habilidades que harán de ellos en seis años los médicos que merece y espera nuestra sociedad¹⁸.

Esos médicos, en el desempeño de sus quehaceres, son los que incidirán en lo máspreciado que tienen los seres humanos: su vida y su salud. Por tanto, convertirse en médico significa mucho más allá que terminar los estudios de Medicina o la formación del posgrado; significa adquirir una nueva forma de vida, muy vocacional, con una impronta que es característica de esta profesión.

Tan básico es pues la forma de enseñanza de contenidos y competencias relacionadas a la profesión médica, como lo valioso que significa las motivaciones que llevan a los jóvenes a seguir la carrera de Medicina y el perfil que se logrará en el futuro profesional¹⁹.

Existe hoy una necesidad en el sistema de salud para que se formen médicos idóneos en la atención primaria de salud con una sólida preparación que le permita 'saber' y además 'saber hacer' para conducir exitosamente el proceso de atención a la familia y a su sociedad²⁰⁻²⁵. Es esa sociedad la que también le exige a las universidades y al mercado que establezcan normas particulares de ejercicio profesional. Sin embargo, resulta difícil lograr adaptar los contenidos y metodología de la enseñanza de pre-grado a estas nuevas demandas, aún en países en los cuales la educación médica depende de las autoridades sanitarias²⁶.

El giro del sistema de salud hacia la atención primaria de la salud y la atención ambulatoria no ha tenido una contraparte de las universidades en la

formación del médico. En las experiencias de aprendizaje y en la generación de expectativas de los alumnos se suele priorizar el ámbito hospitalario por sobre el primer nivel de atención, ya que la mayoría de las cursadas de las distintas asignaturas se realiza en nivel de mayor complejidad²⁷.

Por otro lado, la metodología de enseñanza pretende basarse en competencias, aunque el modelo más difundido y el mayoritariamente utilizado en la actualidad en nuestras aulas sigue siendo el modelo expositivo basado en un programa de contenidos teóricos.

No obstante, el contacto precoz con el medio asistencial ha demostrado ser un elemento claramente positivo para la formación Médica²⁸. La experiencia precoz ayuda a que los estudiantes adquieran numerosos objetivos afectivos, como la empatía hacia los pacientes y la construcción de una autoconciencia, lo cual contribuye a su satisfacción con el plan de estudios. Además, esta práctica les da mayor confianza en su relación con los pacientes y la comunidad y les permite comprender cómo funciona el sistema sanitario y las técnicas básicas de comunicación y de exploración²⁹.

Desde 1997, las facultades de medicina argentinas que pretendieron obtener la acreditación por la CONEAU como una suerte de certificado en el 'campo de la excelencia', debieron recordar que tal reconocimiento comporta también la exhibición plena de su responsabilidad social institucional. En el ámbito de la salud, ello conlleva a que la unidad académica garantice que sus egresados utilicen en el ejercicio de su profesión, las competencias incorporadas durante su etapa formativa para mejorar la salud de los ciudadanos y de la sociedad toda.

En las últimas décadas, la calidad de la educación de las profesiones de la salud en el mundo ha mejorado progresivamente con la introducción de medidas educativas³⁰, entre las que se pueden destacar: la planificación de los programas, el aprendizaje basado en problemas, la formación multidisciplinaria, la inmersión temprana en la comunidad y en la atención primaria, los enfoques centrados en quien aprende, el desarrollo académico del profesorado, la investigación educativa y, recientemente, la introducción de las tecnologías de la información y la comunicación.

Estas innovaciones no han logrado, sin embargo, evitar la crisis global que afecta el desarrollo de los recursos humanos del sector sanitario (en Argentina y en

el mundo) y que se manifiesta a través de fenómenos como el déficit cuantitativo de personal, los desequilibrios entre los egresados y necesidades prioritarias de la población, las insuficiencias en la atención primaria, la migración profesional, el déficit en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud, el escaso compromiso ciudadano con su propia salud y la escasez de incentivos para promover la cooperación con el sector social en aras a obtener un mayor impacto sobre los determinantes de la salud. Esto deriva hacia el mercadeo de los servicios a expensas de los ideales profesionales, la pérdida de confianza en ellos por parte de la administración y la desmotivación de los nuevos profesionales de la salud para con las tareas sociales relacionadas con la profesión³¹.

Esto se trasunta al momento del egreso, en una falta de cobertura de los cargos de residencia provinciales y puestos municipales para médicos generalistas y pediatras que año tras año se observa en las convocatorias.

No existe, sin embargo, una evaluación conocida de los egresados de Ciencias Médicas de la UNLP sobre la implicancia que tiene el perfil de formación del reciente egresado con las elecciones personales en cuanto al futuro del profesional. Es interés de este trabajo, analizar este punto y poder elaborar conclusiones que aporten elementos para poder acercar la formación del profesional medico a las necesidades de la Sociedad y del Sistema Sanitario.

Recorte del Problema: Se realizará un abordaje circunscripto a la Universidad Nacional de La Plata, a la Unidad Académica “Facultad de Ciencias Médicas” y a los egresados del período comprendido entre los años 2003 al 2009.

HIPÓTESIS

El perfil de egresado de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, no reflejaría el perfil postulado por la Unidad Académica. Esta falta de correlación radicaría en una serie de elementos que están socialmente presentes en las representaciones sociales propias de cada estudiante cuando ingresa pero también en la formación educativa que recibe de su Facultad, cuyas prácticas institucionales

y de enseñanza a lo largo de la Carrera, la llevan a formar egresados con un perfil contrario al postulado en sus bases.

OBJETIVOS

Propósito:

Aportar a la Formación de un Profesional de la Salud acorde a las necesidades del Sistema Público de Salud mediante una objetivación del perfil del médico formado por el sistema educativo y de las características del médico que necesita el sistema de salud, a fin de elaborar una propuesta de adecuación del primero a los requerimientos del segundo.

Objetivos de Investigación:

Objetivos Generales:

Analizar en qué medida el Perfil del profesional de la salud egresado se relaciona con los objetivos Institucionales de la Facultad de Ciencias Médicas.

Establecer las características de las trayectorias estudiantiles conformada entre el cursado de la carrera de Medicina y los procesos de selección de la Residencia de Medicina General.

Objetivos Específicos:

a- Distinguir el perfil de médico propuesto por la facultad de Ciencias Medicas de la UNLP así como el propósito, la orientación y a propuesta docente que plantea dicha Unidad Académica para cumplir con el perfil elegido.

b-Evaluar la opinión de los docentes de Ciencias Médicas respecto a la formación de grado en la carrera de Medicina.

c-Determinar las expectativas con las cuales ingresa el alumno de la carrera (ingresantes 2009), respecto a sus expectativas respecto a su futuro ejercicio profesional.

d- Establecer los intereses y expectativas profesionales de los médicos recientemente egresados (2008-9) de la Carrera de Medicina.

e- Evaluar el desempeño de los egresados de Medicina en los distintos tipos de preguntas realizadas en el examen de Residencia 2009-2010.

f- Determinar el tipo de cargo de residentes provinciales (puestos de generalistas vs. especialistas) seleccionado por los egresados de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP en los últimos 5 años.

g- Ponderar la tasa de ocupación de las vacantes y cargos cubiertos en las convocatorias realizadas desde el ámbito municipal y provincial para puestos laborales con perfil generalista y con perfil de especialista durante el año 2008 y 2009.

Organización del trabajo:

El presente trabajo se organiza alrededor de los cuatro capítulos que componen el mismo. El primer capítulo consta de la presentación del tema, su justificación, objetivos e hipótesis de trabajo. En capítulo 2 se describe el marco teórico de la investigación, en el cual se aborda la formación profesional, el sistema universitario y el perfil planteado y el logrado. Luego, en el capítulo 2 consiste en las estrategias metodológicas que sustentará este trabajo. En el cuarto capítulo se analizan los resultados derivados del trabajo y finalmente, se exponen las conclusiones del trabajo de investigación.

CAPÍTULO 2:

EL MARCO TEÓRICO

La formación de los médicos

A principios del siglo XX, existían muy pocos médicos para una cantidad de población de Occidente, lo cual se asoció a un bajo acceso a la atención de las enfermedades de la época. Por esta razón, la formación médica requería una manera de docencia que permitiera, incrementar de manera exponencial la cantidad de profesionales en un breve período de tiempo. Es así que la Escuela Francesa de Medicina, basó su estrategia en la concurrencia de estudiantes a clases magistrales brindadas por profesores altamente reconocidos en la esfera científica.

En las décadas del '70 y '80, la demanda de la población cambió, requiriéndose la prevención de las enfermedades prevalentes y una promoción y mejora en el estado de salud de los pueblos. El encuentro de Alma Ata y la Carta de Ottawa son un reflejo de esos tiempos³². En ambas se expresa la necesidad de basar los esfuerzos sanitarios en evitar la enfermedad con acciones de promoción, la mejora de la calidad de vida y la prevención primaria y secundaria de las enfermedades³².

En los años '90, se impusieron los cambios sobre la calidad de la atención de la salud, en búsqueda de mayor eficiencia y equidad (OMS, 1996) dejando su impronta en las carreras de Medicina mediante la adecuación de los perfiles profesionales que forman a las nuevas demandas y a las necesidades de atención de la salud de la población, en el contexto de cada país. Ello implicó, básicamente, formar nuevas y variadas competencias profesionales, entendidas como la conjunción de conocimientos, destrezas y actitudes, que garanticen prevención de enfermedades mediante una atención de calidad, de acuerdo a estándares establecidos en cada región o país. Fueron las instituciones formadoras las que debían garantizar en sus graduados tales perfiles.

La tendencia general evidenciada por los graduados en investigaciones realizadas en nuestro país¹⁰ asigna una mejor evaluación a las materias biológico/clínicas que a las sociales y prevalece la formación teórica a la formación

práctica en los estudios de grado. Ello, no parece responder, exclusivamente, a las particularidades de las carreras de Medicina en cuanto al cumplimiento de sus objetivos educacionales, sino que, en gran medida, tanto estudiantes como los nuevos graduados, por lo general, carecen de práctica profesional, y los conocimientos adquiridos en las distintas Unidades Académicas no se trasuntan al menos en el breve lapso, en las aplicaciones o soluciones que la Comunidad requiere³³.

Este es un aspecto importante a considerar cuando se desea evaluar la calidad y la pertinencia de la formación que se imparte, ya que en la educación médica del siglo XXI se asigna un valor preponderante a la formación práctica, como estrategia para la adquisición de las competencias clínicas, particularmente en el período de profesionalización de la carrera. Se basa en el concepto de competencia como el "saber hacer" y en el principio del "aprender haciendo" que no se reduce a la rutinaria repetición de procedimientos, sino a la construcción del conocimiento mediante la acción y la reflexión sobre la propia acción y el trabajo en el terreno de la propia comunidad. La valoración de la práctica profesional en la formación académica es un rasgo común de todas las profesiones en general³⁴, y de la de la medicina en particular (tabla 1).

¿Es que el grado de aplicación en el desempeño profesional, de los conocimientos adquiridos en los distintos niveles de estudio se relaciona con la pertinencia de la enseñanza que se imparte? Algunos estudios efectuados³⁵, consideran que los conocimientos adquiridos en el pre-grado son predominantemente teóricos y aquellos que se adquieren en las Residencias Médicas por ejemplo, poseen un carácter eminentemente práctico, y son los de mayor aplicación en la práctica profesional. La evidencia muestra que existen deficiencias en los recientes graduados respecto a la formación de un conjunto de competencias, consideradas hoy como relevantes en la educación médica y que se vinculan con las dimensiones sociales del ejercicio de la Medicina³⁶. Existen en los egresados de Ciencias Médicas que acceden a los puestos de Residencia Médica, falencias en competencias tales como la capacidad para abordar los aspectos sociales, éticos y legales de la medicina e identificar riesgos. En las Universidades en la que existe la Carrera de Medicina, las materias que abrevan a aspectos preventivos son menos del 14% del total de la currícula^{9,37,38}.

Tabla 1: Nuevas competencias de los profesionales de la salud

	Planificación Educacional	
	Basada en Estructura y Proceso	Basado en la Competencia
Fuerza que guía el currículum	Adquisición de conocimiento factico	Aplicación de conocimientos
Fuerza que guía el proceso	Docente	Estudiantes
Sentido del aprendizaje	Jerárquico (docente-aprendiz)	No-jerárquico (docente-aprendiz)
Responsabilidad por el contenido	Docente	Estudiante y docente
Meta de las actividades	Adquisición de Conocimiento	Aplicación de conocimiento
Método típico de evaluación	Medida única subjetiva	Múltiples medidas objetivas
Ambiente de evaluación	Teórico	"en la trinchera" (obs. directa)
Evaluación	Referenciado a norma	Referenciado a criterio
Tiempo de la Evaluación	Énfasis en lo sumativo	Énfasis en lo formativo
Duración del programa	Tiempo fijo	Tiempo Variable

Fuente: A Novel Outcome-Based Educational Model and its Effect on Student Learning, Curriculum Development and Assessment. J Inform Techn Educ. 2003; 2: 203-219³⁹.

Una encuesta realizada entre graduados de la Facultad del Medicina de la Universidad del Noreste³⁶ mostró qué tipo de percepción tenían los graduados respecto a los modelos de formación médica. Se consideran que han sido mejor capacitados en aquellas competencias que se podrían considerar más directamente vinculadas a un modelo médico tradicional, tales como la realización de procedimientos médicos básicos y las actividades diagnósticas³⁶. Entre estos mismos jóvenes existió una marcada influencia de sus docentes que los llevó a volcarse hacia las especialidades médicas (77%) al momento de elegir su Residencia³⁷.

El nuevo enfoque de la formación médica, que asigna un valor prioritario a las dimensiones sociales y humanas de la profesión médica, requiere, sin lugar a dudas, una formación sistemática basada en los principios y las normas de las disciplinas bioética, cuyo desarrollo se impone ante los vertiginosos avances de los conocimientos y las tecnologías biomédicas.

La carrera de Medicina y el sistema universitario.

Si recurrimos a la historia, podemos decir que en América Latina las universidades fueron creadas en la época de la colonia con excepción de Brasil, que creó su primera universidad en 1920. En Argentina la Universidad Nacional de Córdoba fue fundada en 1613 y la Universidad de Buenos Aires en 1821. La

universidad colonial hispánica, señorial y clasista como la sociedad a la cual servía y de la que era expresión, estuvo dirigida a la formación de sacerdotes y agentes de gobierno. Con las luchas por la independencia se abrió ampliamente las puertas a la influencia de la ilustración francesa, llevando a la sustitución del modelo de la Universidad Colonial por el de la Universidad Francesa Napoleónica. Pero la Universidad Latinoamericana si bien heredó la tendencia a generar escuelas autárquicas, a estimular el profesionalismo, la convicción de erradicar la teología y la introducción del culto positivista, conservó su modelo de universidad patricia, que preparaba a los hijos de los hacendados, de los comerciantes y de los funcionarios para el desempeño de los cargos políticos-burocráticos. La Reforma de Córdoba en 1918 –se constituyó en el acontecimiento que dio origen y proyección a un movimiento de alcance internacional vinculado a la idea de “República Universitaria- fue el primer cuestionamiento serio a ese modelo de Universidad, asociado al ascenso de las clases medias urbanas, reforma que replanteó profundamente las relaciones entre la universidad, la sociedad y el Estado.

El concepto de autonomía que instaló la Reforma era muy amplio: implicaba el reconocimiento del derecho de la comunidad universitaria a elegir sus propias autoridades, la libertad de cátedra, la designación de los profesores mediante procedimientos puramente académicos, la dirección y gobierno de la institución por sus propios órganos directivos, la aprobación de planes y programas de estudio, la elaboración y aprobación del presupuesto universitario, etc. Pero a pesar de este espíritu democrático imbricado en el primer tipo de reformas la universidad siguió siendo sólo para una elite; alcanzando a incluir sólo al 15% de los jóvenes entre 20 y 24 años. Se produjo una segunda generación de reformas durante los años cincuenta y ochenta, fundamentalmente como reflejo de tensiones políticas internas e internacionales, pero los cambios más notables del último siglo fueron los de la década del 90 – las denominadas reformas del mercado - que en el contexto de la redefinición del rol del Estado afectaron básicamente tres aspectos: el financiamiento (reducción de la inversión pública), la estructura jurídica (reestructuración del sistema con nueva legislación y normativa) y el rol del Estado en la responsabilidad sobre la educación (función social de educar) . Ya en el siglo XXI, en el mundo al que podríamos llamar “pos-industrial” presenciamos cómo el Estado abandonó paulatinamente su papel de proveedor directo de servicios públicos como la educación. Este repliegue va acompañado de la desestabilización de los sistemas

burocráticos de gobierno de “mando y supervisión”. A este respecto, se presentan dos opciones: la desregulación por medio de la privatización y la regulación indirecta mediante el Estado evaluador. Las Facultades de Medicina de la Argentina han optado por esta última opción, aunque con el número creciente de las universidades privadas creadas desde el menemismo a esta parte, podría decirse que ambas opciones están hoy vigentes en nuestro país.

Hoy, la masificación de la matrícula universitaria es un fenómeno que se observa no sólo en Argentina sino en varios los sistemas de educación superior en el mundo. La matrícula universitaria a nivel mundial pasó de 13 millones en 1960 a 79 millones en el 2000 y a 110 millones en el 2005. En nuestro país, en 1950, la tasa bruta de educación universitaria para la cohorte 20-24 años era del 5.2%; en 1988 ya era del 38.4% y el incremento de la matrícula entre los años 1980 y 1991, fue del 100%. Esta masificación de la matrícula, es ahora un proceso generalizado. Mientras algunos países se encuentran recién en la etapa inicial de este proceso otros se encaminan hacia la universalización de la cobertura, con tasas de participación superiores a un 75%.

Para avanzar en este proceso, los países usan diversas estrategias, expandiendo ya bien la matrícula pública, la matrícula privada o combinando ambas estrategias. De acuerdo a la categorización de Trow en los años 70 se puede decir que un sistema universitario deja de ser de minorías cuando un 15% del grupo en edad de cursar estudios superiores se hallaba matriculado en este nivel. En ese momento se convierte en un sistema de Educación Superior (ES) masivo³⁸. El segundo umbral se alcanzaba en el momento en que un 50% del grupo de edad correspondiente se hallaba matriculado en la educación superior; con lo cual se entraba en la etapa de universalización de la enseñanza superior. En la actualidad la mayoría de los países, con excepción de aquellos de ingresos más bajos, han atravesado el primer umbral y se encuentran en pleno proceso de masificación de su enseñanza terciaria mientras que solamente dos países—Corea y Finlandia—han ingresado a la etapa de universalización.

La tasa de matrícula es variable en Argentina con aproximadamente entre el 39 al 50% a los largo de las últimas décadas; entre 20 y 30 % en Brasil, México, Colombia, Cuba y menores del 20%, por ejemplo, en Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay. En Argentina, esa matrícula de la

educación superior en su conjunto (comprendiendo los subsistemas universitario y no universitario) pasó de 86.080 estudiantes en 1950 a 1.724.397 en el año 2000, creciendo en más de 20 veces y luego de 10 años de esa fecha, siguió su trayectoria ascendente.

Ayuda a este crecimiento que el solo requisito para el ingreso en las universidades argentinas sea la exigencia del certificado de estudios secundarios cumplidos (hubo 2 excepciones únicamente en la UNLP desde la aplicación de la Ley de Educación Superior, una de ellas ocurrida en el año 2011, que rindieron satisfactoriamente el examen para ingresar directamente a la universidad sin título secundario). Sólo en casos excepcionales algunas carreras adicionalmente incorporan una evaluación extra, la cual además de las calificaciones obtenidas en el nivel secundario, se convierte en un mecanismo adicional para el ingreso con condiciones más estrictas cuanto más solicitada sea la carrera. Ese es el caso de la **Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP**.

Pero La Plata no es la única excepción. En general, en nuestro país, los estudios de medicina son altamente requeridos, existiendo mecanismos variados desde ingreso directo o irrestricto a un curso y examen, ya mencionado para nuestra Facultad de Ciencias Medicas, pero también vigente el la Facultad de Medicina de la Universidad del Sur, donde ingresan anualmente un promedio de 60 alumnos, o bien en la Escuela Superior de Ciencias de la Salud dependiente de la Universidad Nacional del Centro, donde ingresan anualmente 70 alumnos.

El alumno de nivel medio cuando ingresa a una Institución Universitaria como la UNLP o otras de las nombradas, debe aprender el “oficio” de ser estudiante, o sea pasar de la etapa de novato a miembro “afiliado” de esa institución universitaria, con la cual deberá crear una relación de pertenencia e identidad. Se articulan así, las actividades propias de la formación con la participación, que cada vez parece un trauma en la figura del alumno, en la vida en la Universidad³⁹.

Una vez ingresado, el alumno es formado para lograr un egresado según el perfil que en dicha casa de estudios se le solicite. En el caso de nuestra Carrera de Medicina (UNLP) es el de “formar un profesional generalista capaz de llevar adelante una estrategia de APS en forma adecuada”.

Justamente, el presente trabajo consiste en evaluar si el perfil deseado por la facultad coincide con el de egreso. La percepción que los alumnos de Medicina en una muestra de las diferentes casas de estudio, demuestran que al egresar son

conscientes que no manejan la mayor parte de las actividades médicas de baja complejidad que les serán requeridas en la práctica médica en cualquier contexto y, teniendo en cuenta que las destrezas manuales no están incluidas en la currícula oficial (en el caso de la UNLP es el plan viejo, ya que en el plan 2004 ya se incluyen), quienes adquieren lo hacen en contextos extraoficiales no sistematizados como los famosos practicantados sin supervisión o control alguno por parte de las escuelas de Medicina. Ya después de los inicios de este siglo XXI, eso se ha modificado y se ha incorporado la Práctica Final Obligatoria (PFO) de aparición tan reciente que aún no está evaluada. A continuación se transcribe en forma textual, los resultados de una encuesta que afirma el comentario anterior para el caso de la Universidad de Buenos Aires (UBA) (tabla 2).

TABLA 2. Percepción de los alumnos sobre la capacidad de realizar e interpretar las destrezas adquiridas (expresadas en porcentaje, en orden decreciente)

	%		%
Extracción de cuerpos extraños	75,00	Exploración del llenado capilar en el lecho ungueal	35,00
Taponamiento anterior de una epistaxis	70,00	Interpretación de un electrocardiograma	35,00
Intubación traqueal	66,25	Interpretación de una radiografía simple de tórax	32,50
Punción venosa y colocación de vía intravenosa	58,75	Interpretación de una radiografía simple de abdomen	30,00
Punción lumbar	56,25	Exploración otoscópica	28,75
Toracocentesis y drenaje pleural	55,00	Exploración de senos paranasales	28,75
Pruebas funcionales respiratorias	55,00	Utilizar inhaladores y aerosoles	28,75
Colocación de sonda nasogástrica	53,75	Preparación de una nebulización	25,15
Colocación de sonda rectal	48,75	Administrar inyectables intramusculares	18,75
Colocación de sonda vesical	47,50	Administrar inyectables subcutáneos	16,25
Recolección de muestras	45,00	Administrar inyectables intradérmicos	13,75
Asepsia de heridas simples	43,75	Preparación de una solución hidroelectrolítica	11,25
Sutura de heridas simples	41,25	Interpretar un examen de laboratorio de sangre	08,75
Mantener permeable la vía aérea	40,00	Interpretar un examen de laboratorio de orina	07,50
Reanimación cardiopulmonar básica	37,50	Prescripción de una indicación terapéutica	06,25

Fuente: BURASCHI, Jorge A., DURO, Eduardo A., BURASCHI, María F. et al. Percepción de los alumnos de quinto año de medicina sobre algunas de sus competencias clínicas. Arch. Argent. Pediatr., sept./oct. 2005, vol.103, no.5, p.444-449⁴⁰.

Es decir, que llamativamente, muchos egresados se sienten capacitados para realizar e interpretar aspectos complejos de la carrera, pero no aquellos más sencillos y más importantes para actuar diariamente con sus saberes en la población.

El perfil de ingreso y egreso

El perfil de ingreso es el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores definidos para los aspirantes a ingresar a la carrera Universitaria elegida. Cada Universidad y cada carrera, le mandará a sus ingresantes características acorde con los estándares y expectativas de cada Sociedad en cada época.

El nivel de desarrollo alcanzado por la sociedad occidental en la actualidad impacta de diferentes formas en todas sus esferas, máximo cuando este desarrollo ha transgredido los marcos de una sociedad determinada para convertirse en un

fenómeno de carácter global; su origen, en última instancia, se produce en la esfera de la economía y se refleja en las diversas esferas de la sociedad en general -la política, las relaciones morales, la cultura o las ciencias-.

El desarrollo alcanzado por la información, la automatización y el transporte constituyen las bases tecnológicas que sustentan el proceso de aprendizaje que caracteriza al mundo en la actualidad; grandes volúmenes de información de todo tipo son asequibles a las masas en todo el mundo a través de las redes de comunicación.

Los medios de difusión masiva, que desempeñan un papel primordial en este fenómeno, transmiten constantemente códigos éticos y valores predominantes en los países emisores que, por lo general, son países desarrollados e inducen, constantemente, a una revisión de los valores establecidos para cada sociedad, en detrimento de sus costumbres, tradiciones y culturas propias, generando así una crisis mundial en el sistema de valores, la que reafirma el papel determinante en última instancia del factor económico y la relación de éste con la ética y la axiología en el mundo contemporáneo. La toma de conciencia de este fenómeno ha provocado que estudiosos del problema analizaran la crisis de valores al plantear perfiles esperados para sus estudiantes y miembros activos de la sociedad, que como problema universal, muestra su especificidad en nuestra área geográfica.

Es en este contexto en el que adquiere significativa importancia la educación y por lo tanto, se potencia el papel de la Universidad en sus tres vertientes -curricular y extracurricular; extensión e investigación-, por su incidencia en la formación de recursos humanos.

La comunidad pedagógica se plantea la necesidad de reforzar su labor educativa en todos los niveles de enseñanza, formación y desarrollo de valores. Este objetivo constituye uno de los más complejos problemas pedagógicos que enfrentan los docentes en la actualidad, pues para lograrlo, es necesario partir de un análisis integrador que se apoye en los aspectos psicológicos, pedagógicos, filosóficos, axiológicos y en su función reguladora de la conducta humana.

En correspondencia con ello, la enseñanza superior refiere la preparación del educando para una actuación laboral activa y transformadora de una realidad, lo que sólo es posible si el proceso formativo coloca al educando como sujeto y protagonista de su propia formación y adecuando la misma para el logro del perfil de egresado deseado.

Para alcanzar este propósito y con él una actuación profesional creadora, es necesario tener en consideración, el sistema de influencias educativas dirigidas al desarrollo de la esfera motivacional, como unidad de lo cognitivo y lo afectivo. Es en este aspecto donde se encuentra uno de los problemas principales en el proceso formativo de los profesionales de la Salud donde se observa que en los programas y documentos normativos de la actividad docente educativa, existe una proyección unilateral de los aspectos que componen esta unidad, desviándose fundamentalmente hacia lo cognitivo y no tanto a lo actitudinal⁴¹. Sin embargo, al egresado, la sociedad le exige ambos aspectos, situación para lo que supuestamente no fue educado, ni formado, ni preparado.

Este hecho, constituye el desafío más importante que presenta el colectivo pedagógico de la enseñanza de Ciencias Médicas para responder al contexto actual de las exigencias de la Sociedad, seleccionado en perfil adecuado a ese contexto y formando profesionales de la Salud según dichos lineamientos.

Resulta fundamental pues, demostrar el perfil con el que egresan los estudiantes y en caso de no coincidir con el perfil postulado con la Unidad Académica, determinar si la causa de esta discordancia estaba presente o no al momento de su ingreso a la carrera o bien son producto de un proceso formativo incapaz de obtener ese logro.

El concepto de “competencia” profesional

Una profesión es definida cuando la sociedad reconoce y circunscribe un cuerpo distintivo de conocimiento. El cuerpo profesional debe determinar cuáles son los estándares de competencia y los niveles de rendimiento esperados para su profesión. El proceso por el cual se busca reconocer que el estándar de competencia se ha alcanzado es la certificación. Con estos conceptos en mente se debe reflexionar sobre la evolución del concepto de competencia, de los criterios y métodos de evaluación y de cómo incide sobre la planificación curricular para un estudiante de la educación superior que se convierta en un futuro profesional de la salud.

A comienzos del siglo XX el modelo Flexneriano marcó un gran cambio en la concepción de la formación médica y la competencia. Los déficits educacionales, fundamentalmente en contenidos, llevaron a considerar que la mayor exposición a contenidos específicos, con énfasis en las llamadas disciplinas “científicas”

conducía, en un período determinado, a completar la formación del profesional. Este concepto hacia foco en los contenidos, los saberes necesarios para ejercer la profesión médica y se pensó que incrementándolos se podrían disminuir las falencias observadas en los egresados.

Con el correr del siglo y la introducción de conceptos provenientes de la psicología cognitiva y de las teorías de aprendizaje de los adultos, se comenzó a poner énfasis no sólo en los contenidos sino también en el proceso de aprendizaje. Las residencias médicas y la propuesta de CONEAU para el pregrado son claramente un resultado de estas conceptualizaciones. Un sistema basado en la competencia pone énfasis en los resultados de ese aprendizaje y en la evaluación que certificará haberlas alcanzado.

Ser “competente” significa entonces contar con una habilidad personal, nacida de la construcción de conductas complejas que se originan a partir del conocimiento, las destrezas y las actitudes. La competencia se compone pues de conocimiento, pero además de habilidades clínicas, atributos interpersonales, juicio clínico y capacidad de resolver problemas y habilidades técnicas. Aún resta completar la definición de estas categorías, qué es lo que se espera de este profesional, cuáles son los conocimientos y habilidades específicos que componen esta competencia, que necesitaría un estudiante saber al finalizar sus estudios de pregrado y de residencia. Varias técnicas han sido utilizadas para definir o convertir en términos operativos la competencia. La descripción de tareas por expertos corre el riesgo de ser demasiado idealista. En esta definición de categorías es necesario además considerar una serie de competencias nuevas exigidas a los profesionales de la salud como la capacidad de reflexión y autoevaluación y las habilidades para el trabajo en equipo.

El plantearnos una definición de competencia supone de algún modo un cambio en la planificación curricular. Significa determinar primero adónde se quiere llegar y luego diseñar el programa que permita alcanzar esas metas. Por otro lado, existen otros modos de planificación que da sustento a lo que se dio en llamar educación basada en los resultados (“outcome-based learning”) (tabla 1), que se caracteriza por:

- El desarrollo de objetivos de aprendizaje claramente definidos y publicados que deben alcanzarse antes de terminar la cursada.

- El diseño de una currícula, estrategias y oportunidades de aprendizaje que aseguren que se conseguirán los objetivos planteados.
- Un proceso de evaluación que es coherente con los objetivos de aprendizaje y una evaluación de los estudiantes en forma individual que asegure que ellos han conseguido los resultados esperados.

Si bien este enfoque ha tenido diversas críticas por su acento en los resultados, nos permite ver algunas ventajas como la relevancia, el ser fácilmente aceptable por docentes y estudiantes al verse claros los lazos entre el aprendizaje y la práctica, el proveer un marco claro y una guía directa para la evaluación. Este modelo puede usarse desde la generación global de la currícula, como para actividades puntuales que son relativamente fáciles de evaluar.

Otros postulados, de orientación pedagógica radicalmente distinta, como el de Paulo Freire⁴² reafirma algunos postulados ya que este pensador afirma que “no hay práctica que no deba ser evaluada”. Toda práctica dice Freire, “exige de un lado, su programación y por el otro, su evaluación. La práctica tiene que ser pensada constantemente. La planificación de la práctica tiene que ser permanentemente rehecha y es rehecha en la medida en que permanentemente es evaluada.” "...a partir de la aceptación de que no hay práctica sin ser evaluada, hay que discutir incluso democráticamente con los educandos (ejemplo: Centro de Estudiantes, FULP, etc); caminos de aprobación y reprobación, métodos de evaluar cada día más democráticos”⁴²

Cabe destacar que la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata cambió su plan de estudio, en post de cumplir con alguna de las competencias buscadas para los futuros egresados planteadas por otras facultades⁴⁰. Sin embargo, recién en el presente año (2011) podrían tenerse algunos egresados de ese “plan nuevo” y pasarán varios años en los que aún seguirán egresando los estudiantes del antiguo plan, con lo cual será difícil evaluar el impacto del cambio en el sector salud.

Si se piensa que los alumnos no logran aún adquirir por completo los saberes en el pre-grado, la opción en Medicina puede ser completar esa capacitación mínima necesaria para el ejercicio autónomo en otro nivel posterior como el de las residencias médicas.

Pero la baja relación de oferta/demanda para ese sistema de formación no es muy alentadora: por ejemplo, el Sistema de Residencias para la Salud ofrece capacitación rentada en 60 especialidades médicas distribuidas en hospitales

provinciales. Por ejemplo, se ofrecen anualmente 366 vacantes de residencias médicas básicas, para las cuales se presentaron 3.927 postulantes de universidades estatales y privadas, ingresando finalmente un 10% de las mujeres y el 7 % de los varones que se postularon. En Medicina General la situación no es mejor ya que existen apenas esbozos iniciales de formación específica de posgrado y la mayor parte de los médicos generalistas sólo cuentan con la opción de su formación de grado. Para la mayor parte de quienes ejercen la docencia médica es difícil imaginar que el producto de su trabajo (los recientes graduados) puedan asumir tareas médicas autónomas porque son concientes de que no han adquirido la capacitación necesaria que, en muchos casos⁴⁰, hasta cuentan explícitamente con que el posgrado en las residencias médicas completará esos vacíos de formación. Pero no es fácil imaginar qué tipo de tarea médica desempeñan ese 83% de graduados que no acceden a una residencia.

Opción para el egresado: La Etapa de Residencia

Las residencias médicas son el principal sistema de formación y certificación de postgrado en Medicina en la mayoría de los países. En la Argentina se instauran como parte de un programa de modernización de la enseñanza de la Medicina después de 1955. En otros países existe un consejo de acreditación para la educación de postgrado de los médicos que periódicamente actualiza los requerimientos básicos que debe tener una residencia de Medicina Interna. Así también, comprendiendo el rol fundamental de los residentes en la atención hospitalaria, se han desarrollado leyes y reglamentaciones para el trabajo diario.

En nuestro país, las primeras evaluaciones a este sistema de formación fueron muy positivas al principio de la década del 60 pero pronto comenzaron a aparecer algunas observaciones críticas sobre un desequilibrio entre la función asistencial y la educativa, como ser la baja presencia de los médicos en el hospital, el papel de los residentes y la necesidad de remuneraciones adecuadas para este grupo en formación.

En 1967 se creó el Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME) con el objetivo de supervisar las residencias y planificar el crecimiento de este sistema de formación. Este fue el primero de varios intentos de unificar y regular las residencias desde el Ministerio de Salud de la Nación, pero fue disuelto en 1974. Posteriormente, en 1979 se sanciona la ley 22.127 que establece la creación del Consejo Nacional de Residencias de la Salud (CONARESA) y recién luego de casi

20 años, en 1997 se ponen en funcionamiento las Comisiones Nacionales de Certificación, re-certificación y de acreditación de establecimientos asistenciales que recibirán residentes.

Desde esos tiempos iniciales hasta la actualidad las residencias en Argentina se han multiplicado, tanto en el ámbito público como privado, no contándose con un registro actualizado de las mismas.

En el 2006, mediante la resolución 450/2006 se legisla la necesidad de contar tanto con un registro nacional único de residencias acreditadas como de entidades evaluadoras de residencias que permita monitorear si las residencias ofrecen el ambiente propicio para adquirir las competencias que un médico requiere. Aunque el proceso parece haberse iniciado necesitaría tomar dinamismo, ya que algunas residencias crecen y se multiplican y otras se cierran o cesan su actividad temporalmente, lo cual hace difícil contar con un registro único y actualizado del estado de las residencias acreditadas de nuestro país.

El programa de residencias en la Argentina reconoce diferentes momentos históricos, que no difieren demasiado de lo que ha ocurrido en América Latina excepto en el detalle que las residencias en el resto de los países de la Región han contado desde el inicio con una fuerte presencia y tutoría de la universidad mientras que en Argentina está a cargo de los sistemas de atención hospitalaria pública y privada.

Las décadas de los '60 y '70 representaron un momento transformador en el que las residencias estuvieron asociadas a procesos de reformas y transformaciones de los modelos de atención; fueron momentos conflictivos y a la vez fértiles por sus consecuencias, ya que el tener residencia pasó a constituirse en un estándar de calidad de la atención médica tanto para las instituciones de salud como para los propios profesionales.

En la década de los '80 los servicios comenzaron a diferenciarse, se definieron áreas de influencia en la atención, la residencia formó un "servicio dentro del servicio", la planta se replegó a zonas y prácticas consideradas de alto interés y el sistema de formación pasó a un modelo de "residente forma residente". Se dispuso así de un cuerpo profesional joven, motivado, full time, que se ocupó a menudo de las funciones menos atractivas con eficiencia.

En la década de los '90 hubo una presión por democratizar el sistema ampliando el número de residencias y las profesiones que pueden acceder a esta

formación. En este esfuerzo se perdió, en ocasiones, el sentido de la acreditación de servicios para “merecer” la residencia y ésta terminó extendiendo su presencia a muchos hospitales y servicios que no tenían condiciones para sostenerlas. No se establecieron acuerdos claros con el personal de planta y no se dispuso de instructores con lo cual se perdió el componente de la formación y se centró en la asistencia (la llamada “mano de obra barata”) en cubrir guardias o la atención que el personal de planta no deseaba brindar.

Fue en esos primeros años de los ‘90 que las residencias tuvieron un importante crecimiento en diversidad de especialidades y en cantidad de profesionales ingresantes. De la propuesta para una pequeña élite de las especialidades médicas más tradicionales pasó a convertirse en un proyecto masivo, abierto a distintos profesionales del equipo de salud como médicos, psicólogos, enfermeros, nutricionistas, kinesiólogos, bioquímicos, obstétricas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales y profesionales de las Ciencias Sociales (educadores, antropólogos, sociólogos). Estos rasgos, aunque con diferentes matices e intensidades, ocurrieron en todas las jurisdicciones e invitaron a pensar en un futuro de las residencias cuyos lineamientos probablemente deberían combinar la “recuperación” de criterios fundacionales con nuevas técnicas y modalidades adecuadas a las demandas de la sociedad.

El siglo XXI llegó con una falta de articulación con las políticas de salud y en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, una fuerte dispersión y desintegración del sistema de residencias dependientes del Ministerio de Salud provocó que éstas continuaran operando en espacios cerrados y aislados al interior de los servicios. Esta fragmentación, determinó que los diversos programas de residencias no se visualicen como miembros de una red mutuamente dependiente capaz de sostenerse, apoyarse, complementarse y retroalimentarse de acuerdo con el perfil propio de cada hospital, a partir del reconocimiento de sus falencias y la potencialización de sus fortalezas.

En la actual coyuntura se intentó desde hace ya unos años atrás, delinear con claridad las líneas directrices, la visión y los objetivos que deben guiar el proceso de gestión del sistema de residencias para darle coherencia, sentido y orientación a las distintas actividades que se generen, evitando las acciones aisladas, inconexas o contradictorias.

Por haber sido Instructor de Residentes durante el período 1997-2005; por haber participado personalmente desde el Ministerio de Salud de esos debates en el 2006 y haber experimentado algunos de los dilemas que caracterizan el campo de la educación superior médica y particularmente de las residencias, puedo plantear algunos **interrogantes** que se analizan recurrentemente en nuestra provincia respecto a:

- ¿Para qué y para quiénes formar?, ¿para nuestros hospitales, para los centros de menor complejidad, para la provincia o el país?
- ¿Las residencias son una herramienta para el logro de objetivos de política sanitaria o están escindidas del proceso transformador en salud?.
- ¿Son un sistema independiente de las universidades o deben funcionar como un programa articulado con las universidades?.
- ¿Son un sistema de formación puro o son una instancia de inserción laboral?.
- ¿Las residencias deben ser para cada profesión de salud o bien residencias multiprofesionales para el equipo de salud (como la experiencia del PRIM Programa de Residencias Integradas Médicas de Berisso)?^{1N.alP*}.
- ¿La residencia es suficiente para ser especialista o no alcanza para acreditar especialidad?.
- ¿Las rotaciones dentro de la etapa formativa del residente, deben estar orientadas por intereses personales o deben ser pasantías sociales de acuerdo con las necesidades de la comunidad?.
- ¿Se debe promover la formación de profesionales generalistas o formar especialistas y sub especialistas?.

Estos son algunos de los interrogantes que inclusive hoy siguen en debate. Hubo algunas respuestas que se plasmaron en acciones concretas. En el año 2002, teniendo en cuenta las necesidades de los municipios de nuestra provincia y el acuerdo general de la Sala de Situación del Ministerio de Salud en la cual participaron actores público/privados relacionados con la salud, se acordó que resultaba sumamente necesario formar médicos capaces de actuar como puerta de entrada de un sistema de salud (sea público o privado), y por lo tanto se aumentaron

¹ Este programa planteó realizar una formación común entre profesionales de la salud (médicos, psicólogos, y trabajadores sociales) con excelente resultados.

los cargos de Medicina General, en la provincia de Buenos Aires y de Medicina General y Familiar, en la ciudad de Buenos Aires y resto del país.

Pero casi 10 años después, hallamos un escenario actual de crisis social en salud marcado por el crecimiento de la demanda hacia el sector público y que plantea la necesidad de introducir modificaciones en la organización y gestión no sólo del sistema de formación de residentes, sino también de los servicios de salud. La esperanza de contar con un cuerpo de médicos formados para actuar como promotores de salud y orientadores resolución de problemas ha fracasado. Las sub-especializaciones han hoy ganado terreno y sumados a los avances tecnológicos han encarecido enormemente los costos en salud, dejando los honorarios médicos en desventaja con el pago por prácticas.

No obstante lo expuesto, aún hoy, las residencias siguen siendo una opción para al menos el 20% de los egresados de las carreras de las ciencias de la salud y para ingresar al subsector público de la salud de la Provincia de Buenos Aires.

Los jóvenes y recientes profesionales de todas las disciplinas relacionadas con la salud, si pretenden incorporarse a sistema de residencias tienen una sola opción: el examen de residencia. En una misma jornada se juntan con un mismo fin, en la Dirección de Capacitación de Profesionales de Salud de cada jurisdicción, egresados de todas las profesiones y especialidades para responder un cuestionario. Esta cifra se incrementó hacia fines de siglo XX y comienzos del XXI en aproximadamente 6% anual (Tabla 3).

Tabla 3: Postulantes a Residencia todas las especialidades

Año	Cantidad de postulantes	Incremento
1998	5311	basal
1999	5663	7%
2000	6052	7%
2001	6176	2%
2002	7080	15%
2003	7180	1%
2006	7240	1%
2010	7338	1%

Fuente: Dirección de Capacitación de Profesionales de Salud. Ministerio de Salud de Provincia Bs. As.

Si bien las Residencias y Concurrencias aportan al Sistema Público de Salud el 34% de los profesionales existente en un tiempo dado, las cantidades expuestas en valores absolutos no llegan a expresar la dimensión que tiene en la elección profesional del joven graduado, tanto cuantitativa como cualitativamente, la apuesta al examen de Residencia. En la Tabla 4 se observan los postulantes desagregados

por tipo de Residencia o Concurrencia ejemplificado en el año base 2002, con sus respectivas vacantes para el ingreso a la Residencia y el porcentaje de dicho ingreso. Claramente se aprecian dos cuestiones, por un lado, la preeminencia de las Residencias y Concurrencias Médicas por sobre las demás. La inserción en las Residencias Médicas es de alrededor del 11% -436 sobre 4036 postulantes-, existen miles (3656 en el 2002 para ser exactos) de profesionales que ven frustrada su posibilidad de ingreso a una capacitación de postgrado en la modalidad de Residencia. La pregunta es que ocurre con el resto de los egresados que no ingresa al sistema de Residencias; ¿cuál será su capacidad para el desarrollo de las competencias que les atañen como médicos?

Tabla 4: Postulantes para las diferentes Residencias y Concurrencias, Ej.: año 2002.

Tipo de Residencia o Concurrencia	Postulantes	Vacantes	% de Ingreso Residencia
Residencias médicas básicas	2595 (40%)	288 (48%)	11%
Residencias médicas clínicas con orientación	785 (12%)	71 (12%)	9%
Residencias médicas quirúrgicas con orientación	433 (7%)	32 (5%)	7%
Residencias NO médicas	2415 (37%)	158 (26%)	7%
Residencias posbásicas generales	64 (1%)	8 (1%)	13%
Residencias posbásicas pediátricas	223 (3%)	45 (7%)	20%
Totales	6515	602	9%

Fuente: Dirección de Capacitación de Profesionales de Salud . Ministerio de Salud de Provincia Bs. As

Gráfico 1



Fuente: Dirección de Capacitación de Profesionales de Salud . Ministerio de Salud de Provincia Bs. As

Opción laboral para el egresado: El Sub-sector Público de Salud

Desde hace más de una década, la Argentina, al igual que los demás países de la Región de las Américas han estado trabajando en las llamadas “reformas” de salud, planteadas como procesos orientados a “introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad

de sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ellos lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población”.

Hablar de reforma implicó desde sus inicios considerar criterios rectores como la equidad en la condiciones de salud, la calidad oportuna, eficaz y segura que los servicios puedan brindar a los usuarios, la eficiencia y sostenibilidad para lograr una relación favorable entre los resultados y los costos y asumir los retos de mantenimiento y desarrollos futuros y por otra parte, implicó considerar a la participación social como influyente en la planificación, gestión, provisión y evaluación de los sistemas y servicios de salud.

Como parte de los avances de las reformas y de todos estos deseos de cambio, se comenzó a redefinir los roles institucionales en el sistema de salud, y el de su propio personal. Algunas tendencias han estado incidiendo en el replanteamiento y revaloración del recurso humano y los agentes públicos, entre las que se destaca, la “modernización del Estado”, impuesta por el desarrollo de la democracia participativa, lo que ha exigido una modificación de sus estructuras tradicionales, una revisión de su participación en la economía y de sus relaciones con la sociedad civil y el fortalecimiento del poder regulador y de producción de políticas públicas por el gobierno, así como la reorientación de las funciones propias e indeclinables.

La creciente tendencia hacia la separación de las funciones de financiamiento y prestación de servicios ha repercutido en las nuevas responsabilidades de los Estados, que exigen entre otras cosas, una mayor capacidad de sus agentes en conducir y regular las funciones esenciales de la salud pública. Sin embargo, pocos Estados han llevado adelante una política de selección, formación y capacitación de los recursos humanos. Por otro lado, sí se observan cambios en la planificación y gestión de los recursos humanos por parte de los principales empleadores públicos introduciendo modificaciones en la práctica profesional orientadas a fomentar enfoques multidisciplinarios.

El sector salud ha reconocido que las reformas implementadas han implicado importantes conflictos con el principio de solidaridad y equidad, que tradicionalmente guiaron la contribución y los beneficios en la salud y la organización de los sistemas de servicios. A pesar de la aprobación de principios legales que institucionalizaron el derecho a la salud, la operacionalización de estos cambios aumentó la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud. La selección y capacitación

de médicos para el sistema fue reorientada hacia una nueva política de formación de recursos humanos hacia el cuidado de la salud, adoptando una perspectiva más amplia, que trascienda la tradicional atención curativa, de la formación básica, la especialización y la educación permanente. En el caso específico de la Argentina se identifican algunas reformas:

- En 1992 se establecen las Políticas Nacionales de Salud (decreto 1269/92); se crea la Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología Médica (ANMAT), entidad de carácter autárquico y descentralizado y se crea el Programa Nacional de Garantía de la Calidad (Resolución 432/92)
- En 1993 se establece la Desregulación del Sistema de Obras Sociales (Decreto 9/93); la Autogestión Hospitalaria (Decreto 578/93).
- En 1996 se crea el Programa Médico Obligatorio (PMO) para asegurar una cobertura básica uniforme y para regular el accionar de las OS se crea la Superintendencia de Servicios de Salud (1996).
- En el año 2000 se intenta reglamentar las Obras Sociales (decreto 446/00).
- En Enero del 2002, la Ley sobre Emergencia Pública y Reforma del Régimen Cambiario; en Marzo sale el decreto de Emergencia Sanitaria, en Abril el Programa Médico Obligatorio de Emergencia, (PMOE) y en Septiembre se aprueba la Ley sobre Especialidades Medicinales y Medicamentos Genéricos (ley 25649).

En el campo de los recursos humanos (RRHH) no se hicieron reformas sustantivas que impliquen una política de desarrollo de esos RRHH, aunque en algunas de ellas como el Programa de Garantía de Calidad aparecen algunos incisos que establecen como parte de los objetivos, normatizar las actividades de los agentes de salud vinculadas con el accionar sanitario —con el fin de asegurar la calidad de servicios y de las prestaciones que se brindan a la población— y establecer la medida de la Certificación y Recertificación de los distintos integrantes del Equipo Salud.

Podrían considerarse además, para los fines de análisis, algunas leyes y reglamentaciones relacionadas con la Ley Marco de Regulación del Empleo Público Nacional de 1998 por los derechos, deberes y garantías acordados en esta ley para los trabajadores que integran el servicio civil de la Nación.

Algunos problemas del campo de los recursos humanos en salud de la Argentina, que ameritarían una política nacional consensuada entre las diferentes instancias que intervienen en la rectoría del binomio formación-utilización, ya han

sido identificados. Los desequilibrios en la disponibilidad, composición y distribución de la fuerza de trabajo. Por una parte, existen las categorías profesionales y su representación en porcentaje: los médicos ocupan el 25% de la fuerza de trabajo sectorial, las auxiliares de enfermería y empíricos el 13% y el 10% los psicólogos.

Tabla 5

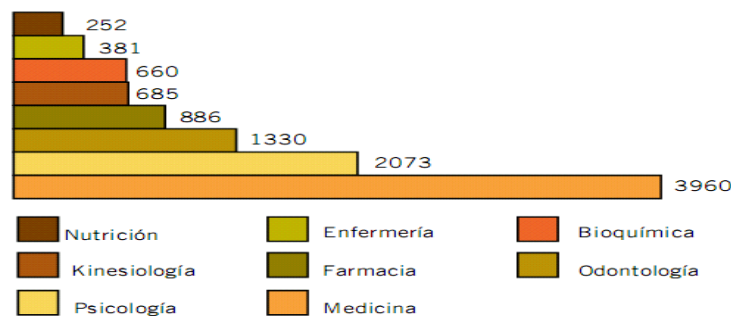
Categoría	Número	Porcentaje
Médicos	108.800	24,7
Odontólogos	28.900	6,6
Farmacéuticos	15.300	3,5
Bioquímicos	11.100	2,5
Psicólogos	43.000	9,8
Kinesiólogos	9.800	2,2
Dietistas/Nutricionistas	5.300	1,2
Enfermeros	29.000	6,6
Auxiliares de enfermería y empíricos	57.000	13,0
Ingenieros Sanitarios*	1.000	0,2
Trabajadores Sociales*	3.300	0,7
Veterinarios	13.000	3,0
Técnicos (excluidos profesionales)	11.100	2,5
Administrativos y Servicios Generales	103.500	23,5
Total	440.100	100

Fuente: Abramzón y colaboradores, Secretaría de Planificación de la UBA, publicado en Recursos Humanos en Salud en Argentina, 2001, OPS/OMS⁴¹.

Por otra, los datos de de comienzos del siglo XXI, muestran la existencia inequidades distributivas reflejadas en la presencia de un médico cada 332 habitantes en Argentina, uno cada 99 en la ciudad de La Plata, un médico cada 95 habitantes en la Ciudad de Buenos Aires y un médico cada 962 habitantes en Tierra del Fuego.

Durante el período 1993 a 1998, egresaron de las 12 universidades un total de 23.762 médicos, con un promedio de 3.960 nuevos médicos cada año. En el mismo período, egresaron 12.438 psicólogos (2.073 al año), 5.319 farmacéuticos (886 al año) y 3.962 bioquímicos (660 al año). En concordancia con la pirámide de fuerza de trabajo, la pirámide de egresados (Gráfico 2) de las Facultades en Argentina muestra alguna desproporción de acuerdo a la relación recomendada de médicos/enfermeros/equipos de salud.

Gráfico 2 Número de egresos por profesión



Fuente: Abramzón y colaboradores, Secretaría de Planificación de la UBA, Publicado en Recursos Humanos en Salud en Argentina, 2001, OPS/OMS⁴¹.

Uno de los problemas que tiene el país es la ausencia de un sistema de información que contenga la información de todos los especialistas formados e incorporados dentro de la fuerza laboral del sistema de salud. De la información obtenida hasta el momento, recopilada por Abramzon y colaboradores⁴¹, pueden extraerse algunas ideas que muestran hacia dónde se inclina el balance de las especialidades en el país, cuales son las prioridades y a qué tipo de sistema de salud responde. Como se observa en el grafico 2, de las profesiones ligadas a la salud, medicina es por lejos aquella más seleccionada.

Luego, en relación a los médicos que egresan, aproximadamente un 20% de los que egresa cada año, realizan estudios de posgrado a través del sistema de residencias de salud.

Este capítulo aporta entonces elementos para entender la formación de los médicos, los cambios que ha sufrido la educación médica, cuáles fueron los perfiles profesionales demandados por la sociedad a lo largo del tiempo y cuál fue la adecuación de las casas de estudio a dichos perfiles. Asimismo, se expone que muchos egresados pretenden cumplimentar los saberes no adquiridos durante el pre-grado, en una instancia posterior como lo es la residencia médica. No obstante, el breve análisis realizado permite objetivar que para la gran mayoría de los egresados (> al 80%), quedará excluido de esta posibilidad y la etapa formativa concluirá al recibir el título de grado. Esto en Argentina, donde el título de médico es habilitante, significa que los egresados se incorporarán al mercado laboral solo con los saberes, habilidades y destrezas adquiridos en la carrera de medicina. Por ello, garantizar que los egresados tengan un perfil acorde con el deseado, resultará primordial.

CAPÍTULO 3:

EL DISEÑO Y LAS ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

Como se ya adelantara en el Capítulo 1, este trabajo es un estudio descriptivo-analítico basado en la convergencia metodológica entre perspectivas cuantitativas y cualitativas. A continuación, se detallan las características técnicas del diseño metodológico adoptado.

Tipo de estudio: Se trata de un tipo de estudio descriptivo-analítico que se beneficia de la convergencia metodológica de las perspectivas cuanti y cualitativas.

Período de Estudio: el estudio fue llevado a cabo en el período comprendido de Enero a Diciembre de los años 2007, 2008 y 2009 para la evaluación de ingresantes y egresados y de Enero a Diciembre de 2007-10 para el análisis de aspirantes a residencias médicas y demanda de cargos en el sector público.

Técnicas metodológicas: El trabajo elegido requirió de un abordaje con los paradigmas **cuali y cuantitativos** indagando dimensiones complejas de la subjetividad y de la interacción social como el caracterizar la motivación a seguir la carrera de Medicina, su expectativa respecto a su rol profesional en la comunidad y la percepción sobre el perfil de los egresados.

Para evaluar estos aspectos se utilizaron herramientas cuantitativas como entrevistas y encuestas semi-estructuradas. Asimismo, se recurrieron a datos cuantitativos extraídos de los estadísticos del área de capacitación del Ministerio de Salud de la Provincia, tales como las respuestas correctas obtenidas en las preguntas del examen de Residencias, o bien la cantidad de puestos de generalistas y especialistas demandados, ofertados y cubiertos en el primer nivel de Atención (Sistema Municipal de Atención Primaria de la Salud).

Con relación a la convergencia metodológica aludida, en el siguiente cuadro, se exponen las estrategias de recolección de datos y fuentes seleccionadas:

Tabla 6: Estrategias de recolección de datos y fuentes utilizadas.

	DATOS PRIMARIOS	DATOS SECUNDARIOS
Metodología cuantitativa	<p>Encuestas Estructuradas a ingresantes y egresados</p> <p>Planilla de Registro de desempeño del Examen de Residencia</p> <p>Tasa de Ocupación de puestos de Generalista en Provincia y Municipio</p>	Estadísticas ya Elaboradas
Metodología cualitativa	<p>Entrevistas a Docentes (sobre la formación)</p> <p>Entrevistas a Ingresantes (sobre sus expectativas de la profesión)</p> <p>Entrevistas a Egresados (sobre sus expectativas de la profesión, elección, satisfacción y percepción de capacidades adquiridas)</p>	Estudios cualitativos realizados sobre el tema

Técnicas de investigación social seleccionadas.

Para indagar el grado de concordancia existente entre el Perfil de Médico Formado y el perfil demandado por el Sistema de salud, se recurrieron a técnicas metodológicas específicas como:

a- **Entrevistas** a docentes sobre opinión respecto a la formación de grado en la carrera de Medicina y sobre aspectos específicos de formación en medicina general/social y APS.

b- **Entrevistas** a alumnos ingresantes y egresados respecto a las motivaciones que lo llevaron a seleccionar la carrera de Medicina y sus expectativas respecto a su futuro ejercicio profesional. Se estima una cantidad de 40 entrevistas (20 a ingresantes, controlada por criterios de acuerdo a proporción de tipo de materias de la carrera) y 20 a egresados.

c- **Encuesta** realizada a los ingresantes (2007, 2008 y 2009) respecto a sus expectativas respecto a su futuro ejercicio profesional. La selección de los estudiantes se realizó en forma aleatorizada con el listado de aquellos alumnos del primer año de la carrera. El número mínimo requerido de

encuestas teniendo en cuenta la fórmula de muestreo fue de 120 encuestas (aunque finalmente se triplicó ese valor)

$$n = N \cdot Z^2 \cdot p(1 - p) / d^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p(1 - p)$$

donde n es el tamaño de la muestra, N la población total de alumnos de medicina, "Z" el valor de z para el nivel de confianza (1 - alfa), "p" la proporción esperada para las variables elegidas y "d" la precisión absoluta.

d- **Encuesta** destinada a los graduados recientes (2007, 2008 y 2009), con preguntas tendientes a establecer los intereses y expectativas profesionales, así como al grado de satisfacción con la enseñanza recibida en temas de APS, y autopercepción respecto a la preparación personal para ejercer la profesión en un Centro de Salud de baja complejidad.

Se estimó una muestra mínima de 96 encuestas a egresados, basándose en la formulación anterior. La selección y ubicación de los graduados se realizó in situ, entregando encuestas al ingresar al aula magna en el momento previo a la jura (en la hora previa que se cita a los futuros nuevos profesionales esperan la entrega de su diploma).

e- **Planilla de Registro del desempeño en las preguntas** en la evaluación para la admisión a las Residencias Médicas del sector público en la provincia de Buenos Aires (**examen de residencia del año 2008**). A través de ellas se exploró la formación en Medicina General de los postulantes vs. el desempeño en aquellas preguntas netamente relacionadas a una especialidad (generalmente 50% del examen está destinado a explorar cada uno de estos 2 tipos de formación).

f- **Registro de puestos ofrecidos vs. los cubiertos** en cargos de residentes (puestos de generalistas vs. especialistas) efectuada en el año 2008.

g- **Tasa de ocupación de cargos llamados y cubiertos** en las convocatorias realizadas desde el ámbito **municipal y provincial** para cargos de médicos con perfil generalista y con perfil de especialista durante el año 2008.

Selección de variables e indicadores a evaluar:

Se identificaron parámetros de ingreso, procesos, resultados e impactos (relacionados con los conceptos de gestión “input, proceso, output y outcome” respectivamente).

Así se determinaron las **variables de input** como cantidad de cátedras relacionadas con la formación del perfil generalista, de atención primaria de la salud (APS) y de medicina social, horas cátedra destinadas a la formación del perfil social, generalista o de APS, cantidad de cargos de residentes en la convocatoria 2008 para medicina general y o pediatría comunitaria y especialidades, cantidad de cargos ofrecidos para generalistas y especialistas tanto en la provincia de Buenos Aires como en el Municipio Local (La Plata) .

También se determinaron **variables de output o resultados**, considerando entre ellas cantidad de cupos de generalistas ocupados en la convocatoria de la residencia médica 2008, cantidad de preguntas correctamente respondidas en relación con la formación de generalista/medicina social/APS expuestas en el examen de residencia 2008, cargos de generalistas y especialistas en municipio o provincia pedidos y cubiertos, motivación de egresados por la medicina social, general y comunitaria o vocación de servicio en los egresados.

Finalmente se seleccionaron algunas **variables** capaces de objetivar el **outcome/impacto** de la formación de médicos en nuestra casa de estudios. Para ello se eligieron medir variables tales como grado de satisfacción de la comunidad con los médicos residentes incorporados al sistema Municipal de Atención de la Salud, grado de satisfacción de las autoridades sanitarias con el desempeño de los médicos recientemente incorporados al sistema municipal de salud, porcentaje de la población de riesgo controlada, autopercepción de los egresados respecto a la preparación que le brindara la formación de pre-grado para ejercer la profesión en un Centro de Salud de baja complejidad (Centro de Atención Primaria de la Salud).

Análisis de datos estadísticos:

Para la relación entre variables se utilizó el test de Student, y para el análisis multivariado de las mismas el ANOVA. Se calculó para cada una la frecuencia, el porcentaje, el porcentaje válido ajustado al rescate de las encuestas, el porcentaje acumulativo. El programa utilizado para el cálculo de la relación entre variables fue el SPSS 8.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DEL TRABAJO DE CAMPO

DIAGNOSTICO SITUACIONAL

ANÁLISIS DE LA CURRÍCULA

En la Facultad de Ciencias Médicas ingresan anualmente entre 300 y 400 alumnos, luego de un proceso de selección que evalúa contenidos diversos relacionados con las Ciencias Biológicas y Exactas.

La Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata posee materias en su currícula que tratan aspectos sociales del ser humano, de promoción de la salud y prevención de enfermedades y de la estrategia de APS son Sociales, Salud y Medicina Comunitaria y Salud Pública. Hasta el año 2004, el plan de estudios original existían 34 asignaturas, de las cuales 5 (14.7%) formaban parte de la formación en Atención primaria de la Salud. El total de la carrera tenía asignadas 4124 horas, de las cuales 342 horas (8.2% de la totalidad de la carga horaria) correspondían a materias relacionadas con el perfil de APS buscado para los futuros egresados. A raíz de esta situación, y buscando ponderar el perfil de médico de APS, la Comisión Nacional de Educación Universitaria (CONEAU), efectuó recomendaciones en dicho sentido lo cual, con el objetivo de lograr la acreditación de la Carrera por dicha comisión evaluadora, se inició una propuesta de cambio de plan de estudios que culminó con el conocido "Plan Nuevo" a partir de 2004. En este plan existen 60 materias de las cuales 15 son optativas (con la obligatoriedad de al menos seleccionar 7 de ellas). **Cuatro** de las materias son obligatorias y están relacionadas con APS mientras que 5 son optativas. Todas las asignaturas del nuevo plan constituyen 4670 horas de las cuales 460 (9.8%) están relacionadas con el perfil buscado de APS, existiendo una diferencia estadísticamente significativa a favor de la carga horaria de las materias relacionadas con las especialidades comparadas con las de APS ($p < 0.001$). No obstante, el gran cambio de este nuevo Plan de Estudios es la incorporación de de 1600 horas en concepto de Práctica Final Obligatoria (PFO), en la cual el alumno deberá realizar prácticas en Hospitales (en las 4 especialidades básicas) y en los Centros de Salud de APS previo a recibir su

título. Cabe aclarar que al momento de comenzar con este análisis, aún no se encontraban alumnos con la PFO completa (solo hay unos pocos alumnos que por excepción se les permitió comenzar con esta práctica, aún con materias de pregrado pendientes de aprobación⁹).

Por ello, el nuevo plan de estudios, si bien no aumenta la carga horaria de materias que fortalecen el perfil de APS en los egresados, la PFO, podría llegar a subsanar este déficit.

Las entrevistas realizadas a los docentes de la carrera (2 por año de la carrera) mostraron una actitud crítica respecto al rol de los estudiantes y también del rol docente que se encuentran cumpliendo, pero se objetivó una escasa voluntad de cambiar su papel o sus prácticas habituales. Algunas de las expresiones rescatadas fueron las siguientes:

- “Cada vez los alumnos vienen con menos ganas de estudiar y nosotros tenemos menos ganas de enseñarles”, “No les interesa nada, quieren pasar tu materia como sea”.
- Un docente de cuarto año decía: “Tienen interés porque en este año empiezan a cursar en el hospital, y eso los motiva”...“la verdad es que tenemos un programa que debemos cumplir. Yo entiendo que se espere hacer énfasis en la prevención y la promoción de la salud, pero la verdad es que yo soy docente en 2 materias y de esos aspectos nada.”.
- “Entiendo que se deban integrar todos los conocimientos. Los departamentos no están cumpliendo su rol”.
- “Yo respondí a la encuesta del decano, que no estoy dispuesto a dejar de ser cátedra e incorporarme a un departamento. Ahora que logré ser profesor adjunto, justo me proponen esto!”
- “Sé que no hay que basarse solo en los contenidos, y enseñar con problemas, pero tengo pocas horas de cursada y no tengo otra opción que dar clases teóricas solamente”.

Las expresiones brindadas por los docentes, si bien son críticas a la motivación que poseen los estudiantes de la carrera también reflejan una autocrítica al desempeño docente efectuado por ellos mismos.

EVALUACIÓN DEL PERFIL DE INGRESANTES

La evaluación de las características y perfiles de los ingresantes se realizó mediante encuestas y entrevistas. Con respecto a las primeras, se efectuaron entrevistas a 506 ingresantes. Los datos generales extraídos de dichas encuestas mostraron que un 70.8% de los encuestados provino del área de La Plata o Gran La Plata y un 28.7% del interior provincial u otras provincias. El 55.4% fue del sexo femenino y el 44.6% masculino. La mayoría de ellos provenía de colegios públicos (62.8%) y un tercio de colegios privados religiosos (33.4%) mientras que solo el 3.8% concurre a una escuela media privada laica. El 58.5% de los ingresantes vivía con sus familias de origen al responder la encuesta, mientras que el 33.7% lo hacía en convivencia con compañeros y 5.9% con parientes.

Sólo el 1.8% de los ingresantes trabajaba. Es un dato muy particular de la Facultad de Ciencias Médicas y muy diferente a la realidad que se puede observar en otras facultades. Esta característica podría radicar en muchos factores como las dificultades que afrontan los ingresantes para acceder a la carrera, como un curso intensivo de un año de duración previo a comenzar la carrera que por su carga horaria obliga a quienes lo realizan a la “inversión” de no trabajar. Se debe recordar también que un 50% de los postulantes que inician ese curso de ingreso ya han realizado un año previo de un curso pago en Instituciones privadas de la zona del Gran La Plata, que únicamente tienen ese fin: preparar alumnos para dicho ingreso y que también poseen una elevada carga horaria.

Las respuestas obtenidas sobre el grado máximo de instrucción alcanzado por padre y madre de los alumnos encuestados se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 7

Nivel máximo alcanzado	Padre	Madre
Primaria Incompleta	3,2	3,6
Primaria Completa	8,3	9,3
Nivel Medio Incompleto	22,1	20,4
Nivel Medio Completo	23,3	26,3
Terciario Incompleto	15,1	13,4
Terciario Completo	6,8	6,1
Universitario Incompleto	9,3	9,7
Universitario Completo	11,9	11,3

Por otro lado la ocupación de los progenitores fue mayormente empleados públicos o privados como se observa en la tabla 8ª y 8b.

Tabla 8a

Ocupación del Padre	
Desocupado	0,3
Obrero	3,6
Primaria Completa	9,3
Nivel Medio Incompleto	20,4
Nivel Medio Completo	26,3
Terciario Incompleto	13,4
Terciario Completo	6,1
Universitario Incompleto	9,4
Universitario Completo	11,3

Tabla 8b

Ocupación de la Madre	
Sin empleo fuera del hogar	16,1
Obrero	4,3
Cuentapropista	17,7
Empleado Publico	21,6
Empleado Sector Privado	22,5
Patrón	6,1
Profesional	11,7

Solamente 2,6% de los ingresantes admitió realizar actividades comunitarias, lo cual resulta lo contrario a un perfil altruista o a los conceptos de un perfil de generalista. Igualmente resulta oportuno recordar en este momento, que las actividades comunitarias son casi nulas durante la educación media^{XX42} y que por tanto, la mayoría de los jóvenes no ha tenido la oportunidad de experimentar este tipo de actividades.

Por otra parte, las encuestas realizadas a los ingresantes mostraron también que el 58.2% de ellos inició la carrera de Medicina por motivos altruistas (“para ayudar al prójimo”; “para garantizar el derecho a la salud de la comunidad”; “para solucionar los problemas a la gente”...). Este hecho, no es patognomónico ni exclusivo de los ingresantes a medicina, sino que es más bien una cuestión que suele darse en la mayoría de las encuestas a ingresantes de las distintas carreras.

Finalmente el aporte cualitativo de las **entrevistas** realizadas da mayor agregado a este análisis. Algunas de las reflexiones expresadas por los ingresantes fueron:

- Las respuestas sobre aspectos generales de la carrera trajeron asociadas las siguientes respuestas:
 - “...no me queda muy claro que se espera de nosotros..., cada materia te baja línea y te exige, pero no se ponen de acuerdo entre ellas...”; “...no te dejan tiempo para nada..., quieren que comas y duermas también con los libros..”.
 - “Estoy muy presionada...,...quiero hacer las cosas bien, quiero leer de libros, pero finalmente se me viene la cursada y termino leyendo de los apuntes...”.

- “Yo tengo beca y también trabajo en el buffet. Menos mal que curso todo acá. En tercero, cuando tenga que ir a los hospitales, creo que tendré que dejar de trabajar...”
- Al interrogar sobre el espíritu de participar en proyectos comunitarios se rescataron estas frases:
 - “Vinieron dos veces a ofrecer incorporarse a voluntariados universitarios..., la idea está buenísima, pero se fueron sin un inscripto..., es que no tenemos tiempo...”
 - “...es de locos, te invitan a participar en tareas comunitarias pero después te exigen al máximo”.
 - “...la única materia que salís a hacer algo por la comunidad es la que está cursando él ahora. Yo lo acompañé y parece buena (refiriéndose a la asignatura “Salud y Medicina Comunitaria”).”

De las entrevistas realizadas a los estudiantes se concluye que existe una preocupación por la elevada carga horaria que demandan las cursadas y la falta de tiempo para efectuar actividades extracurriculares como voluntariados. También se objetiva que solo existe una asignatura que incluye un contacto con la comunidad.

EVALUACIÓN DEL PERFIL DE EGRESADOS

A los egresados de la Facultad de Ciencias Médicas, UNLP también se les realizó encuestas y entrevistas. Se encuestaron a 349 de los egresados. El 67.6% de ellos provino del área de La Plata o Gran La Plata, 30.2% del interior provincial u otras provincias y solo el 0.6% del extranjero. Respecto del sexo, 57.7% de las encuestas las respondieron individuos del sexo femenino mientras que el 42.3% fue del sexo masculino.

Como en los datos observados en los ingresantes, la mayoría de los egresados tuvo su formación de escuela media en los colegios públicos (62.8%) y un tercio de colegios privados religiosos (33.4%) mientras que solo el 3.8% concurrió a una escuela media privada laica. El 54.6% de los egresados vivió durante el estudio de su carrera con sus familias de origen, mientras que el 35.5% convivió con compañeros o con parientes (6.7%).

Un muy escaso número de los egresados (1.4%) tenía empleo al momento de ser encuestado. El grado máximo de instrucción alcanzado por padre y madre de los egresados fue el siguiente (tabla 9):

Tabla 9

Máximo nivel alcanzado	Padre	Madre
Primaria Incompleta	4,6	4,6
Primaria Completa	10,3	10,3
Nivel Medio Incompleto	26,1	26,1
Nivel Medio Completo	21,8	21,8
Terciario Incompleto	12,6	12,6
Terciario Completo	5,4	5,4
Universitario Incompleto	7,7	7,7
Universitario Completo	11,5	11,5

La ocupación de los padres de los egresados se observa en la tabla 10a (padre) y 10b (madre).

Tabla 10a

Empleo del Padre	
Desocupados	0,7
Obrero	3,7
Primaria Completa	9,7
Nivel Medio Incompleto	21,5
Nivel Medio Completo	27,8
Terciario Incompleto	13,8
Terciario Completo	4,2
Universitario Incompleto	9,2
Universitario Completo	9,5

Tabla 10b

Ocupación de la Madre	
Sin empleo fuera del hogar	16,1
Obrero	3,1
Cuentapropista	15,9
Empleado Publico	24,4
Empleado Sector Privado	23,8
Patrón	4,2
Profesional	12,5

De todos los egresados, sólo el 5.4% realizó durante su carrera actividades comunitarias como voluntariados o proyectos de extensión o actividades en ONG. El 57.9% de los egresados admitió que eligió o asocia para sí mismo la carrera de Medicina como un modo de “seguir la tradición familiar”, “porque le da prestigio social” o porque le permitirá “tener una mejor remuneración económica”, mientras que el 42.1% de ahora graduados, asocia la carrera elegida con motivos altruistas como “ayudar al prójimo”; “garantizar el derecho a la salud de la comunidad” o “solucionar los problemas a la gente”.

Al momento de elegir una rama de la Medicina, los egresados se manifestaron mayormente a favor de las especialidades y en menor medida se volcaron a las ramas asociadas a la APS. Por otro lado, en el ideario de los ingresantes, esta situación fue exactamente al revés.

Las **entrevistas** realizadas a los graduados constaron de las preguntas disparadoras base (-¿Cómo te sentís ahora respecto a la carrera realizada, a tu vida y a tu futuro ahora que te recibiste?. –En la carrera ¿tuviste oportunidad de aplicar tus conocimientos en actividades comunitarias?; - ¿Tenés idea que seguir ahora? -

¿Qué tenés en cuenta para esta elección?), y otras consideradas “libres” planteadas de acuerdo a lo expresado por el entrevistado.

De las respuestas brindadas se extractaron las siguientes reflexiones:

- “...estoy feliz. Sé que la nueva etapa es tal vez más dura, pero por lo menos ya estoy en lo mío”. “Por fin. No veo la hora de tener mis propios pacientes”.
- “...me gustaría hacer residencia, pero la verdad es que no termino más y mi viejo me precisa en la clínica”. “...solamente en 2 materias tuvieron relación con la comunidad, la verdad es que hace 3 años que estamos metidos en el hospital, y de la comunidad, ...nada”. “ ya está, lo tengo decidido, ni en p...vuelvo a mi pueblo, que quedo haciendo lo que sea acá”.
- “siga lo que sigas está duro, pero tenés que intentar hacer alguna especialidad que tenga práctica, porque con el consultorio, te c... de hambre”.
- “Estoy cansado que todos me digan que ser generalista es lo mejor, porque no siguen Uds.? Ya me anoté para Imágenes...”. “quiero seguir algo que no tenga guardias, y si es posible ver pocos pacientes al día”.

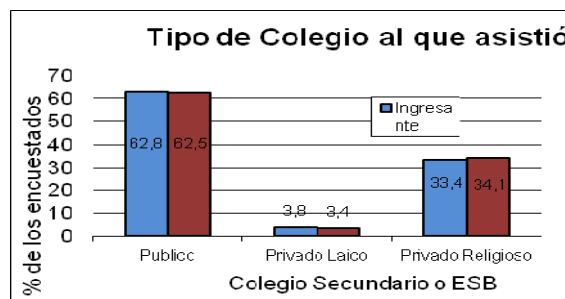
Las entrevistas realizadas a los graduados denotan una clara inclinación a las especialidades, la baja jerarquización que posee la Medicina General para los recientes egresados, y la tendencia a optar por ramas de la medicina que no involucren sacrificios económicos ni obligación de atención de pacientes por guardia.

ANALISIS COMPARATIVO DEL PERFIL DE INGRESANTES Y EGRESADOS

A continuación, las siguientes figuras muestran una comparación entre ingresantes y egresados respecto a los resultados obtenidos en las encuestas:

Gráfico 3. Origen de los alumnos. *

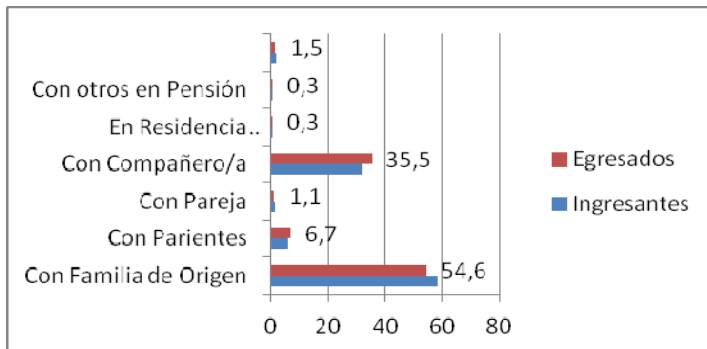
Gráfico 4. Tipo de Enseñanza Media



* Lugar geográfico de origen antes de venir a estudiar a la UNLP (en todos los casos no hubo significancia estadística p 0.6, y 0.7 respectivamente)

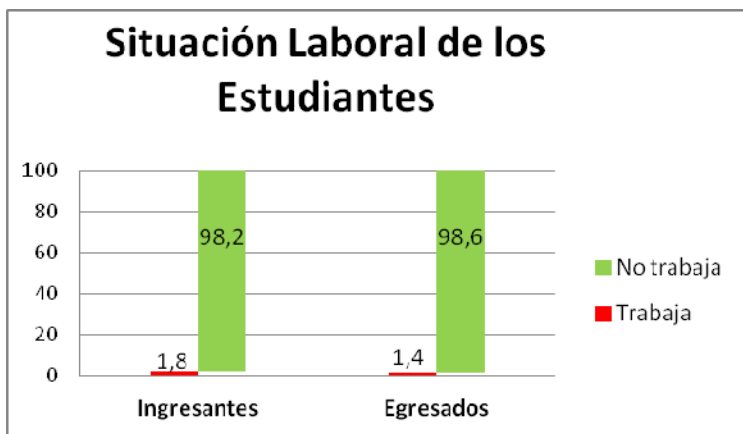
(en todos los casos no hubo significancia estadística p 0.9, 0.7, y 0.6 respectivamente)

Gráfico 5. Convivencia



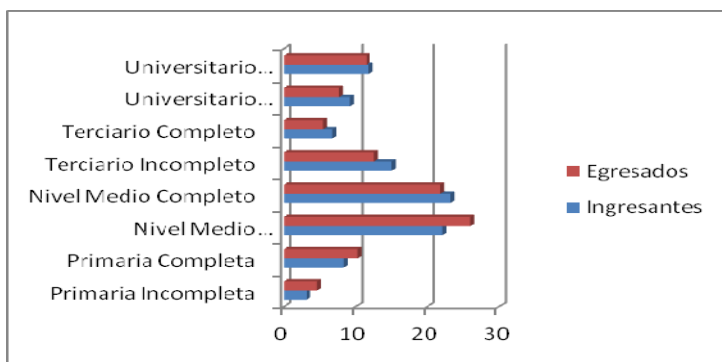
(en todos los casos no hubo significancia estadística siendo el valor de $p > 0.5$ (IC 95%))

Gráfico 6. Situación Laboral



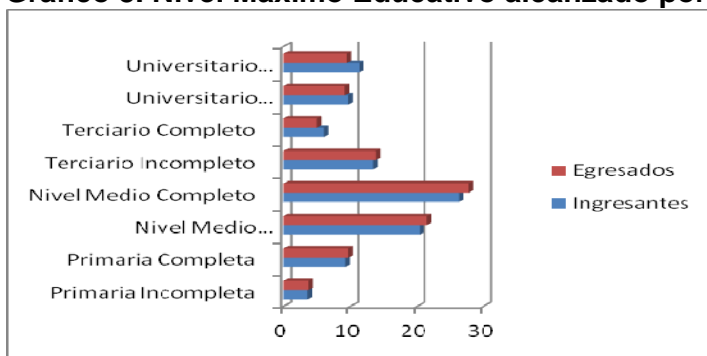
(en ambos casos entre ingresantes y egresados no hubo significancia estadística $p > 0.6$ y 0.7)

Gráfico 7. Nivel Máximo Educativo alcanzado por el Padre



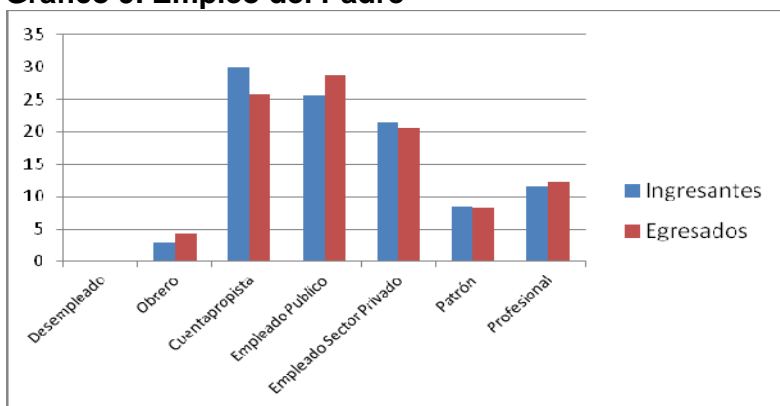
(en todos los casos no hubo significancia estadística siendo el valor de $p > 0.5$ (IC 95%))

Grafico 8. Nivel Máximo Educativo alcanzado por la Madre



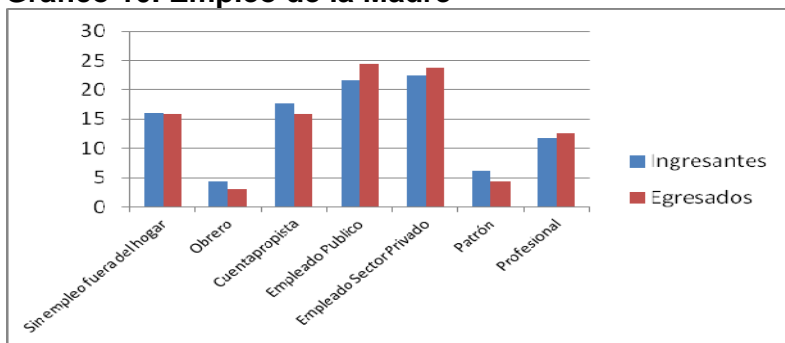
(no hubo diferencias con significancia estadística siendo el valor de $p > a 0.5$ (IC 95%))

Grafico 9. Empleo del Padre



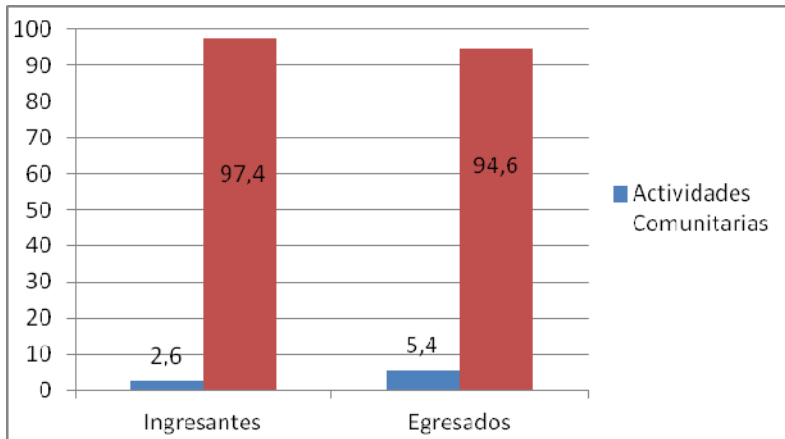
(no se observaron diferencias con significancia estadística siendo el valor de $p > a 0.5$ (IC 95%))

Grafico 10. Empleo de la Madre



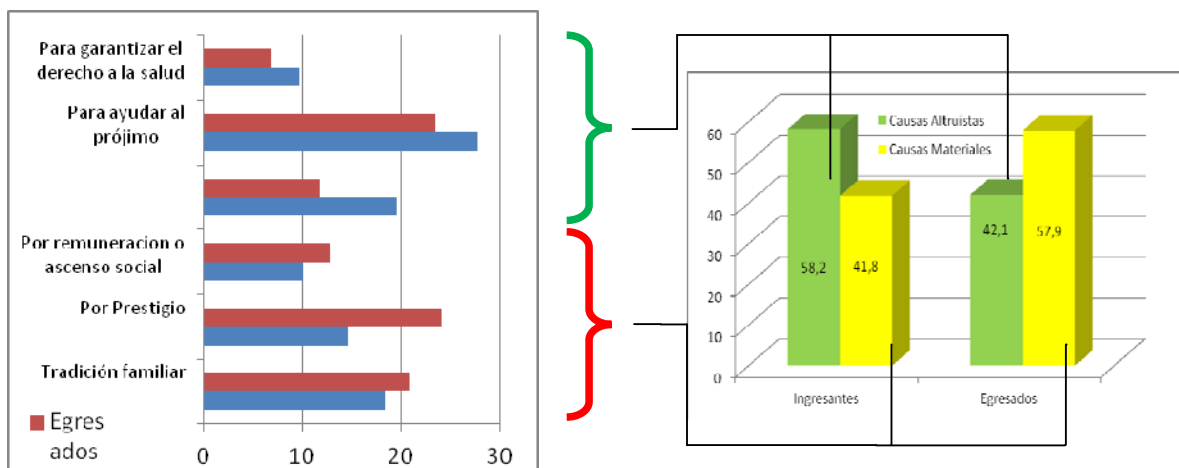
(sin diferencias con significancia estadística siendo el valor de $p > a 0.5$ (IC 95%))

Gráfico 11. Desarrollo de actividades comunitarias



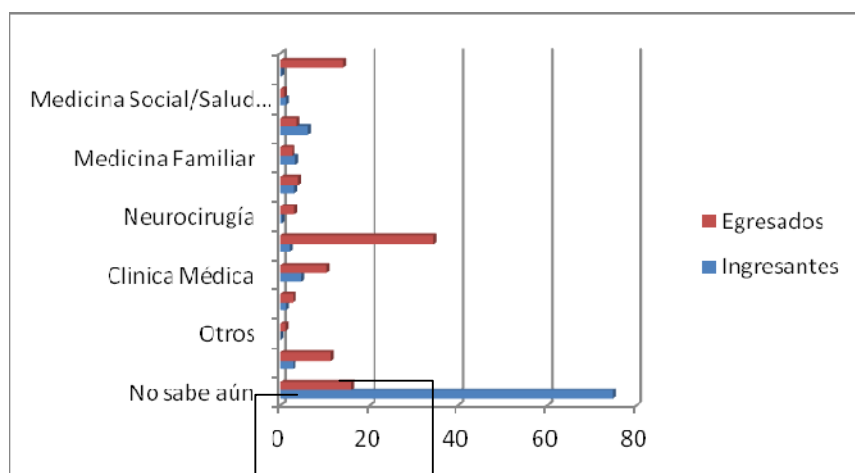
Existió una diferencia estadísticamente significativa entre la actividad comunitaria realizada en los ingresantes (2,6%) respecto a los egresados (5,4%) cuyo valor de p fue 0.03 con un IC del 95%

Gráfico 12. Motivos de la elección de la carrera de medicina

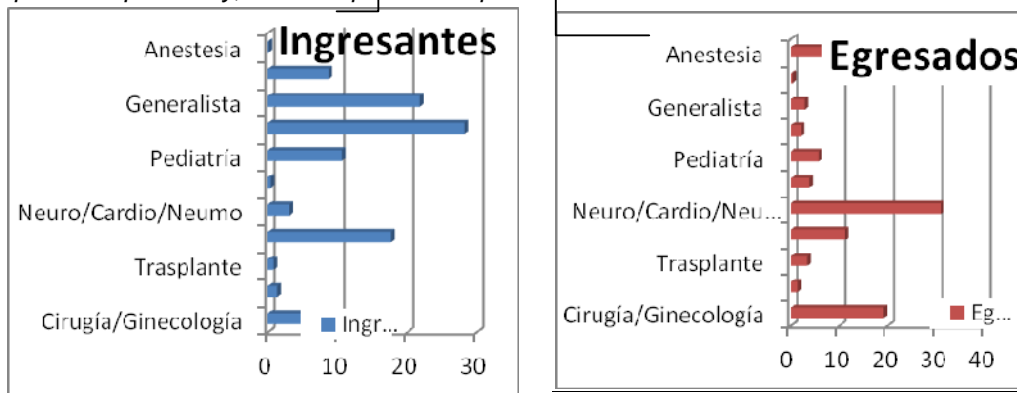


Se advirtió una diferencia estadísticamente significativa entre ingresantes y egresados entre las respuestas relacionadas con causas "altruistas" y "materialistas" con un valor de p 0.01 y 0.02 respectivamente para cada tipo de causa o motivación (con un IC del 95%)

Gráfico 13. Rama elegida para ejercer la profesión



(Si la respuesta fue "no sabe aún" se le solicitó que igualmente elijan aquella rama de la profesión que de empezar hoy, sería la opción más probable).



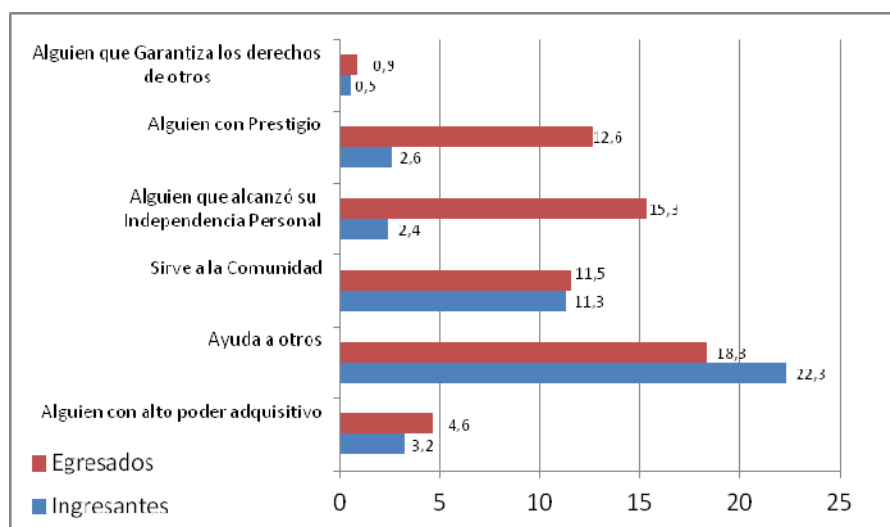
Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre ingresantes y egresados respecto a Anestesia un valor de p 0.01 y 0.02 respectivamente para cada tipo de causa o motivación (con un IC del 95%)

Al respecto, existieron diferencias significativas para casi todas las ramas de la Medicina elegidas al inicio y al final de la carrera, demostrando que la intención en los extremos de la carrera de medicina son diametralmente opuestos (tabla 11).

Rama	Ingresantes	Egresados	Valor de p
No sabe aún	74,7	15,8	0,001*
Cirugía/Ginecología	2,8	11,2	0,01*
Otros	0	1,1	0,5
Trasplante	1,2	2,9	0,03*
Clinica Médica	4,7	10,3	0,01*
Neuro/Cardio/Neumo	2	34,3	0,004*
Neurocirugía	0,3	3,2	0,02*
Pediatría	3,2	4	0,2
Medicina Familiar	5,4	2,2	0,02*
Generalista	6,1	3,7	0,02*
Medicina Social/Salud Pública	1,2	0,8	0,03*
Anestesia	0,2	14,1	0,01*

*Valor de p estadísticamente significativo

Gráfico 14 ¿Como le gustaría ser recordado en el futuro?



Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre ingresantes y egresados respecto a las preguntas 1,4 y 5 (perfil comunitario/colectivo) diferencia con valor de $p < 0.02$ y a las preguntas 2,3 y 6 (que reflejan el perfil individualista/personalista) con una diferencia en la que se observó un valor de $p < 0.001$ (con un IC del 95%)

Del análisis comparativo realizado entre ingresantes y egresados se puede resumir que los grupos de ingresantes y egresados no difirieron en cuanto a su procedencia, sexo, ocupación de los padres o convivientes. Sin embargo, otros aspectos explorados mostraron que las características de los perfiles de ingresantes se caracterizaron por ser estadísticamente más desinteresados, más solidarios y más colectivos que los perfiles hallados en los egresados (rango de $p < 0.02$ a $p < 0.001$).

Asimismo se objetivó una intención de elegir ramas de la Medicina relacionadas con la APS y la medicina general en los ingresantes respecto a los egresados (rango de $p < 0.03$ a $p < 0.001$).

OPCIONES DEL EGRESADO DE CIENCIAS MÉDICAS: EL MERCADO LABORAL

El mercado laboral requiere médicos generalistas⁴⁵. Existen 1870 Centros de Atención Primaria de la Salud, que necesitan de al menos 2 médicos por la mañana (capaces de atender a niños y a adultos) y un número y perfil similar por la tarde. Es decir, que 7480 médicos con dicho perfil, podrían ejercer en el primer nivel de atención. Sin embargo, solo un 32% de los Centros de APS provinciales poseen un Generalista⁴⁶. Para resolver este problema, los municipios contratan especialistas en pediatría, toco-ginecólogos, médicos clínicos, etc. con el inconveniente que cuando se pueden atender los niños porque en ese turno está el pediatra, no podrá atenderse su madre o bien otros adultos. Es decir, que existe una necesidad de generalistas en el nivel municipal y ello se asocia a una gran demanda de este tipo de profesionales por parte de las autoridades de los municipios de la provincia⁴⁶.

Sin embargo, aún cuando parecería que el mercado está acorde con el perfil deseado por la Casa de Estudio Universitario formadora (Facultad de Ciencias Médicas UNLP), la capacidad de pago de los municipios es históricamente muy limitada. Sin ir más lejos, el Municipio de La Plata, a quien se inicia como médico del primer nivel, le paga un salario de 1400 pesos mensual por 35 horas de trabajo. Si el profesional desea realizar horas extras, ese monto puede ser de 1700 pesos (año 2011). Estos haberes mensuales están muy devaluados si se los compara con el sueldo inicial de un Hospital Provincial, que es aproximadamente del triple de los montos mencionados (3870 a 4280 pesos mensuales). Estos Hospitales requieren mayormente de profesionales especialistas en distintas disciplinas, ya que el Hospital cumple un rol de atención en patologías más complejas.

Es decir, que si bien se requiere un gran número de generalistas para el primer nivel de atención, existe una muy baja remuneración a los mismos. Esto colabora en que muchos egresados opten por su formación en la residencia en una especialidad. No obstante, esta situación puede explicar que los recientemente egresados se vuelquen a especialidades. Las encuestas realizadas a jóvenes estudiantes de pre grado denota que el hecho de la mala paga a los médicos del primer nivel se desconoce (83.2% dijo ignorar que médico tiene un mayor salario Generalista o

Especialista). Por ello, este hecho no incidiría a priori en el déficit de formación de los alumnos en temas de APS desde la universidad. Tal vez un tema que incide en la voluntad de los jóvenes recién graduados, es el escaso número de materias o la baja carga horaria que se le asignan a las materias relacionadas a esta temática (14.7 % y 8.25 respectivamente), ya que no se logra incorporar apropiadamente las herramientas y el “espíritu” de la APS con el peso que ameritaría en la currícula, de manera tal que al momento de egresar y de elegir una rama de la profesión, probablemente se elija aquello más conocido durante la formación de pregrado, es decir una optar por una de las especialidades que no involucre a la medicina general.

OPCIONES DEL EGRESADO DE CIENCIAS MÉDICAS: LAS RESIDENCIAS

En Argentina existen 20 residencias relacionadas con la salud y con un abordaje social; las cuales son ofrecidas desde el sector público hallándose 3 de ellas en el territorio de la provincia de Buenos Aires. De los residentes graduados, un censo mostró¹⁵ que un 58,6% de los egresados ocupa algún cargo en el sistema de salud pública, ya sea en un municipio o en el sistema provincial y que un 17,2% emigró de ésta última para ejercer su profesión. Este hecho obliga a objetivar realmente en forma cuanti y cualitativa, la oferta real de trabajo que se le brinda a un egresado formado como medico generalista⁴²⁻⁴⁴.

ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO EN EXAMENES Y DE LA COBERTURA DE CARGOS DE RESIDENCIA MÉDICA

a. Los **exámenes de residencia** para todo la oferta de cargos en el sub-sector público de la provincia de Buenos Aires se realizan en forma única y en la sede central asignada por la Dirección de Capacitación de profesionales de la Subsecretaria de Planificación de Salud. Para la elaboración del cuestionario de evaluación se utilizan preguntas provenientes de las distintas ramas de la medicina y de saberes que el postulante debió aprender en su etapa de pre-grado. Estos saberes se consideran básicos para cualquier egresado de la carrera de medicina, con el perfil de médico generalista capaz de atender las patologías prevalentes de nuestra población y ejercer en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud (perfil que hoy tienen en forma explícita todas las Facultades de Medicina del país, y que

han acordado en AFACIMERA (Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina).

No obstante en los exámenes de residencia también existen otras preguntas puntuales que atañen a alguna especialidad o a una situación puntal menos prevalente.

Utilizando la Planilla de Registro del desempeño en las preguntas descripta en “Metodología”, se exploraron las respuestas **del examen de residencia del año 2008.**

El examen de residencia consta de 50 preguntas que deben ser respondidas al menos un 50% en forma correcta para poder aprobar el mismo. Sin embargo, no hay ningún tipo de jerarquización respecto a esas preguntas. Las mismas generalmente son redactadas por referentes provinciales en cada tema y finalmente seleccionadas por un equipo pedagógico de la Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud.

El análisis de dicho examen llevado a cabo en el 2008 mostró que los postulantes desconocían en su mayoría (68.60%) preguntas básicas relacionadas con la promoción de la salud y la prevención primaria y secundaria de las enfermedades y la estrategia de APS; mientras que el 69.71% contestó correctamente preguntas puntuales en relación con el conocimiento específico de una especialidad médica de patologías muy poco prevalentes en nuestra comunidad.

Este aspecto se puede observar revisando los resultados obtenidos la cual se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 12. Detalle de las preguntas efectuadas en el examen de Residencia Médica

Tipo de Pregunta	Pregunta	% de respuestas correctas	Promedio según tipo de pregunta
E	Describir el sistema de clasificación sexual de Tanner	70,40%	69.71±4.86
E	En el Carcinoma de Vulva, ¿cuál es el factor independiente de metástasis ganglionares más importantes según los criterios histológicos del G.O.G.?	62,20%	
E	En relación a la Cefalea Primaria Tensional, indique la opción correcta	77,30%	
E	La localización más frecuente del cáncer de vulva es:	68,10%	

E	La monitorización cardiaca con Holter ha tenido últimamente considerable desarrollo en sus aplicaciones clínicas. Indique de las siguientes cuál no correspondería con una de ellas	71,11%	
B	La mortalidad perinatal abarca un período que comienza a las 20 semanas de gestación y termina a las	32,75%	31.40±7.06
B	La categoría de Glucemia Alterada en Ayunas se definen por una de las siguientes cifras:	40,26%	
B	La vacuna BCG se administra dentro de la primera semana de vida a:	33,45%	
B	¿Cuál de las siguientes son las mayores causas de la mortalidad materna e infantil en nuestro país?	29,74%	
B	Ud es el responsable de Salud de una comunidad y conoce a la población de su área programática. Llego el otoño y la bronquiolitis aguda. ¿Cuál de los siguientes grupos de niños debería ser considerado de riesgo para padecer bronquiolitis?	20,82%	

E: Preguntas Específicas relacionadas con las Especialidades

B: Preguntas consideradas básicas para un médico generalista

Fuente: Dirección de Capacitación. Ministerio de Salud.

Si además se dividen a las preguntas entre pertenecientes a patologías o motivos de consulta alta prevalencia y otras de baja prevalencia, se observó que llamativamente la mayoría de los postulantes (recientes egresados de la Facultad de Ciencias Médicas) fueron capaces de responder satisfactoriamente las preguntas de baja prevalencia en nuestro medio y fallaron al momento de responder las preguntas de una alta prevalencia, y por tanto alta importancia no sólo para el sistema de salud sino también para la Sociedad toda (tabla 13a y 13b).

Preguntas con problema de alta prevalencia

Ejemplo1: “La cefalea es uno de los motivos de consulta habituales de la práctica profesional y la mayoría de las mismas son clasificadas como cefaleas primarias. Dentro de este grupo, indique cuál es la que se presenta con mayor frecuencia”.

Opciones para la respuesta

- a) Migraña
- b) Cefalea en racimos
- c) Cefalea ortostática
- d) Cefalea tensional (*resp. Correcta*) X

Tabla 13 a1. Problemas de alta prevalencia			
a	b	c	d
428*	1256*	732*	419*
Respondieron correctamente 15,8%			
*Número absoluto de respondentes Fuente: Dr. R. Trepicchio. Dirección de capacitación. Ministerio de Salud.			

Ejemplo 2: Uno de los siguientes métodos diagnósticos debe utilizarse como primera opción para el estudio de un paciente con Síndrome Coledociano.

- a) Colangiografía retrógrada endoscópica.
- b) Ecografía hepatobiliopancreática (X –correcta)
- c) TAC
- d) Colangio-resonancia

Tabla 13 a2. Problema (ejemplo2) de baja prevalencia			
a	b	c	d
1672*	113*	99*	711*
Respondieron correctamente 42,15%			
*Número absoluto de respondentes Fuente: Dr. R. Trepicchio. Dirección de capacitación. Ministerio de Salud.			

Preguntas con problema de baja prevalencia

Ejemplo: Un paciente de 40 años, sexo masculino, consulta por orina espumosa y edemas, no refiere antecedentes renales ni de otros sistemas y el laboratorio revela una proteinuria de 6,5g/d. ¿Cuál sería, según la frecuencia, la etiología más probable?:

Opciones para la respuesta

- a) Glomerulopatía a cambios mínimos.
- b) Glomerulonefritis esclerosante y focal.
- c) Glomerulonefritis membranosa.**
- d) Glomerulopatía diabética.

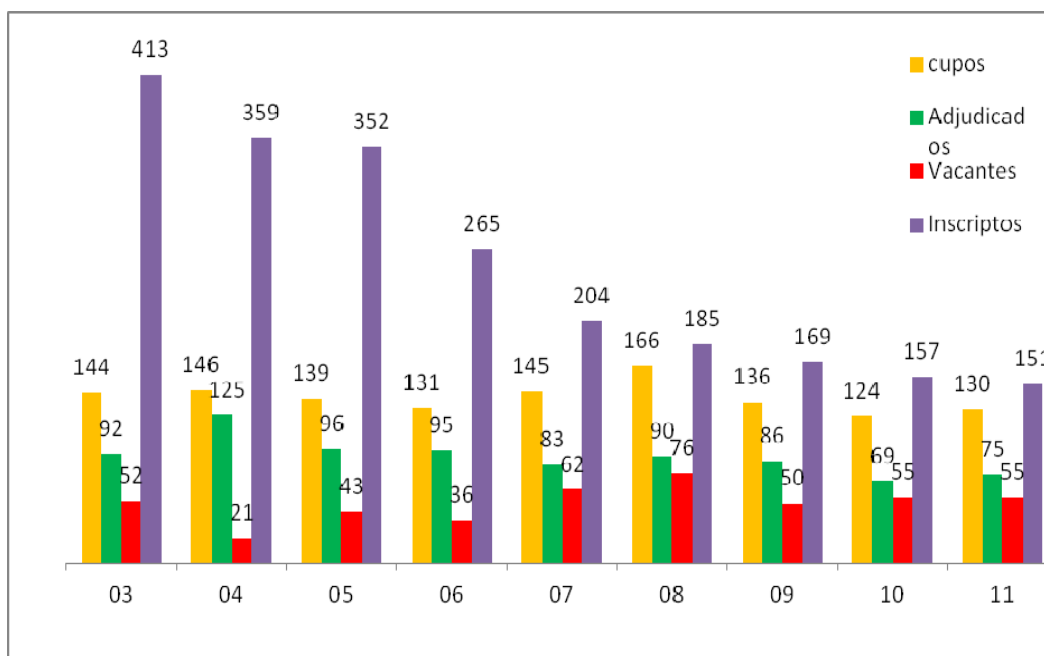
Tabla 13 b. Problema (ejemplo1) de baja prevalencia			
a	b	c	d
1134*	91*	1119*	311*
Respondieron correctamente 42,15%			
*Número absoluto de respondentes Fuente: Dr. R. Trepicchio. Dirección de capacitación. Ministerio de Salud.			

Los resultados expuestos muestran que los postulantes se hallan mejor preparados para responder sobre patologías consideradas “raras” o de baja prevalencia; mientras que han fallado al responder aquellas preguntas que atañen a lo prevalente a entidades o cuadros clínicos más frecuentemente observados en una comunidad.

b. Análisis de los Cupos en Residencias

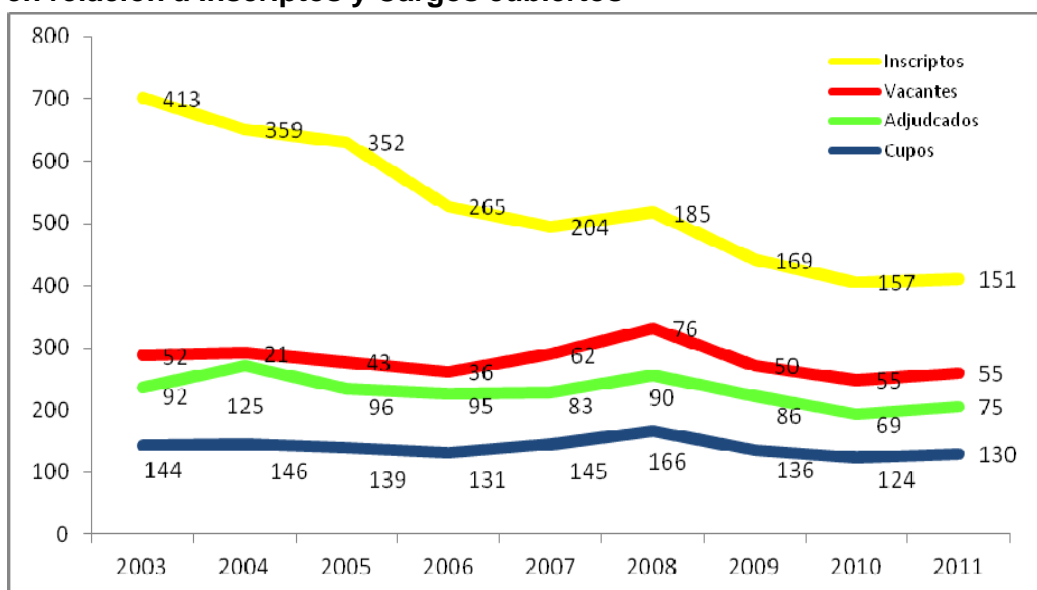
La **evolución de los cupos para Residencias** se ha modificado a lo largo del tiempo con tendencia en aumento de las disciplinas relacionadas con la Medicina General versus aquellas especialidades mucho más circunscriptas (Gráficos 15 y 16).

Gráfico 15. Evolución de los Cupos para Medicina General en la provincia



Fuente : Dr. R. Trepicchio. Dirección de capacitación. Ministerio de Salud.

Gráfico 15. Evolución de los Cupos para Medicina General en la provincia en relación a Inscriptos y Cargos cubiertos



Fuente : Dr. R. Trepicchio. Dirección de capacitación. Ministerio de Salud.

Asimismo, del análisis de los cargos de residentes ofrecidos y cubiertos en puesto de generalistas y de las distintas especialidades surgieron los siguientes resultados (tabla 14):

Tabla 14. Cargos cubiertos en llamado a Residencia por año

Cargos	Ing03	Ing04	Ing05	Ing06	Ing07	Ing08	Ing09	Ing10
Anatomía Patológica	8	8	8	8	8	9	9	14
Anestesiología	18	12	13	18	18	21	21	32
Asistencia y Prevención de las Adicciones				1	1			
Cardiología	6	5	8	12	12	12	12	15
Cardiología 2º Nivel	2		3	1	1			
Cirugía Cardiovascular		2	1	1	1	1	1	3
Cirugía Cardiovascular Pediátrica	1							4
Cirugía Reparadora	2		2	3	3	3	3	
Cirugía Torácica y Cardiovascular Periférica	1	1		2	2	2	2	2
Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial								2
Clínica Médica	67	67	76	88	88	94	94	114
Clínica Pediátrica	98	100	98	122	122	142	142	##
Clínica Quirúrgica	33	29	39	42	42	47	47	71
Clínica Quirúrgica Pediátrica	1	4	3	2	2	1	1	
Dermatología	2	2	2	1	1	3	3	3
Diagnóstico por Imágenes	13	13	15	15	15	15	15	29
Diagnóstico por Imágenes Pediátrica			1	1	1	1	1	
Emergentología	8	8	10	11	11	16	16	29
Gastroenterología	4	4	4	4	4	8	8	7
Geriatría y Gerontología		1	1			1	1	
Geriatría y Gerontología 2º Nivel	1						1	
Hematología	1	1	2	2	2	2	2	2
Hematología 2º Nivel	1							
Hematología Pediátrica	1							
Hemoterapia						5	5	5
Infectología	5	5	4	4	4	6	6	14
Infectología 2º Nivel	1	1	3	3	3			
Medicina General	45	52	21	43	36	90	86	69
Medicina Interna Pediátrica	1		3	3	3			
Nefrología	3	4	3	2	2	2	2	4
Nefrología 2º Nivel	2	7	4					
Nefrología Pediátrica	2	1	2	2	2			
Neonatología 2º Nivel	8	11	5	4	4	46	46	
Neonatología con Orientación Perinatólogica	11	6	5	21	21	21	21	
Neumonología	4	3	1	3	3	5	5	8
Neumonología 2º Nivel	1				1			
Neumonología Pediátrica			1	1	1			
Neurocirugía	2	4	6	8	8	10	10	11
Neurología	3	3	3	3	3	3	3	
Neurología Pediátrica				1	1			
Nutrición Infantil			1	1	1			
Oftalmología	4	4	3	4	4	3	3	6
Oncología	4	3	3	3	3	3	3	4
Oncología 2º Nivel	1							
Ortopedia y Traumatología	26	25	24	31	31	36	36	
Ortopedia y Traumatología Pediátrica	1		1	1	1		1	
Otorrinolaringología	5	5	3	3	3	5	5	6
Pediatría Comunitaria		2	2	2	2	4	4	4
Psiquiatría Médica	13	14	15	18	18	22	22	36
Psiquiatría Pediátrica	2	2	2	2	2	2	2	9
Rehabilitación	2	2	2	2	2	2	2	4
Reumatología			1	1	1			
Terapia Intensiva	23	22	23	22	24	41	41	57
Terapia Intensiva Pediátrica	3		4	6	6	2	2	
Tocoginecología	43	46	53	61	58	61	61	106
Toxicología								1
Urología	1	2	1	3	3	1	1	3
Totales	584	558	592	661	765	796	797	896

Si se toman como ejemplos los cargos para Anestesia y para Medicina General se puede decir que los mismos han ido incrementando su oferta por parte de la

provincia en los últimos 7 años. Sin embargo, la demanda de cargos ha sido diferente entre ambas ramas de la Medicina. Cuando la demanda de jóvenes profesionales para cubrir cargos de anestesiología se ha ido incrementando exponencialmente y siempre dichos cargos son cubiertos por completo; los cargos de Medicina General tienen cada vez menos postulantes y los jóvenes que llegan a adjudicar en dichos puestos son menos numerosos que los puestos disponibles. Lo expuesto se refleja en los siguientes gráficos (16 y 17)

Gráfico 16. Cargos ofrecidos y postulantes para Anestesiología.

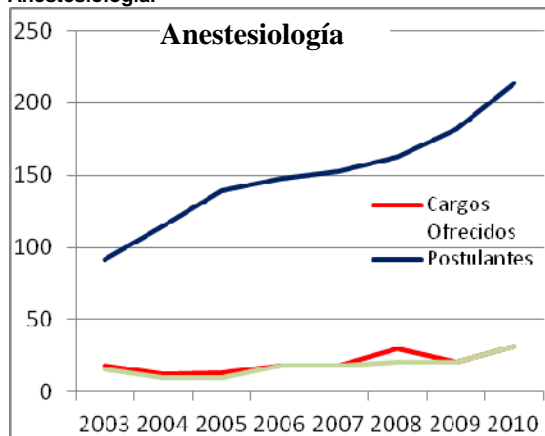
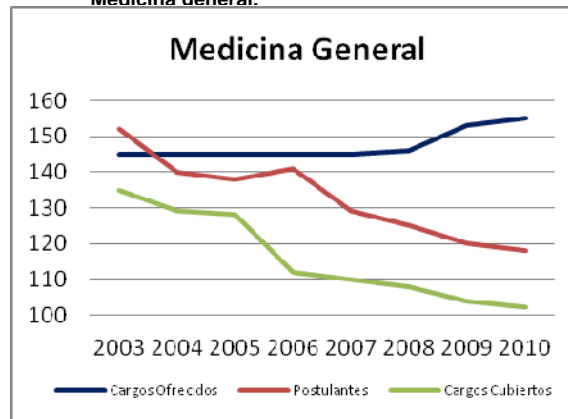


Gráfico 17. Cargos ofrecidos y postulantes para Medicina general.



ANÁLISIS DE LA COBERTURA DE PUESTOS DE TRABAJO EN MEDICINA

Para objetivar la oferta de puestos de trabajo para médicos generalistas y la cobertura de los mismos, se objetivaron los puestos ofrecidos por el primer nivel de atención municipal (Municipio de La Plata). Para cubrir los puestos médicos de los 44 Centros de Atención Primaria de la Salud (**CAPS**), se llamó a ingreso público de 56 cargos de médicos generalistas y/o pediatras. Posteriormente se crearon 2 nuevos CAPS y esos puestos se incrementaron a 61. Solo se lograron cubrir 37 de los 61 puestos y a poco de ingresar los nuevos profesionales 17 de ellos renunciaron (14 de ellos para ingresar a un puesto en un Hospital de alta complejidad (7 Sor María Ludovica, 3 Hospital San Martín y 3 en el Hospital San Juan de Dios, todos de La Plata). Asimismo 3 de los renunciantes comenzaron una segunda residencia para especializarse en otra rama de la Medicina.

En la entrevista realizada al Secretario de Salud de La Plata (Lic. J.Henen) se exponen algunas interpretaciones de esta situación:...

“... es que uno piensa que un joven profesional, a quien se le asigna un lugar de trabajo en un Barrio en el cual sus conocimientos pueden ser sumamente útiles a la comunidad, estaría más que conforme de ejercer allí ... sin embargo parecerían no querer realizar esa labor o bien no tener experiencia para desempeñarla ... es cierto que la remuneración que se le brinda a los profesionales en los Municipios es menor que la que pueden ganar en un hospital provincial..., pero es lo que podemos pagar por el momento”

A esto, le suma un aspecto adicional, que se presenta con bastante conflictividad en la actualidad aportado por el propio entrevistado:

“también es cierto que la población está muy agresiva y que reacciona mal ante algunas situaciones y son los profesionales de la salud los destinatarios de esas agresiones. Basta como ejemplo lo que pasó en el CIC (Centro de Integración Comunal ubicado en Los Hornos). La médica generalista (Dra. G.H.) pretendió organizar a la comunidad para luchar contra la sarna, las parasitosis y la falta de cobertura de vacunación desde la mesa barrial, chocando con grupos barriales enfrentados entre sí, que finalmente terminaron por agredirla y empujándola a tomar la decisión de aceptar un puesto hospitalario..”

En la entrevista realizada al Secretario de Salud del Municipio de A. Brown (Dr. P.Herrera) se aportan otras variables a la problemática:...

“...tratamos de lograr adecuar la paga a las horas realizadas por los profesionales. Nos ayuda que tenemos pocos Centros de Salud, y logramos completar los planteles básicos. Es cierto que si solo le pagáramos lo del municipio, no conseguiríamos a nadie; por eso les damos el Seguro Público, el Plan Nacer y otros beneficios de Nación y Provincia, con lo cual se hace más atractiva la propuesta.

En esta entrevista el funcionario también se destaca la elevada conflictividad social en derredor a los Centros de Salud de APS.

...igualmente el medio, la comunidad ha cambiado notablemente, especialmente acá en A. Brown. Las personas son más intolerantes respecto al personal de salud. Hay muchos casos que por una leve demora en la atención o bien un mal resultado obtenido –porque a pesar

de los médicos una enfermedad puede progresar y complicarse-, trae asociada una agresión hacia el agente de salud. Tenemos muchos casos mensuales y eso se sabe y ahuyenta a los que se postulan a cubrir los cargos. Es más fácil y está más protegido dentro del Meléndez o el Oñativia...” (Meléndez y Oñativia son los dos hospitales provinciales ubicados en el territorio de Almirante Brown).

Es decir, que la conjunción de la falta de preparación para ejercer el rol profesional en el primer nivel de atención, la escasa remuneración y la relación directa que tienen los profesionales con la comunidad y los problemas sociales asociados a esa compleja relación horadan la practica ideal de APS.

Finalmente se entrevistó al titular de la cartera de Salud del Municipio de Ensenada (Dr. O. Ressa). He aquí algunas de sus reflexiones:

“...me cuesta conseguir personal idóneo como a todos los municipios. Cdo recién ingresan les falta preparación, por eso hacemos habitualmente cursos de actualización en APS. Y los médicos que ya hace tiempo están en el sistema, son complejos, se municipalizan, y pierden motivación. “...trato de pagar mejor que los municipios vecinos, aunque así todo, se me hace difícil ya que siempre prefieren un puesto de provincia”. “...les puse el control digital porque no cumplen... tienen 2 o 3 trabajos en el mismo tiempo físico, así que hace un año que opté por el control de la huella digital en las 11 Salas municipales... me deberán p...en 7 colores, pero es la única forma que encontré”.

A modo de conclusión:

Como modo de resumir los resultados se puede decir que se exploraron **variables de input** como la escasa cantidad de cátedras relacionadas con la formación del perfil generalista, de atención primaria de la salud (APS) y de Medicina Social durante la formación del médico (*4 de 60 en el nuevo plan de estudios*), las limitadas horas cátedra destinadas a la formación del perfil social, generalista o de APS (*sólo un 9.8% del total de la carrera*), la aceptable cantidad de cargos de residentes en la convocatoria para medicina general y o pediatría comunitaria pero que finalmente quedan vacantes por no son cubiertos por los postulantes, o la gran cantidad de cargos ofrecidos para generalistas y especialistas tanto en la provincia

de Buenos Aires como en el Municipio Local (La Plata) que restan vacantes por la falta de aceptación de los jóvenes profesionales que ingresan al mercado laboral.

También se determinaron **variables de output o resultados**, considerando entre ellas la escasa motivación de egresados por la medicina social, general y comunitaria o la casi nula vocación de servicio comunitario en los egresados (*solo 5% del total durante los 7 años de carrera*); la también escasa cantidad de preguntas correctamente respondidas en relación con la formación de generalista/medicina social/APS expuestas en el examen de residencia, la baja cantidad de cupos de generalistas ocupados en la convocatoria de la residencia médica ya mencionada, o la vacancia de cargos de generalistas y especialistas en municipio o provincia que no son cubiertos.

Finalmente, se analizaron algunas variables de outcome o impacto de la formación de médicos en nuestra casa de estudios. Para ello se eligieron medir variables tales como la autopercepción de los egresados respecto a la preparación que le brindara la formación de pre-grado para realizar las prácticas relacionadas con Atención Primaria de la Salud; o el grado de satisfacción de las autoridades sanitarias con el desempeño de los médicos recientemente incorporados al sistema municipal de salud. En relación con el primer ítem se han aportado datos sobre la percepción de los egresados respecto a su capacidad potencial de resolver problemas de APS, siendo ésta deficiente. Por el otro lado, las 3 autoridades sanitarias coinciden que aquellos jóvenes profesionales que cubren los puestos de APS ofrecidos, se encuentran escasamente preparados para cumplir con las necesidades del sistema de salud, y que su perfil es inadecuado para el papel que deben cumplir en el Centro de APS.

Discusiones finales y propuestas.

El desarrollo del país en el marco de las nuevas exigencias mundiales de este nuevo siglo requiere la renovación de las universidades para que puedan formar los profesionales que serán la simiente del cambio. La creación de una nueva universidad o la reforma de una ya existente abre siempre la posibilidad de la innovación. Pero la renovación suele consistir generalmente en la creación de nuevas carreras, con nuevas materias o nuevas combinaciones y permutaciones de materias. Es decir, la innovación suele girar siempre en torno de lo que se enseña. De este modo se perpetúa otra inercia, menos perceptible que es la de las burocracias universitarias: la inercia del pensamiento sobre cómo enseñar lo necesario.

Los principales obstáculos que impiden que se produzca la aproximación al paradigma sociomédico que reclama la Sociedad actual y que el perfil del estudiante formado no sea el esperado podrían deberse a 2 causas: las propias percepciones iniciales de los postulantes a la carrera y/o bien la incapacidad de los docentes para transmitirles la impronta deseada durante su permanencia en la casa de estudios.

Al respecto se puede aportar que la enseñanza médica superior en Argentina se caracteriza por contar con un considerable número de docentes vinculados a la asistencia médica en hospitales públicos y clínicas privadas, así como en Centros de Atención Primaria de Salud (Salitas), que por su peso en la educación médica, requieren de especial atención⁴⁰. Generalmente, los docentes son profesionales de las Ciencias Médicas (médicos activos), quienes “además” ejercen la docencia, muchos sin una adecuada preparación pedagógica que los forme, no solamente para transmitir los conocimientos y experiencias en las diversas disciplinas de las Ciencias Médicas, sino para la realización de la labor educativa que se requiere en la formación del profesional de la salud que exige el compromiso social.

De ello se deduce, que pueden no resultar suficientes para la formación del alumno o del resto del equipo docente, los conocimientos que sean capaces de transmitir a través del proceso de enseñanza y de aprendizaje, sino que unido a esos conocimientos de la ciencia, la educación requiere de otros componentes que

conforman la profesionalidad del docente. Estos aspectos deberían transmitirse a los estudiantes para lograr ese perfil de egresado deseado, sosteniendo “los conocimientos, habilidades profesionales y valores humanistas como parte del dominio de las ciencias que enseña”⁴¹.

Por lo expuesto se debe incrementar la profesionalidad pedagógica del personal docente en este sector, a partir de la elevación del nivel pedagógico y didáctico de éstos y asumiendo como criterio de profesionalidad “la síntesis entre los valores y cualidades morales que caracteriza la esencia humanista de la labor de profesores y auxiliares en el dominio de la ciencia que enseña, de los métodos y de las habilidades pedagógicas que garantizan el desempeño de su función, avalado por la experiencia práctica acumulada, los resultados y los logros obtenidos en su vida profesional cuyos componentes fundamentales son: El componente ideológico y humanista; y los conocimientos habilidades profesionales y didácticas. Resultados y logros de su desempeño profesional.”⁴¹

En la docencia se conjugan entonces los conocimientos, habilidades profesionales y didácticas, que expresan la experiencia pedagógica de quien logre dominarla en su desempeño profesional y sólo así puede considerarse al personal docente en plena capacidad para lograr el modelo de egresado deseado⁴².

Una de las razones por las que estamos relativamente desprovistos de propuestas innovadoras para los métodos de la enseñanza superior es que el proceso de aprendizaje en la enseñanza superior ha sido más objeto de reflexión filosófica que de investigación científica⁴³. A esto ha contribuido el hecho de que la Pedagogía, desde el punto de vista teórico como experimental, ha centrado su atención en el proceso de formación de las capacidades intelectuales de los estudiantes⁴²⁻⁴⁵.

La falta de una problemática educativa enseñanza superior sólidamente fundada en investigaciones científicas, que puedan aportar datos objetivos respecto a las problemáticas, ayuda a que la cuestión de la calidad de la enseñanza superior suela estar centrada en la discusión de los contenidos (qué se enseña), con referencias marginales al cómo se enseña. A esto contribuye la creencia

generalizada de que un buen profesor es aquel que domina académica o profesionalmente su materia, generalmente un profesional especialista en algún campo científico o técnico, aunque sea un improvisado en su tarea específica dentro de la universidad: enseñar⁴⁴. Esta situación es la que habitualmente se observa en los docentes de la facultad de ciencias médicas de la UNLP. Son profesionales de la salud que ejercen en un hospital y que también se convirtieron en docentes de la carrera, muchas veces sin preparación alguna para esta última labor.

Por otro lado, en la unidad académica (Facultad de Ciencias Médicas) las concepciones del currículo que se centran en los contenidos y en la concatenación de las materias, vigilando la docencia se concentre en asegurar que se "enseñen" los contenidos programados y que el profesor sea "exigente" al evaluar la capacidad del alumno para repetir, utilizar o, en el mejor de los casos, crear nuevas combinaciones de ideas sobre la base de lo que se quiso transmitirle. Las condiciones y naturaleza del proceso de enseñanza-aprendizaje que transcurre cotidianamente en los centros de estudio superior, pasan inadvertidas, sin ser objeto de reflexión o discusión.

El diagnóstico que fundamenta esas respuestas supone que, desde los años '90, las universidades cumplían su función de brindar calidad y cantidad de sus servicios (sean estos profesionales, o productos de investigación o extensión). De acuerdo a esa visión, sólo habría que adaptar el perfil de graduados a un mercado cambiante, y la flexibilidad consistiría en estar dispuestos a reestructurar los currículos y la oferta de carreras cada dos o tres generaciones de graduados.

Otra visión, tal vez más esclarecedora del momento actual, afirma que la universidad nunca ha llegado a cumplir a cabalidad con su propio paradigma: la formación de profesionales competentes y creativos, capaces de manejar las reglas de elaboración y uso del discurso crítico-racional y de traducirlo en reglas de acción de eficacia superior. Los exámenes de residencias a los que se hizo mención en este trabajo muestran que se puede egresar de nuestra universidad en condiciones de analfabetismo funcional y escasa preparación para resolver los problemas más sencillos de la población.

Más allá de las serias restricciones económicas que puedan llevar a los graduados a elegir opciones relacionadas con la ultraespecialización, es evidente el debilitamiento de la motivación por ejercer en un ámbito territorial e institucional (Centros de APS municipales) donde verdaderamente los saberes profesionales son necesarios y pueden cambiar la realidad de una comunidad. Tal motivación, contraria a los perfiles deseados por la casa de estudios, ha tenido más que ver con los canales de ascenso social que experimentó la profesión médica que con la encarnación de una necesidad cultural profunda de acceder a un pensamiento racional respecto al futuro de la profesión.

El hecho de que la insuficiente competencia intelectual y técnica de los graduados para participar en los procesos extra-universitarios (ej: proyectos comunitarios) puede ser consecuencia de lo poco atendido que estuvo este aspecto durante su formación de grado. La desconexión entre el proceso de enseñanza y de aprendizaje respecto de la realidad externa a la universidad fue la exacerbación del ciclo de autoconsumo de sus propios paradigmas donde el egresado fue capacitado (y elige un destino acorde) para dictar atender las necesidades de unos pocos que consumen la medicina de la alta complejidad o la ultra especialización.

Resulta claro del análisis curricular efectuado, que existe una incongruencia entre el perfil expresado por la unidad académica de Ciencias Médicas UNLP, y la currícula original y aún peor, la nueva y actual reforma curricular. Las materias dedicadas a la promoción de la salud y la prevención de males, son sólo 5 de un total de 36 en el plan viejo o de las 60 del nuevo plan. Asimismo, la carga horaria de aspectos de la APS, no supera en 10% del total de la carga horaria de la carrera.

Es entonces lógico que los egresados tengan un desempeño sub-óptimo en las evaluaciones relacionadas con la APS, o que se vuelquen en seleccionar otras ramas de la medicina por fuera de la APS para dedicarle su práctica futura.

Claro está que según se demostró en el presente estudio, el alumno ingresante no tiene intención a priori de hacerse ultraespecialista, y es más, a través de las encuestas y entrevistas se objetivó que a su ingreso los estudiantes poseen una visión idealista respecto a su futuro rol social como médico. Entonces los

docentes de la carrera de medicina (entre los que me incluyo), debemos preguntarnos ¿qué nos pasa que recibimos jóvenes idealistas en primer año y luego de 7 años con nosotros se convirtieron en individualistas y extremadamente personalistas?. Es cierto que la edad, y la madurez luego de 7 años puede incidir en los perfiles, pero aún así, no se le debe quitar responsabilidad al tipo de formación, a debida cuenta que alumnos de las mismas edades cursando o habiendo egresado de otras unidades académicas, poseen una visión más solidaria, desinteresada y altruista, como lo demuestra su grado de participación en proyectos comunitarios, de extensión o voluntariados. Nada de estos aspectos del perfil puede resolverse meramente revisando contenidos. El proceso de producción y reproducción del perfil, del conocimiento y de las habilidades técnico-profesionales requiere una profunda revisión si el objetivo es el reconectar la universidad con la sociedad. Cada alumno trae una experiencia vital asociada a contextos determinados, que luego se ve cristalizada en conocimientos, categorías y criterios básicos, valores, actitudes, hábitos, expectativas, a lo largo de la carrera; todo lo cual incide directamente tanto en sus capacidades básicas como en su contribución a la producción colectiva de significado en el proceso de enseñanza y de aprendizaje.

El pobre reconocimiento social del médico de APS es otro elemento poderoso para explicar parcialmente (en conjunto con los demás elementos expuestos), la realidad actual descrita sobre el tipo de egresados formado por la Facultad de Ciencias Médicas, UNLP.

Seguramente la calidad de la docencia y de los docentes, los modelos “a copiar” de profesionales mostrados a los alumnos, y la propia currícula también ha colaborado en los resultados insatisfactorios mostrados en los resultados de este documento.

Finalmente se debe reconocer que el mercado laboral también incide en los perfiles de los egresados y en la elección de la rama de la medicina que adoptarán los recientes graduados.

Una vez explicitadas las posibles causas del perfil de egresados generado en la Unidad Académica “Ciencias Médicas de la UNLP”, y teniendo en cuenta que los

resultados obtenidos distan de ser los esperados por la propia Institución, resulta oportuno discutir las posibles alternativas para acercar ambos planteos (perfil deseado/perfil obtenido).

Algunos lineamientos que podrían plantearse como solución para mejorar la situación descrita son los siguientes:

- Incrementar en la Facultad de Ciencias Médicas una mayor cantidad y calidad de elementos "comunitarios" (contenidos, habilidades y prácticas) para así dotar a los estudiantes de un mayor conocimiento de su propia sociedad, a fin de incrementar su compromiso para con ella. Tal vez de esta forma, se pueda ir construyendo un perfil comunitario que permita elegir las ramas de la medicina que sean más necesarias para el colectivo social, dejando de lado actitudes personalistas e individualistas. Esto podría lograrse adecuando el número de materias incorporando un mayor número de asignaturas sociales en el nuevo plan de estudios o asignándole una mayor carga horaria de las mismas.

- Garantizar en los docentes el mismo perfil que se espera obtener en los alumnos, para que los primeros puedan convertirse en modelos a seguir, para los estudiantes. Será sumamente difícil lograr el perfil de APS en los estudiantes si sus docentes tienen una visión diametralmente opuesta a esa concepción de la Salud. Una propuesta podría ser que estos aspectos se tengan en cuenta y se ponderen al momento de realizarse los concursos para ocupar los cargos docentes.

- Reformular los objetivos de aprendizaje, no ya como la asimilación eficiente de determinados conocimientos por parte de los alumnos, sino la formación de profesionales con autonomía creativa, capaces de diagnosticar problemas y de plantear alternativas construyendo consensos de manera dialógica, en interacción otros agentes de salud.

Estos cambios podrían colaborar a instalar las modificaciones necesarias para que el estudiante (no importa con el perfil con el que ingreso) pueda alcanzar el perfil deseado compartiendo un estrecho contacto durante un período de 6 años con docentes motivadores y con un plan de estudios adecuado al perfil que se espera lograr, cumpliendo así con las expectativas profesionales que la sociedad soñó para él.

Es real que para el logro del perfil deseado por la Facultad, los alumnos deben también realizar diferentes actividades como cursar materias afines a lo social, o asistir centros de salud municipales/barriales en contacto directo con la comunidad (entre los cuales el Hospital no estaría incluido por ser de segundo nivel de complejidad), establecer instancias tutoriales, elaborar trabajos comunitarios, etc. Dado la idiosincrasia de la Facultad y de la carrera de Medicina en sí, estas actividades no ocurren en un horario estipulado y fijo a lo largo de los años, y son más un motivo de una elección personal que realiza el estudiante, que una actividad obligatoria programada.

Tener en cuenta estas falencias a la hora de reconsiderar modificaciones a las futuras currículas e incorporar las actividades comunitarias dentro de la carga académica, podrá garantizar una oportunidad para orientar a los estudiantes hacia un perfil social.

A modo de **conclusión del presente trabajo**, se podría reforzar el concepto que la planificación basada en las competencias tiene un rol fundamental en la obtención de resultados educativos, pero el currículum oculto de la institución en la que se forman los estudiantes no siempre responde al currículo esperado por el mercado laboral o la comunidad⁴⁶⁻⁵³. Hay una nueva serie de competencias que no estaban incluidas en los antiguos diseños de la enseñanza, los docentes y los planes de estudio.

Frente a todos estos conceptos debemos preguntarnos si nuestras unidades académicas relacionadas con la Salud (Ciencias Médicas, Exactas, Odontología) contemplan las nuevas necesidades y competencias. Asimismo, cabe reflexionar sobre si los docentes estamos preparados para formar esos perfiles profesionales?

Como se expresó en este trabajo, en Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata, las materias que tratan de aspectos sociales del ser humano, de promoción de la salud, y prevención de enfermedades y de la estrategia de APS son Sociales, Salud y Medicina Comunitaria, Salud Ambiental, Ecología Humana, Salud Pública I y II, son el 14.7% del total de la currícula y las horas asignadas a las mismas son sólo el 8.2% de las horas totales obligatorias de la carrera. En este sentido podría aplicarse el aforismo de “No se quiere lo que no se conoce”.

No obstante, en el nuevo plan de estudio, existen 1600 horas asignadas a la práctica final obligatoria (PFO) que probablemente podrían fortalecer las debilidades del anterior plan, dándoles la oportunidad a los estudiantes, previamente a su graduación y a realizar la elección definitiva de su futuro, elegir ejercer como médico generalista.

De establecerse a nivel de formación de grado, pautas regladas, periódicas y programadas para las prácticas comunitarias, garantizar espacios y horarios suficientes para incorporar contenidos, habilidades y competencias relacionados con el perfil deseado, y contar con docentes que cuenten con una formación comunitaria y una vocación de servicio que puedan ser un modelo a imitar por los estudiantes; podrá acercar el deseo a la realidad respecto al perfil logrado entre los egresados de la carrera de medicina.

Resulta también necesario articular las políticas de formación de posgrado (fundamentalmente de las residencias) entre todos los actores intervinientes: instituciones formadoras de grado y posgrado, servicios de salud y gobiernos locales.

En este sentido se debe reconocer que la Universidad aunque es un actor principal, es sólo uno de los tantos actores responsables de formar a los profesionales, y debería acordar con otras instituciones responsables de instancias de decisión laboral (gobierno, instituciones de servicios, organizaciones de la sociedad civil) en las cuales, esos futuros profesionales ejercerán sus saberes.

Se debe debatir cuáles son las reales necesidades y cuál es el tipo de profesional que necesitamos. De lo contrario esto queda en una cuestión corporativa donde los que regulan el ingreso o la entrada al mercado de trabajo son las corporaciones. Es necesario pensar además qué otros mecanismos se requieren instalar o utilizar para redistribuir a los profesionales que forma el sistema, para generar incentivos que favorezcan la radicación en zonas de necesidades insatisfechas y esto debe ser enmarcado en una política global.

Es importante incluir el debate al interior del sistema de salud y de los propios hospitales, lo que permitirá discutir contenidos y perfiles de las residencias, no sólo desde la lógica de los servicios de salud sino insertas en una política de recursos humanos. De este modo se podrán generar las condiciones para que el proyecto educacional, el aprendizaje en práctica profesional resulte transformador.

Es prioritario generar los mecanismos que posibiliten la implementación de políticas activas de Recursos Humanos en Salud. Este proceso debería ser liderado por el Estado a través de sus áreas de Educación, Salud y Trabajo en los distintos niveles nacionales, provinciales y municipales y en él debieran participar los demás actores involucrados, asociaciones profesionales, representaciones gremiales, sociedades científicas y por supuesto, la población.

Los empleadores del sub-sector público deber ser coherentes en jerarquizar el cargo de médico generalista que necesitan para que sea la puerta de entrada al sistema de salud ponderando no sólo el nivel de las prácticas relacionadas a los mismos, sino también valorando económicamente y socialmente la labor realizado por estos profesionales.

Referencias Bibliográficas

1. Santos B.de S. *Reconocer para liberar*. Colección Reinventar la emancipación Social. Ed. Desclée. Bilbao. 2003, 3: 24-29.
2. Santos B.de S. *La Universidad en el Siglo XXI para una reforma democrática y emancipadora de la universidad*. Colección Educación Superior. Bs. As. Ed. Miño y Davila. Laboratorio de Políticas Públicas. 2005, 1: 65-84
3. Díaz Barriga A. "Currículum. Tensiones conceptuales" en *Revista Investigación y Educación*, Vol. 5, No. 2, 2003. Disponible en <http://redie.uabc.mx/vol5no2/contenido-diazbarriga.html>
4. De Alba A. *Evaluación curricular conformación conceptual del campo*, Ed CESU-UNAM, México DF, 1991.
5. De Alba A. *Currículum-sociedad*. Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación. Plaza y Valdés, México, D.F; 2007.
6. Bourdieu, P. *El oficio del sociólogo*. Siglo XXI, México, 1975, 20-25 y 51-72.
7. Institute of Medicine. National Academy of Sciences. *A manpower policy for primary health care*, 1978.
8. CONEAU. Perfil del Egresado. [Los procesos de acreditación de carreras de Medicina](http://www.coneau.edu.ar/archivos/1229.pdf). Buenos Aires, 2000. Disponible en: www.coneau.edu.ar/archivos/1229.pdf
9. Brailovsky C. (2001). "Educación Médica, Evaluación de las Competencias" en *Aportes para un Cambio curricular en Argentina 2001*. Buenos Aires, Argentina: Organización Panamericana de la Salud.
10. Rutten F., Bonsel G. J.: *High cost technology in health care: a benefit or a burden?* Soc. Sci. Med. 35: 567-77, 1992.
11. Welch G. H.: Should the health care forest be selectively thinned by physicians or clear cut by payers? *Annals of Internal Medicine* 115: 223-226, 1991.
12. Greenfield S., Nelson E., Zubkoff M.: Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. *JAMA* 267: 1624-1630, 1992.
13. Rhee S., Luke R., Lyons T., Payne B.: Domain of practice and the quality of physician performance. *Med. Care* 19: 14-23, 1981.
14. Vuori H.: The relevance of primary health care for industrialized countries. *World Hosp.* 18: 23, 1982.

15. Noble J., MacDonald P., Thane M. y col.: The core content of a generalist curriculum for general internal medicine, family practice and pediatrics. *J. Gen. Intern. Med.* 9: s31-s42, 1994.
16. Perfil solicitado en el sistema de Residencias Públicas de la Provincia de Buenos Aires. Ed. Min Salud de Bs. As., La Plata, 2008. Disponible en: www.ms.gba.gov.ar/servicios/ResidenciasBasicas2008.
17. Gutiérrez-Medina S., Cuenca-Gómez D., Álvarez-De Toledo O. ¿Por qué quiero ser médico? en *Educ Med* 2008; 11 (Supl 1): S1-S6
18. Marañón-Cabello A. Enseñar a ser médico. *Educ Med* 2008; 11 (Supl 1): S7-S9.
19. Díaz-Veliz Martínez E, Ramos-Ramírez R. Algunas reflexiones en torno a la atención médica integral a la familia. *Rev Cubana Educación Médica Superior* 2002 [online]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_2_02.
20. M. Rocha-Vázquez, M.A. San Juan-Bosch. Evaluation of the professional competition of residents of Integral General Medicine for the attention to the family. *Educ. méd.*, Barcelona, 2010; 13, 1: 20-24.
21. Aguilera-García L, Casado-Vicente V. Competencias esenciales en el nuevo programa de medicina familiar y comunitaria. *EIDON 2003* [online]. URL: <http://www.fcs.es/fcs/esp/eidon/introesp/eidon12/sumano>.
22. Toledo-Manrique A, Mazzetti-Soler P, Del Carmen-Sara J, Bustamante-Quiroz R, Salazar-Robles M. Guías de implementación del programa de familias. Lima: Ministerio de Salud; 2005. URL: <http://minsa.gob.pe>.
23. Enrique-Ospina Aguirre J. Atención domiciliaria integral [monografía online]. URL: <http://www.monografias.com/trabajos20/atencion-domiciliaria/atencion-domiciliaria.shtml>.
24. Tizón J.L. El modelo biopsicosocial: la práctica de la teoría es imposible sin una política para la práctica. *Aten Primaria* 2007; 39: 451-3.
25. Rocha-Vázquez M., San Juan-Bosch M.A. Evaluación de la competencia profesional de residentes de Medicina General Integral para la atención a la familia. *Educ Med* 2010; 13 (1): 41-46
26. Outomuro D. Algunas paradojas en la enseñanza actual de la medicina interna en Argentina. *Educ Med* 2010; 13 (3): 137-143
27. Baños J.E., Sentí M., Miralles R. Contacto precoz con la realidad asistencial: una experiencia piloto en medicina. *Educ Med* 2011; 14 (1): 39-47.

28. Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach* 2006; 28: 3-18
29. Woollard B. Caring for a common future: medical schools social accountability. *Med Educ* 2006; 40: 301-11.
30. Boelen C. Social accountability and excellence *EDUC* 2009; 12 (4): 199-205
31. OMS. Conferencia insta a la Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
32. Marhuenda Fluixá F. La cualificación profesional básica: competencias para la inclusión sociolaboral de jóvenes en *Revista de Educación Médica*. 2006; 341:21-25.
33. Candreva A y Morandi G. El Curriculum Universitario. Entre la Teoría y la Práctica. UNLP. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es>
34. González E, Herrera R, Zurita R. Diseño curricular basado en competencias y aseguramiento de la calidad en la educación superior. Centro Interuniversitario de Desarrollo. Disponible en: http://aula.virtual.ucv.cl/aula_virtual/cinda/cdlibros/calidad.pdf
35. Espinola BH, Bluvstein S, Melis IG y Gonzalez MA. La formación de competencias clínicas según la percepción de los graduados de medicina de la Universidad Nacional del Nordeste, UNNE, Argentina. *Educ Méd* 2005; 8,1: 31-37.
36. Vallese MC; Roa R. Primer censo de Residencias de medicina familiar y general en la República Argentina *Arch Med. Fam y General* 2005; 1: 25-38.
37. Trow, M., "Problems in the Transition from Elite to Mass Higher Education". En OECD, *Policies for Higher Education. General Report of the Conference on Future Structure of Post-Secondary Education*. Paris: OECD, 1974, pp. 51 – 101.
38. Bracchi C Los "recién llegados" y el intento para convertirse en "herederos": un estudio socioeducativo sobre estudiantes universitarios. Tesis de Maestría. La Plata. Buenos Aires. Argentina, 2004.
39. Buraschi Jorge A., Duro, Eduardo A., Buraschi, María F. et al. Percepción de los alumnos de quinto año de medicina sobre algunas de sus competencias clínicas. *Arch. Argent. Pediatr.*, sept./oct. 2005, vol.103, no.5, p.444-449.

40. Chacón Arteaga NL. Ética y profesionalidad. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 1999; 15-18.
41. Freire, P.; Guimaraes, S. Sobre educação (Diálogos). [2da. ed.]. Paz e Terra. São Paulo, 1986. p. 103.
42. Aisenson, D.; Aisenson, G.; Batlle, S.; Legaspi, L.; Valenzuela, V.; Polastri, G.; Sanabria, R. & Duro, L. (2007b). Representaciones de jóvenes que finalizan la escuela media sobre la escuela, el trabajo y el apoyo social. En Memorias de las XIV Jornadas de Investigación en Psicología y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR (pp 205-208).
43. A Novel Outcome-Based Educational Model and its Effect on Student Learning, Curriculum Development and Assessment. *J Inform Techn Educ.* 2003; 2: 203-219.
44. Crossley J., Humphris G., Jolly, B.(2002) Assessing health professionals. *Medical Education*, 36, 800–804.
45. Abramzón y colaboradores, Secretaría de Planificación de la UBA. en Recursos Humanos en Salud en Argentina, 2001, OPS/OMS.
46. Marin GH. El Recurso Humano en la APS provincial. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Ed. MSGBA.2007;1:8-18.
47. García, Ginés y Tobar, Federico. Más salud por el mismo dinero. La Reforma del Sistema de Salud Argentino. Buenos Aires, Grupo Ed.Latinoamericano-ISALUD, 1997.
48. González García, Ginés y Tobar, Federico, Salud para los argentinos: economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina. Buenos Aires, ISALUD, 2004.
49. Ojea O, Barragán H. El plan federal de salud. Fundamentos de salud pública, 2008; 411-417
50. Felletti G., Cameron D., Dwanson-Sanders B., Groseilliers J.P. des, Dooley B., Farmer E., McAvoy P. In-training assessment. In Newble D., Jolly B., Wakeford R. Ed. The Certification and Recertification of Doctors: Issues in the Assessment of Clinical competence. 1994; 151-166. Cambridge: Cambridge University Press.
51. Laine, C., & Davidoff, M. Patient-centered medicine: a professional evolution. *JAMA*, 1996;275, 152-156.

52. Fullan, M., & Pomfret, A. Research on curriculum and instruction implementation. *Review of Educational Research* 1977; 47,1: 335-397.
53. Perrone N y Moreno E. Experiencias de gestión pública en salud Subsecretaría de Salud de la provincia de Neuquén. Min Salud de Neuquén. Neuquén, 1999. Disponible en: <http://www.cippecc.org/nuevo/pics>

ANEXOS

Modelo de encuesta a Ingresantes

ENCUESTA

Perfil de los Estudiantes de Medicina de la ciudad de La Plata / Ingresantes

1. Sexo Femenino Masculino
 Edad de 18 a 25 años de 25 a 30 años más de 30 años

Lugar de origen La Plata Int. Prov. de Bs. As Cap. Federal Interior del país Exterior

2. Máximo nivel educativo alcanzado por

Padre	Madre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Primaria incompleta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Primaria completa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Secundario incompleto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Secundario completo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Terciario incompleto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Terciario completo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Universitario incompleto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Universitario completo

Ocupación de

Padre	Madre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Obrero
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Empleado del sector público
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Empleado del sector privado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patron
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Profesional

Vivienda de los padres Tienen casa propia? Sí No

3. Del alumno...El colegio al que asistió es?
 público privado laico privado religioso
 Municipio en el que se halla ubicado el Colegio:

4. Ciudad de origen
 La Plata (si elige esta opción pasa a pregunta 4.a)
 Otras ¿Cuál? (si elige esta opción pasa a pregunta 4.b)

4a. Con quien vive? (responde y pasa a pregunta 5)
 familia de origen otros parientes pareja compañero/amigo

4.b. Hasta que llegó a La Plata, con quién vivía?
 familia de origen otros parientes pareja compañero/amigo

4.c. Dónde vive actualmente?
 familia de origen otros parientes pareja compañero/amigo
 residencia universitaria pensión solo en depto. alquilado

5. Está trabajando actualmente?
 Sí (si la respuesta es sí, pasa a 5b)
 No (si la respuesta es no, pasa a 5c)

5.a. Si la respuesta es Sí, a qué se dedica?
 Obrero Trabajador por cuenta propia
 Empleado del sector público Empleado del sector privado
 Becario Docente en formación

5.b. Su trabajo actual está relacionado con la medicina?
 Sí No

5.c. Dedicación al trabajo
 entre 8 y 10 hs entre 6 y 8 hs menos de 6 hs

5.d. Cómo solventa sus gastos? Por medio de...
 sus padres beca de estudio
 otros familiares o amigos ayuda estatal

6. Estudió anteriormente otra carrera universitaria?
 Sí (si la respuesta es sí, pasa a 6b) No

6.a. Con orientación en:
 Ciencias Exactas Ciencias Sociales Ciencias Naturales

6.b. Finalizó esa carrera?
 Sí No (si la respuesta es no, pasa a 6c)

6.c. Por qué no?
 dificultades económicas bajo rendimiento académico
 cambio de ciudad cambio de carrera
 dificultades familiares enfermedad
 otros

7. Seleccione el motivo principal que lo llevó a elegir medicina como carrera
 Por tradición familiar (tengo padre/madre/otro familiar médico)
 Para ayudar al prójimo
 Esta profesión universitaria garantiza prestigio y reconocimiento social
 Para colaborar en que el derecho a la salud sea garantizado a toda la población
 Es una profesión bien remunerada y que me permite ascender social y laboralmente
 Este estudio universitario me permite hacer aportes a la solución de los problemas de la comunidad

8. Tiene pensado en qué se va a especializar?
 Sí (si la respuesta es sí, pasa a pregunta 8.a) No

8.a. En qué especialidad?:
 Cirugía/Ginecología Pediatría
 Trasplante Medicina familiar
 Clínica Generalista
 Neurología/cardiólogía/neumología Medicina social
 Neurocirugía Otros

9. Desarrolla o ha desarrollado alguna actividad comunitaria?
 Sí : cuál? No

10. Cómo le gustaría ser recordado?... Como alguien que:
 Ascendió social y económicamente Alcanzó su independencia personal
 Con su profesión ayudó al prójimo Tiene prestigio, poder e influencia
 Prestó servicios a la comunidad Como alguien ético y persona de bien

11. Escriba las expectativas que tiene para la carrera y futura profesión de médico:

Modelo de encuesta a Egresados

ENCUESTA

Perfil de los Estudiantes de Medicina de la ciudad de La Plata / Futuros Egresados

1. **Sexo** Femenino Masculino
Edad de 18 a 25 años de 25 a 30 años más de 30 años

Lugar de origen
 La Plata Int. Prov. de Bs. As Cap. Federal Interior del país Exterior

2. **Máximo nivel educativo alcanzado por**

Padre	Madre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Primaria incompleta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Primaria completa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Secundario incompleto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Secundario completo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Terciario incompleto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Terciario completo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Universitario incompleto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Universitario completo

Padre	Madre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Obrero
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Empleado del sector público
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Empleado del sector privado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patrón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Profesional

Vivienda de los padres Tienen casa propia? Si No

3. **Del alumno...El colegio al que asistió es?**
 público privado laico privado religioso

Municipio en el que se halla ubicado el Colegio:

4. **Ciudad de origen**
 La Plata (si elige esta opción pasa a pregunta 4.a)
 Otras ¿Cuál? (si elige esta opción pasa a pregunta 4.b)

1

4.a. **Con quien vive?** (responde y pasa a pregunta 5)
 familia de origen otros parientes pareja compañero/amigo

4.b. **Hasta que llegó a La Plata, con quien vivía?**
 familia de origen otros parientes pareja compañero/amigo

4.c. **Dónde vive actualmente?**
 familia de origen otros parientes pareja compañero/amigo
 residencia universitaria pensión solo en depto. alquilado

5. **Está trabajando actualmente?**
 Si (si la respuesta es sí, pasa a 5b)
 No (si la respuesta es no, pasa a 5e)

5.a. **Si las respuesta es Sí, a qué se dedica?**
 Obrero Trabajador por cuenta propia
 Empleado del sector público Empleado del sector privado
 Becario Docente en formación

5.b. **Su trabajo actual está relacionado con la medicina?**
 Si No

5.c. **Dedicación al trabajo**
 entre 8 y 10 hs entre 6 y 8 hs menos de 6 hs

5.d. **Cómo solventa sus gastos? Por medio de...**
 sus padres beca de estudio
 otros familiares o amigos ayuda estatal

6. **Estudió anteriormente otra carrera universitaria?**
 Si (si la respuesta es sí, pasa a 6b) No

6.a. **Con orientación en:**
 Ciencias Exactas Ciencias Sociales Ciencias Naturales

6.b. **Finalizó esa carrera?**
 Si No (si la respuesta es no, pasa a 6d)

2

6.c. **Por qué no?**
 dificultades económicas bajo rendimiento académico
 cambio de ciudad cambio de carrera
 dificultades familiares enfermedad
 otros

7. **Seleccione el motivo principal que lo llevó a elegir medicina como carrera**
 Por tradición familiar (tengo padre/madre/otro familiar médico)
 Para ayudar al prójimo
 Esta profesión universitaria garantiza prestigio y reconocimiento social
 Para colaborar en que el derecho a la salud sea garantizado a toda la población
 Es una profesión bien remunerada y que me permite ascender social y laboralmente
 Este estudio universitario me permite hacer aportes a la solución de los problemas de la comunidad

8. **En qué se especializará?**
 Cirugía/Ginecología Pediatría
 Trasplante Medicina familiar
 Clínica Generalista
 Neurología/cardiología/neumología Medicina social
 Neurocirugía Otros

8. a. **Se presentará para el examen de residencia médica?**
 Si NO

9. **Desarrolla o ha desarrollado alguna actividad comunitaria?**
 Si : cuál? No

10. **Como le gustaría ser recordado?.... Como alguien que:**
 Ascendió social y económicamente Alcanzó su independencia personal
 Con su profesión ayudó al prójimo Tiene prestigio, poder e influencia
 Prestó servicios a la comunidad Como alguien ético y persona de bien

11. **Escriba las expectativas que tenía al ingresar a la carrera. Considera que se han modificado?. En caso de que sí en qué sentido? Y qué cree que influyó en esta modificación?**

.....

.....

.....

3