

Universidad Nacional de La Plata

Especialización en Docencia Universitaria

Trabajo Integrador Final

“Diseño de una propuesta pedagógica de “trabajo de campo” para el aprendizaje de prácticas preventivas en la Cátedra de Epidemiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP”

Alumno: Mg. Martín Silberman

Director: Mg. Glenda Morandi

Co-Director: Dra. Graciela Etchegoyen

Índice

	Página
Presentación	3
Justificación de la Relevancia de la Realización del Proyecto	4
Objetivos de la Propuesta	7
Diagnóstico inicial	8
Análisis cuantitativo	14
Experiencias previas	23
Diagnóstico cualitativo	24
Conclusiones	34
Marco teórico	38
Propuesta pedagógica.....	49
Objetivos de la Propuesta.....	50
Sujetos participantes.....	51
Población de estudio.....	56
Etapas de la Práctica.....	57
Productos esperados.....	59
Cronograma.....	60
Reflexiones Finales	61
Bibliografía.....	67
Anexos	63

El presente trabajo consiste en el diseño de una propuesta pedagógica que incorpora las prácticas en terreno, entendiendo que esta estrategia de enseñanza constituye un ámbito fundamental en la adquisición de un conocimiento singular e irremplazable para el mejor desempeño de los futuros profesionales médicos.

Se trata del diseño de una propuesta metodológica para la realización de un trabajo en terreno por parte de los alumnos de la cátedra de Epidemiología de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas, para promover el aprendizaje de los contenidos relacionados a la prevención de enfermedades y su desarrollo.

De este modo, la estrategia diseñada procura lograr introducir a los alumnos en el estudio de las problemáticas sociales y sanitarias, en el propio lugar en el que se desarrolla la vida de los individuos y familias que consultan por problemas de salud. Pretendiendo que el contacto en terreno con estas problemáticas sirva para desnaturalizar las consecuencias que traen aparejadas las diferencias socioeconómicas de la población, específicamente en lo que respecta a la salud-enfermedad-atención. Se aboga porque ello conduzca a los alumnos a interrogarse sobre cuál deberá ser su aporte desde el rol profesional al equilibrio de las asimetrías sociales, a primera vista consideradas como dadas o “naturales”.

La cátedra en la que se desarrolla el presente trabajo es la de Epidemiología en la carrera de Medicina de la UNLP. La currícula prevé la adquisición de contenidos teóricos y herramientas prácticas relacionados con problemas de salud que afectan a grupos humanos. Estos contenidos y herramientas deben internalizarse de manera que puedan ser luego utilizados en el

manejo de problemáticas socio-sanitarias ya sea de pacientes individuales o de grupos.

Justificación de la relevancia del proyecto

El nuevo perfil del egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP establece formalmente la necesidad de formar un profesional comprometido con la realidad socioeconómica del país, que incorpore conocimientos, prácticas y actitudes que permitan darle al fenómeno de salud y enfermedad la complejidad que presenta.

Perfil del Médico a formar¹ (subrayado propio)

El Médico General deberá:

- § *Estar capacitado en conocimientos habilidades y actitudes necesarias y 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.*
- § *Ser 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.*
- § *Utilizar el método científico y el trabajo en equipo para su tarea de asistencia, docencia y de investigación.*
- § *Reconocer y asumir la importancia de la investigación básica, clínica y socio-epidemiológica en la práctica médica.*
- § *Resolver las urgencias en el primer nivel de atención en forma efectiva, eficiente y humanitaria.*
- § *Realizar el diagnóstico presuntivo de patologías no habituales articulando la estrategia de la interconsulta y/o derivación cuando la situación así lo requiera.*
- § *Comprender las necesidades de salud de las personas consideradas no sólo en sus aspectos físicos, sino también psicológicos, familiares, laborales y económicos.*

¹ Perfil del médico a formar publicado en la Página de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.L.P, disponible en: http://www.med.unlp.edu.ar//secretaria_asuntos_academicos.php?idbot= 2&itemi=perfil_medico

- § Diagnosticar los problemas de salud de la población identificando los grupos de riesgo.
- § *Reconocer oportunamente sus propias limitaciones frente a situaciones complejas que superan su capacidad.*
- § *Hacer un uso racional de las tecnologías de diagnóstico y terapéutica dentro de un contexto ético-moral y legal.*
- § *Diseñar, implementar y evaluar programas de cuidado de la salud en el primer nivel de atención.*
- § Tener una alta solidaridad humana con la persona y su grupo, así como un fuerte compromiso social con su medio.
- § Promover la salud a nivel individual y comunitario.
- § *Estar dispuesto a la autoevaluación y a la evaluación por pares de sus capacidades.*

Sin embargo, la realidad es un tanto diferente, ya que el tipo de inserción laboral predominante en los nuevos profesionales se dirige a la súper especialización de la práctica.

Se observa lo que podríamos caracterizar como una cierta “correlación negativa” entre lo que pretende formar la currícula expresada en el perfil profesional y lo que finalmente resulta como destino laboral. Vinculado a esta situación vemos que los conocimientos que se vinculan con otras disciplinas de las ciencias sociales como la sociología, antropología e historia parecieran ser subalternos, y hasta marginales, de lo que constituye el núcleo principal de formación del profesional médico. Es por ello que la incorporación de experiencias de trabajo en terreno en el proceso de la formación resulta fundamental, en la medida que acerca al alumno a la realidad que modela los procesos de salud-enfermedad de las personas y grupos humanos. Esto refuerza la necesidad de contar con los conocimientos teóricos y prácticos que brindan las Ciencias Sociales.

La materia Epidemiología, al tratar problemas de salud que afectan a grupos humanos, necesariamente abre el foco a otras disciplinas que permiten complejizar las preguntas acerca de los determinantes de la salud.

Para poder incorporar esos conocimientos a la serie de competencias que debe adquirir un futuro profesional de la práctica médica, debe adecuarse la modalidad de enseñanza y deben estar vinculados a la problematización de hechos reales.

Es por ello que esta propuesta busca dar respuesta a la necesidad de complementar conocimientos, prácticas, actitudes y aptitudes que hacen del futuro médico un profesional capaz de incorporar la realidad compleja que rodea y determina las condiciones de salud de la población.

Objetivos del Proyecto

Objetivos generales

Desarrollar una propuesta pedagógica de práctica en terreno como estrategia formativa para la adquisición de conocimientos relacionados con los fenómenos de salud – enfermedad de la población en el marco de la materia Epidemiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.L.P.

Objetivos específicos

Definir el encuadre de desarrollo de la estrategia metodológica a diseñar en relación con los objetivos de formación del Programa de estudios de la Asignatura Epidemiología.

Precisar los objetivos específicos de la propuesta y los de aprendizaje de los alumnos en el marco de ésta en articulación con los saberes conceptuales y actitudinales implicados.

Diseñar las etapas de trabajo que incluirá el desarrollo de la puesta en práctica de la experiencia.

Elaborar una propuesta de evaluación de la experiencia para ser implementada desde la asignatura.

Es posible observar en los últimos treinta años una tendencia mundial estable hacia la formación de profesionales especializados y superespecializados en disciplinas médicas. Según datos de la Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, las residencias² en las que quedan cargos sin ocupar son aquellas denominadas básicas: pediatría, clínica, medicina general, etc. Mientras tanto, las vacantes son insuficientes en aquellas residencias relacionadas a mayor complejidad: neonatología, terapia intensiva, anestesiología, etc.³

Este proceso, que se fue dando en las últimas décadas, tiene múltiples factores que permiten analizarlo. Entre ellos, las políticas neoliberales implementadas en el país que impactaron fuertemente en el sector salud y por ende en la formación de los recursos humanos.

Este resultado hacia la superespecialización, en apariencia “no planificado”, responde a las necesidades de subsistencia del “mercado de la salud” y no a los objetivos buscados por las políticas sanitarias tendientes a mejorar la salud de la población en su conjunto.

En la propia Facultad pareciera darse una suerte de hipertrofia en cuanto a recursos humanos, económicos, físicos y de contenidos curriculares en las materias relacionadas a la alta especialización o a la vertiente biologicista “dura” privilegiando aquellos saberes relacionados a procesos mórbidos y su tratamiento, dejando a un segundo plano los determinantes que

² Las residencias se denominan al sistema de formación profesional realizado en servicio mediante pago de una Beca. Para ser llamado especialista, un médico debe acreditar una residencia de al menos tres años de duración en establecimientos acreditados para que luego de aprobar un examen de conocimientos, el colegio de médicos le otorgue el título de especialista.

³ Ministerio de Salud, Dirección Provincial de Capacitación para la salud.

explican dichos procesos. Las materias denominadas “Duras” son aquellas que tienen su base en los procesos biológicos que asientan en el cuerpo sin tener elementos teóricos relacionados con otras variables que expliquen los fenómenos de salud enfermedad. En estas materias la enfermedad “comienza”, “ataca” por factores externos a la voluntad como si fueran fenómenos naturales sin relación con determinantes sociales o culturales. La idea que subyace en estas materias es que el cuerpo es una máquina que puede ser subdividida en órganos y sistemas y analizadas por separado sin integración. Esto se da en materias troncales como Fisiología, Bioquímica, Anatomía, Patología, Clínica, y todas las materias del ciclo clínico. A modo de ilustrar se incluyen partes de los programas analíticos de las materias mencionadas:

Anatomía, extracto del programa analítico:

Copia de las 3 primeras “bolillas” del programa analítico de Anatomía (total de 34 bolillas)

Bolilla 1: Embriogénesis en general. Conducto torácico y gran vena linfática: orígenes, trayectos, afluentes, relaciones y abocamientos. Ciego y apéndice: ontogenia, peritoneo, irrigación e inervación; correlación entre sintomatología apendicular y sus diferentes situaciones en el abdomen. Plexo braquial: ramas colaterales: trayectos, ramas, relaciones. Rinencéfalo: filogénesis. Sistema límbico, consideraciones funcionales. Regiones de mano: palma y dorso.

Bolilla 2: Aparato locomotor, su ontogenia. Sistema óseo, su ontogenia, su clasificación. Linfáticos de la pelvis y del periné. Colon derecho: su situación; peritoneo, irrigación e inervación; espacios que contribuye a delimitar, relaciones. Plexo braquial: ramas terminales, orígenes trayecto, ramas, relaciones; áreas de inervación sensitiva. Inervación motora de los distintos grupos musculares; manifestaciones funcionales de sus alteraciones. Isocortex y neocortex: áreas corticales y localizaciones funcionales; fenómenos de dominancia; consideraciones funcionales. Región de la cadera y obturatriz.

Aquí observamos la idea que establece la anatomía desmenuzando el cuerpo humano en elementos, órganos, sistemas, dando la idea de máquina perdiendo la integridad del ser humano en contra de una visión holística del sujeto.

Lo mismo podemos observar en las otras materias de mayor carga horaria e importancia relativa como es Citología, Histología y Embriología, con el agregado que aquí también se divide a las estructuras en diferentes niveles, un nivel subcelular, nivel de célula y otro de tejidos.

Programa de Citología, Histología y Embriología:

Bolilla 4: Organoides. Membrana nuclear. Tercera semana del desarrollo embrionario. Desarrollo del cráneo. Formación del amnios. Ciclo reproductivo de las células. Tejido muscular. Útero. Timo. Recto, conducto anal. Dermis. Ganglios raquídeos. Esclerótica, coroides, cristalino.

Bolilla 5: Inclusiones. Mitosis. Gastrulación. Derivados mesodérmicos. Desarrollo de los órganos genitales externos. Sangre. Histofisiología de la paratiroides. Glándula mamaria. Parótida. Tipos celulares del timo. Ganglios simpáticos. Diente. Cordón umbilical.

Bolilla 6: Citoesqueleto. Ciclo celular. Cuarta semana del desarrollo embrionario. Crestas neurales y sus derivados. Implantación del embrión. Mesotelios. Tejido nervioso. Válvulas cardíacas. Capilares. Testículo. Esófago. Nefrón. Anexos oculares.

Bolilla 7: Núcleo en división. Diferenciaciones de membrana. Formación de la placenta. Derivados ectodérmicos. Deciduas del embarazo a término. Mecanismos de control del crecimiento celular y tisular. Cartílago. Nervios mielínicos. Adrenal. Histofisiología del ganglio linfático. Glándula pineal. Estómago. Colpocitología.

Cuando nos introducimos en el estudio de las enfermedades, vemos que la materia Patología, que explica los procesos que determinan las enfermedades, no incluye ningún fenómeno que no sea puramente biológico o fisiológico para dar cuenta de la aparición de las enfermedades.

A modo de ejemplo, copiamos textual una unidad temática del plan de estudios y vemos que en fenómenos con una base social y cultural reconocidas como las enfermedades del corazón y las respiratorias, no incluyen factores sociales asociados.

Programa de Patología

UNIDAD TEMÁTICA X

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Malformaciones cardiovasculares: Clasificación y fisiopatología. Endocarditis y miocarditis. Miocardiopatías primarias: Concepto y clasificación. Valvulopatías. Fisiopatología. Cardiopatía reumática. Etiopatogenia. Alteraciones anatomopatológicas y fisiopatología. Enfermedad cardíaca isquémica: Angina de pecho. Infarto de miocardio. Enfermedad cardíaca isquémica crónica.

Patogenia. Formas clínicas. Lesiones anatomopatológicas y fisiopatología. Cardiopatía hipertensiva. Corazón pulmonar: Causas. Cardiopatía chagásica: Lesiones anatomopatológicas y fisiopatología; su importancia en la Argentina. Tumores del corazón. Insuficiencia cardíaca: Tipos, fisiopatología. Patología del pericardio.

UNIDAD TEMÁTICA XI

PATOLOGÍA DEL SISTEMA RESPIRATORIO

Enfermedades de la cavidad nasal y senos paranasales. Patología laríngea: Inflamaciones. Tumores benignos y malignos. Tráquea: Estenosis, inflamaciones y tumores. Patología pulmonar: Anomalías congénitas. Trastornos vasculares: Embolia, hemorragia e infarto. Edema pulmonar. Atelectasia pulmonar. Hipertensión pulmonar. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Enfisema. Bronquitis crónica. Asma bronquial. Bronquiectasias. Etiopatogenia y fisiopatología.

Inflamaciones del pulmón: Neumonía bacteriana. Neumonía lobar. Bronconeumonía. Neumonía atípica primaria (Neumonitis). Abscesos y gangrena pulmonar. Tuberculosis pulmonar.

Enfermedades restrictivas: Concepto, causas y fisiopatología. Fisiopatología de la insuficiencia respiratoria aguda en el lactante y en el adulto. Fisiopatología de la insuficiencia respiratoria crónica. Neoplasias de pulmón. Patología pleural: Inflamaciones. Trastornos hemodinámicos. Neumotórax. Neoplasias.

La misma cátedra de Patología nos ofrece un Glosario de términos en los que no se encuentra una sola referencia a fenómenos sociales o culturales en relación a problemas de salud ampliamente estudiados desde esas perspectivas⁴: En el siguiente listado se incluyen la Trombosis y la embolia, dos procesos íntimamente relacionados con modos de vida, condiciones sociales (sobre todo educativas y económicas) a los que la cátedra no hacer referencia.

⁴ Glosario de terminos publicado por la cátedra A de <patología de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.L.P., disponible en: <http://patologiaa.110mb.com/glosario.pdf>

Glosario de términos:

Atrofia: disminución del tamaño. Accesoriamente, hipotrofia.

Metaplasia: aparente cambio de un tipo celular maduro por otro también maduro. Implica diferenciación anómala de células epiteliales basales o mesenquimáticas.

Infarto: área de necrosis por isquemia.

Trombosis: sangre coagulada dentro del sistema circulatorio. El trombo puede ser oclusivo o mural.

Una variedad es la Coagulación intravascular diseminada: formación de pequeños trombos multicéntricos que afectan la microcirculación.

Embolia: material sólido, líquido (diferente de la sangre no coagulada) o gaseoso que se desplaza en el sistema circulatorio para producir finalmente una oclusión vascular.

Etiología: causa de lesión o enfermedad.

Patogenia: mecanismo por el que se genera la lesión o enfermedad.

Shock: hipoperfusión sistémica generada por disminución del gasto cardíaco o volemia efectiva circulante, con la consecuente hipoxia-isquemia celular.

Cuando avanzamos en los años de la carrera, podemos observar, que en el tercer año se van integrando los conocimientos en el ciclo clínico alrededor de las materias centrales que son Semiología y Medicina Interna I y II correspondientes al cuarto y quinto año respectivamente. Estas tratan directamente del fenómeno salud-enfermedad y atención en relación al paciente individual, su diagnóstico a través del “Interrogatorio o anamnesis” y examen físico, así como también el uso de estudios complementarios (Semiología). Luego en los años sucesivos con Medicina Interna I y II, además del diagnóstico, se incorpora la terapéutica.

Lo que podemos observar es la falta de visión integral del paciente, su entorno y las condiciones sociales que determinan los estados de salud y enfermedad. Hay una continuidad de la división del cuerpo de las personas en órganos y sistemas que simplemente pasan a “estar enfermos” como una situación “natural”. Es importante revisar el programa de la materia Semiología, se puede configurar un hilo conductor desde las materias de primer año como anatomía, histología, etc. que van “vistiendo” el esqueleto humano en capas superpuestas, y al estudio de cada una de ellas se les incorpora el conocimiento patológico. Aquí es donde surge y se

concreta la analogía de la persona enferma con la idea de la máquina descompuesta.

Programa de Semiología

- 1- Relación médico – paciente. Historia clínica, su importancia desde el punto de vista asistencial, científico y legal. Definición de los términos de semiología, signo, síntoma y exámenes complementarios.*
- 2- Anamnesis. Motivo de consulta. Motivo de internación. Enfermedad actual y sus antecedentes.*
- 3- Anamnesis. Antecedentes personales, hereditarios y socioeconómicos. Hábitos.*
- 4- Inspección general, definición, condiciones para efectuarla. Datos que permite obtener.*
- 5- Piel y faneras. Principales síntomas y signos relacionados con Enfermedades Internas.*
- 6- Tejido adiposo subcutáneo. Edema.*
- 7- Sistema ganglionar y osteoarticular.*
- 8- Cabeza y cuello. Facies.*
- 9- Aparato respiratorio. Anamnesis.*
- 10- Inspección. Palpación. Percusión.*
- 11- Aparato respiratorio. Auscultación y métodos complementarios.*
- 12- Síndromes pulmonares (SEMINARIO)*
- 13- Aparato cardiovascular, interrogatorio. Inspección. Palpación normal y patológica.*
- 14- Examen de pulso arterial y venoso, normal y patológico. Examen de la presión sanguínea. Técnicas de medición y principales alteraciones.*
- 15- Aparato cardiovascular. Auscultación normal y patológica.*
- 16- Aparato cardiovascular. Auscultación normal y patológica. Métodos complementarios.*
- 17- Síndrome de insuficiente cardíaca (SEMINARIO).*
- 18- Síndrome de cardiopatía isquémica (SEMINARIO).*
- 19- Abdomen, principales síntomas y signos relacionados con las enfermedades abdominales. Inspección y palpación, diagnóstico diferencial del dolor abdominal.*
- 20- Percusión auscultación. Síndrome abdominal.*
- 21- Hígado. Anamnesis, palpación y percusión, causas de hepatomegalia.*
- 22- Bazo. Anamnesis, palpación y percusión, causas de esplenomegalia.*
- 23- Síndrome icterico (SEMINARIO).*
- 24- Hipertensión portal. Ascits.*
- 25- Aparato nefrourológico. Anamnesis, examen físico. Exámenes complementarios.*
- 26- Sangre. Anamnesis, examen físico. Exámenes complementarios.*
- 27- Sistema endócrino. Anamnesis examen físico. Tiroides.*
- 28- Sistema nervioso. Anamnesis, examen físico, mortalidad, taxia.*
- 29- Sistema nervioso. Sensibilidad superficial y profunda, praxia.*

Para mayor comprensión, algunas bolillas del programa de Medicina Interna I, en la que se incorpora la terapéutica:

BOLILLA 9. Úlcera gastroduodenal. Nefroangioesclerosis benigna y maligna. Diverticulosis colónica. Sigmoiditis. Rectitis. Alteraciones del equilibrio ácido-base. Alcalosis. Acidosis. Reumatismos agudos: fiebre reumática y artritis séptica.

BOLILLA 10. Megaesófago. Disquinesias y divertículos del esófago. Litiasis renal. Neoplasias y quistes del páncreas. Apudomas. Delgadez. Desnutrición. Alteraciones del metabolismo del hierro: Hemocromatosis, y del cobre: enf. de Wilson.

BOLILLA 11. Colecistitis agudas y crónicas. Hormonas del tubo digestivo. Insuficiencia renal crónica. Alteraciones del metabolismo mineral: calcio, fósforo: hiper e. iatrogenia medicamentosa.

BOLILLA 12. Alteraciones de la secreción y motilidad intestinales. Síndrome de malaabsorción. Disorexias. Pancreatitis aguda y crónica.

BOLILLA 13. Enfermedad poliquística renal. Hipotiroidismo. Edema. Deshidratación. Hiper e hipopotasemia.

Las demás materias que complementan a las de Medicina Interna, son las denominadas especialidades, éstas profundizan aún más el modelo de enseñanza, ya que se concentran en un órgano o sistema (Dermatología, Oftalmología. Otorrinolaringología, etc.), o en métodos de diagnóstico (Diagnóstico por imágenes) o en la terapéutica (Farmacología).

Análisis cuantitativo

Además de fundamentar mediante la estructura de lo que se quiere enseñar, interesa ver cómo se distribuyen los recursos para la enseñanza de la medicina en la facultad entre las diferentes materias. Esta distribución de recursos habla de manera implícita de la importancia material que cada materia tiene en el ideario de en torno a lo que un médico debe saber.

El dominio del Modelo Médico Hegemónico⁵ en la enseñanza puede analizarse comparando cuestiones estructurales como la distribución de las horas de cursada regular del Plan de Estudios, en la que luego de la última modificación del 2006 a propuesta de la CONEAU, se aumentaron las horas de las materias relacionadas con las ciencias sociales.

Un análisis del plan de estudios debe comenzar dividiendo en las llamadas materias duras (aquellas más relacionadas con lo biológico), de las materias relacionadas a lo social y luego se encuentran los talleres de integración y la Práctica Final Obligatoria. La Práctica Final Obligatoria (PFO) corresponde al sexto año de la carrera y si bien no se analizará en el marco de este trabajo, hay algunas consideraciones importantes a realizar. En primer lugar se realizan en ámbitos asistenciales de segundo y tercer nivel, por lo que tienden a reforzar el modelo hegemónico de la práctica asistencial y descontextualizada. Está subdividida en “Especialidades” (Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y obstetricia), por lo que también reproduce la idea de las especialidades como única opción. De todas maneras, al tener una organización diferente, y una programación distinta, a los fines de este análisis no la incluiremos.

Luego de esta consideración y quitando del análisis a las 1600 horas correspondientes a la PFO, podemos dividir al plan de estudios en tres categorías:

1. Materias “Duras”, de índole biológica, con esquemas de aprendizaje basados fuertemente en la memoria, acríticas y sin posibilidades de analizar el fenómeno de la salud y enfermedad. Las personas enfermas son cuerpos,

5 MMH: según Menéndez (1992) conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalterno al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado

compuestos por células, tejidos, órganos y sistemas, son objetos de estudio de la Medicina.

2. Materias relacionadas a las ciencias sociales, buscan herramientas explicativas más complejas, sitúan a los individuos geográfica, ambiental, social y culturalmente, son personas en su ámbitos de vida y atravesados por fenómenos históricos.
3. En este grupo quedaron los talleres de integración, son espacios en los que los diferentes departamentos de la Facultad intentan articular los conocimientos a partir de casos puntuales, son esfuerzos importantes para amalgamar los conocimientos. No se los puede ubicar en ninguna de las categorías anteriores porque no ofrecen contenidos propios, sino que intentan vincular los conocimientos adquiridos en patologías concretas.

Tabla 1. Materias del Plan de estudios de la Carrera Medicina

Materia	Régimen	N° Horas	Modalidad
Primer Año			
Anatomía	Anual	250	Obligatoria
Biología	Anual	60	Obligatoria
Ciencias Social y Medicina	Bimestral	50	Obligatoria
Citología, Histología y Embriología	Anual	190	Obligatoria
Informática Básica	Bimestral	0	Obligatoria
Introducción a la Vida Universitaria y Esquema Curricular	1 Semana	5	Obligatoria
Taller de integración horizontal	Ultimo Mes	40	Obligatoria
Biología	Cuatrimestral	40	Optativa
Ciencias Exactas	Cuatrimestral	60	Optativa
Segundo Año			
Bioquímica y Biología Molecular	Anual	250	Obligatoria
Epidemiología	Bimestral	40	Obligatoria

Fisiología y Física Biológica	Anual	250	Obligatoria
Inglés Médico (Hasta 4° año)	Anual	0	Obligatoria
Psicología Médica	Bimestral	50	Obligatoria
Taller de Integración del Ciclo Básico	Ultimo Mes	60	Obligatoria
Ecología Humana y Promoción de la Salud	Bimestral	50	Optativa
Historia de la Medicina	Bimestral	60	Optativa
Tercer Año			
Farmacología Básica	Anual	140	Obligatoria
Informática Médica (Hasta 5° año)	Anual	0	Obligatoria
Microbiología y Parasitología	Anual	150	Obligatoria
Oftalmología	Bimestral	30	Obligatoria
Patología	Anual	210	Obligatoria
Salud y Medicina Comunitaria	Bimestral	30	Obligatoria
Semiología	Anual	200	Obligatoria
Taller de integración horizontal	Ultimo Mes	40	Obligatoria
La informática en ciencias de la salud	Cuatrimestral	50	Optativa
Genética	Bimestral	50	Optativa
Inmunología	Bimestral	50	Optativa
Salud Ambiental	Bimestral	50	Optativa
Cuarto Año			
Cirugía I	Anual	120	Obligatoria
Dermatología	Bimestral	30	Obligatoria
Diagnóstico y Terapéutica por Imágenes I	Bimestral	50	Obligatoria
Farmacología Aplicada	Cuatrimestral	100	Obligatoria
Infectología	Cuatrimestral	80	Obligatoria
Medicina Interna I	Anual	200	Obligatoria
Neurología	Bimestral	30	Obligatoria
Ortopedia y Traumatología	Bimestral	30	Obligatoria
Otorrinolaringología	Bimestral	30	Obligatoria
Psiquiatría I	Bimestral	0	Obligatoria
Salud Pública I	Cuatrimestral	60	Obligatoria
Taller de integración horizontal	Ultimo Mes	40	Obligatoria
Urología	Bimestral	30	Obligatoria

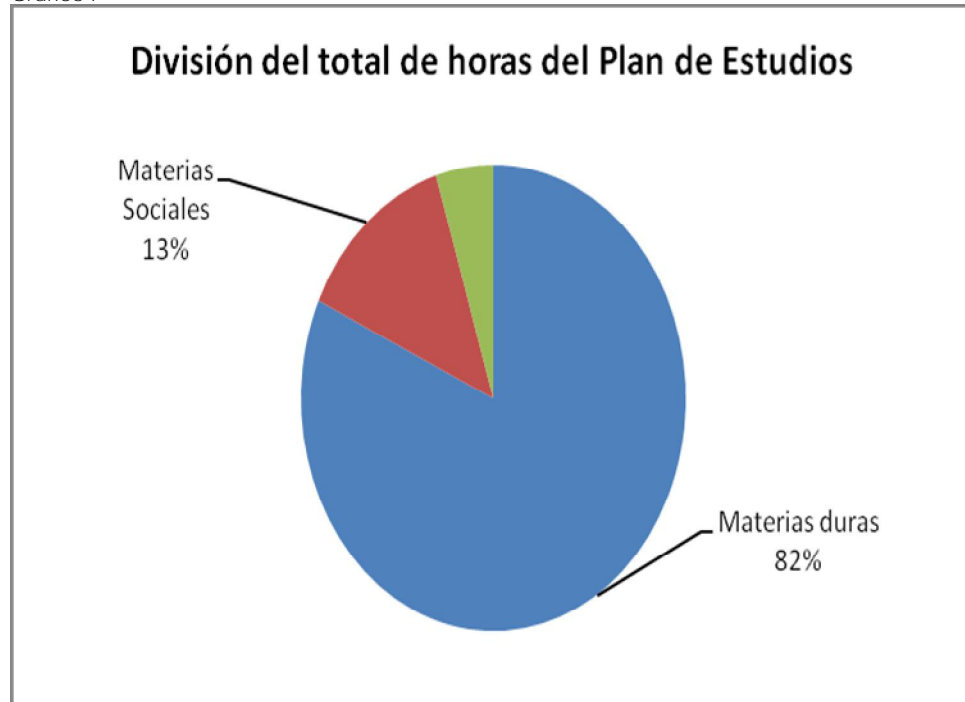
Bioquímica Clínica I	Bimestral	50	Optativa
Introducción a la Epistemología de la Salud	Cuatrimestral	50	Optativa
Filosofía Médica	Bimestral	50	Optativa
Quinto Año			
Cirugía II	Anual	120	Obligatoria
Deontología y Medicina Legal	Bimestral	50	Obligatoria
Diagnóstico y Terapéutica por Imágenes II	Bimestral	40	Obligatoria
Ginecología	Cuatrimestral	70	Obligatoria
Medicina Interna II	Anual	200	Obligatoria
Obstetricia	Bimestral	50	Obligatoria
Pediatría	Anual	190	Obligatoria
Psiquiatría II	Bimestral	50	Obligatoria
Salud Pública II	Cuatrimestral	60	Obligatoria
Taller de Integración	Ultimo Mes	40	Obligatoria
Toxicología	Bimestral	25	Obligatoria
Bioética	Bimestral	50	Optativa
Bioquímica Clínica II	Bimestral	50	Optativa
Educación para la Salud	Cuatrimestral	50	Optativa
Trasplante de Órganos y Tejidos	Anual	100	Optativa
Sexto año			
Práctica Final Obligatoria	Anual	1600	Obligatoria
Total de Horas		6150	

1. Plan de Estudios

La Tabla 1, permite ver que del total de materias (60), el 70% corresponden al núcleo duro de las materias biológicas, mientras que el resto se divide en un 21.6% para las materias sociales y el 8.3% restante para los talleres de integración. Pero si analizamos no solo por su número, sino mediante la cantidad de horas, vemos

que el 70% correspondiente al número de las materias duras, se incrementa sustancialmente llegando al 82% del total de horas, relegando a las materias sociales al 13.3% (gráfico I). El 4.7% restante del total de horas corresponde a los talleres de Integración.

Gráfico I

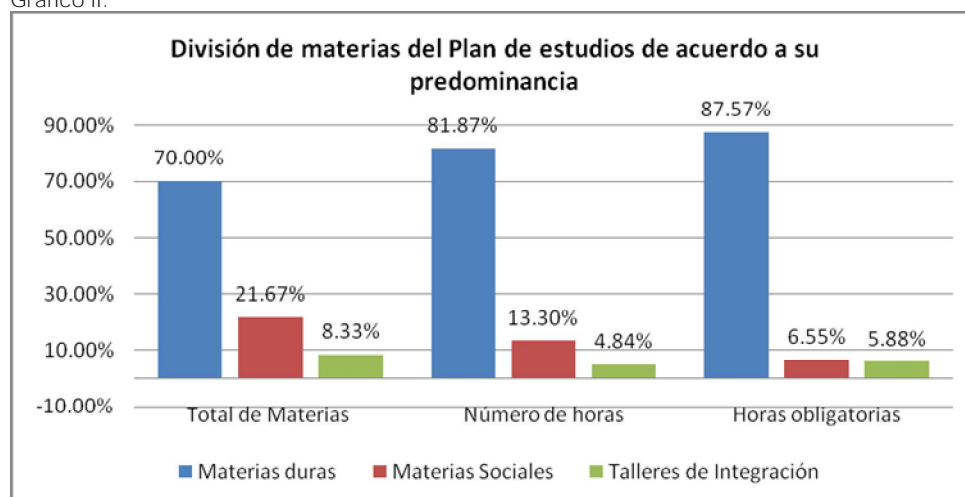


Así vemos como la distribución real del recurso tiempo entre las materias relega a un mínimo de horas netas a las Ciencias Sociales en el marco de la currícula de Medicina.

Además de lo señalado hasta aquí, vale la pena aclarar que las materias se dividen en Obligatorias y Optativas. Las Optativas conforman un número determinado de materias entre las cuales los alumnos deben seleccionar aquellas que más interés le generen. Se supone que las materias Obligatorias, por su parte, son elegidas como aquellas materias que un estudiante de medicina debe cursar y aprobar para transformarse en médico. Es decir que existe una línea que claramente divide la importancia de las materias para las autoridades en Obligatorias y Optativas. En base a esto, podemos analizar la importancia de cada materia, de acuerdo a estas

categorías. Mediante este análisis vemos que las materias obligatorias suman 45, de las cuales 34 (75,5%) corresponden al grupo de las materias duras, nuevamente, calculando mediante la cantidad de horas, vemos que del total de horas obligatorias, el 87,5% corresponden a las materias duras, quedando en un segundo plano las materias sociales con el 13.3% de las materias obligatorias y correspondiéndoles un 6.5% del total de horas obligatorias. Así vemos como cobra mayor importancia el eje de las materias duras, ganando terreno sobre las sociales de acuerdo a si medimos cantidad de materias, cantidad de horas o si las evaluamos a partir de su obligatoriedad Gráfico II

Gráfico II.

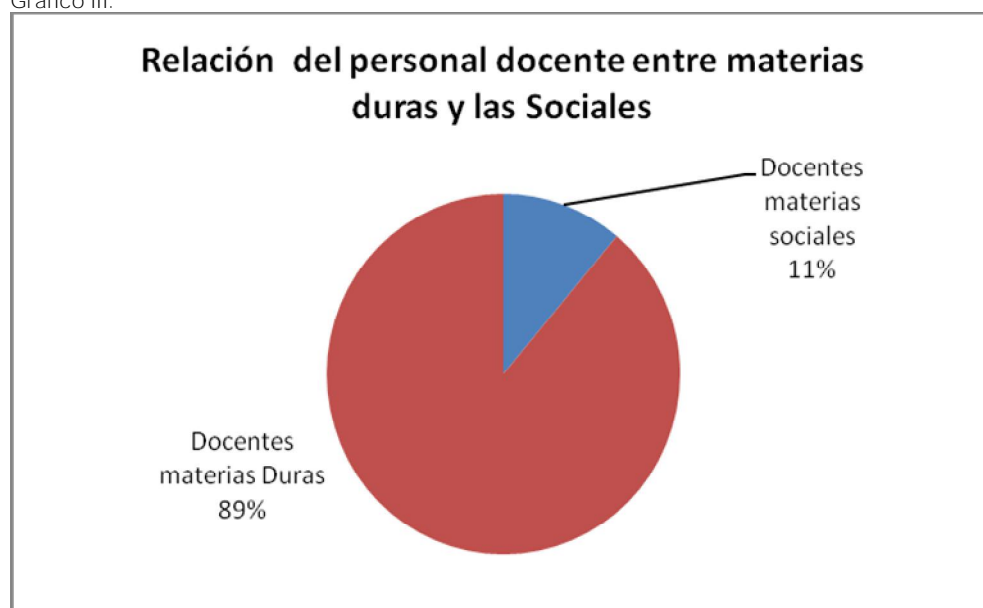


Siguiendo con esta línea de análisis, desde el punto de vista de los recursos, tomamos como ejemplo los planteles docentes⁶, de los 959 cargos docentes, 106 pertenecen a las materias relacionadas a las ciencias sociales (11%). De ellos el plantel de profesores de estas materias constituye el 9% del total, el 12% de los Jefes de Trabajos Prácticos y el 18% de los Ayudantes Diplomados pertenecen a las materias con contenidos de las ciencias sociales.

⁶ Información extraída de la Página de la facultad de Medicina de la U.N.L.P., disponible en: <http://www.med.unlp.edu.ar//departamentos.php?itemc=Departamentos&idc=7&idl=165&idbot=3>

Mediante este análisis vemos que es aún más desfavorable la distribución de recursos en función del plantel docente (Gráfico III). En las materias relacionadas a lo Social hay una minoría significativa en cantidad total de cargos docentes (11%) que no se correlaciona ni con el 21% correspondiente al total de materias relacionadas a las Ciencias sociales ya analizadas, ni aún con el total de horas que alcanzaba al 13.3%.

Gráfico III.



Esta marcada asimetría en la distribución del plantel docente, también se puede analizar mediante la distribución de ese 11% entre las diferentes escalas jerárquicas. Allí vemos una inequidad vertical, ya que esa distribución es menor entre los cargos docentes más altos (profesores y Jefes de Trabajos prácticos), mientras que es menor entre los cargos más bajos (ayudantes diplomados). Sumado a esto, en la dinámica de desarrollo de sus estudios, estas asignaturas resultan ser consideradas más importantes para los alumnos, ya que son las necesarias para mantener la regularidad y para poder pasar de año. El resultado de estas situaciones genera en el ideario de los alumnos la existencia de materias de “primer y segundo orden de importancia”.

Conclusiones del diagnóstico cuantitativo

Es importante señalar que hacemos foco en las ciencias sociales, puesto que frente a una concepción puramente biologicista, éstas posibilitan generar una laguna en los sistemas explicativos tradicionales, cuyos conocimientos no alcanzan a explicar (conflicto cognitivo). Por ello la visión de la medicina y de la salud, necesita volverse más compleja, ya que no se trata simplemente de anexar materias de ciencias sociales a la línea dura, sino de revisar la concepción general que se tiene de las ciencias de la salud en la totalidad del Plan de Estudios.

Por ello, esta propuesta pretende suministrar, mediante las herramientas que la misma brinda, sustento real a la necesidad de incorporar otros saberes que permitan dar respuesta a problemáticas complejas a las que la actual formación no brinda. La estrategia de las prácticas en terreno pretende, entre otras cosas, generar un conflicto de modelos entre uno biologicista acrítico y otro que contempla la complejidad de la realidad social.

Diagnóstico Cualitativo

Antecedentes

El trabajo en terreno como modalidad de enseñanza es utilizada desde hace algunos años por otras cátedras para aprender la práctica profesional en el sitio en la que la misma se desarrolla. La cátedra que tradicionalmente la lleva a cabo desde hace años es la de Salud y Medicina Comunitaria, mediante la realización de un diagnóstico de salud de la población que habita en el área de un centro de salud. Esta estrategia educativa desarrollada por Salud y Medicina Comunitaria, o por trabajos de extensión en barrios de la periferia de la ciudad puso en conocimiento a los estudiantes de situaciones en las que las personas viven y reproducen sus

prácticas cotidianamente. Si bien esta experiencia resulta un antecedente valioso, puede señalarse como dificultad el aún limitado sustento teórico para la sistematización de los conocimientos generados, a fin de que los mismos no queden limitados a experiencias aisladas. Esto se debe en parte a la escasez de los docentes en las prácticas de terreno. Sin embargo, La experiencia que reportan los años desarrollados por esta cátedra debe servir de insumo a cualquier propuesta de trabajo en terreno.

Experiencias previas de la Facultad

Las experiencias desarrolladas en cuanto a prácticas comunitarias dentro de la facultad han constituido o experiencias autogestionadas por los estudiantes ya sea en el Partido de La Plata o el Proyecto “Un compromiso con la Realidad” realizado durante cuatro años entre 1996 y 1999. El mismo consistió en realizar relevamientos socio-sanitarios en zonas de extrema marginación en las provincias de Salta y Jujuy llevados a cabo por un grupo de alrededor de 100 estudiantes. En viajes sucesivos avanzaron en coordinación con autoridades locales para diagnóstico y tratamiento de enfermedades endémicas. Luego por falta de continuidad del grupo la experiencia terminó. Hubieron a su vez numerosos proyectos de Extensión Universitaria en el que la Facultad ha participado, pero con escasa participación de alumnos, entre ellos se destacan: Proyecto de diagnóstico de parasitosis en barrios periféricos del Partido de La Plata (Cátedra de Microbiología), Proyecto de extensión para probar la potabilización de aguas (Cátedra de Salud Comunitaria, en coordinación con el Taller de Aguas de la Facultad de Ciencias Exactas), Proyecto de extensión “La Plaza de la salud” actividades de promoción de la Salud en Plazas públicas de la ciudad de la Plata. Estos proyectos permiten observar un interés por parte de docentes de la Facultad en la realización de actividades que trabajen la idea de profesional

de la salud en ámbitos extra hospitalarios, con visión comunitaria, y mediante estrategias de promoción y prevención por sobre las curativas exclusivas. A estas experiencias les ha faltado la continuidad, la presencia sistemática de alumnos y enmarcarse en un proyecto pedagógico.

Análisis Cualitativo

Una aproximación al imaginario de los alumnos acerca de la profesión médica y de la salud:

Es importante sumar al diagnóstico las ideas y representaciones que tienen los alumnos acerca de la profesión, de su importancia en la sociedad, y de los conocimientos que debe brindar la facultad a los mismos. Esto aporta información esencial acerca de cómo va formando el alumno su perfil profesional rescatando elementos que el mismo alumno considera fundamentales para definirse como buen médico. Y de allí podremos inferir cómo la currícula de la Facultad en su organización genera no sólo conocimientos y herramientas sino también valoraciones y niveles jerárquicos de importancia entre las materias.

Para ello hemos recabado información correspondiente a dos años de trabajos realizados por la cátedra con los alumnos en terreno vinculando el conocimiento teórico con la práctica en terreno. Los dos trabajos tenían objetivos diferentes pero coincidían en la utilización de herramientas epidemiológicas para abordar problemáticas sanitarias y en la salida de los alumnos y docentes a terreno.

1. En el año 2006, por iniciativa de la Dirección de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, se realizó un trabajo conjunto con la Cátedra de Epidemiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.L.P. El proyecto PANDELAS, (Programa de Atención Nominalizada de

la Salud), consistió en la realización de un diagnóstico social y sanitario en el municipio de Ensenada (Bs As.). El mismo constaba de un censo domiciliario del total de la población (48.000 habitantes) y a la vez una caracterización de las condiciones sociales y sanitarias de las personas y familias. Los resultados del mismo se vincularon a un mapa en el que se puede observar la concentración geográfica de los problemas de salud y sus determinantes sociales. Este mapa digital se instaló en cada una de las unidades sanitarias del municipio, así como en la secretaría de salud del mismo.

2. En el año 2009 se realizó una experiencia conjunta entre la Cátedra de Epidemiología y la Secretaría de Salud del Municipio de La Plata, por el cual los alumnos realizarían actividades en los centros de salud con la supervisión y acompañamiento de personal de los mismos centros. La tarea consistió en la revisión de las historias clínicas obstétricas del centro y la detección de factores de riesgo materno infantil. Una vez realizado un screening de riesgo, se seleccionaron 20 historias clínicas de embarazadas de alto riesgo y se les realizó visitas domiciliarias para conformar el riesgo elevado, así como para efectuar control y seguimiento del embarazo por parte de los alumnos en conjunto con los profesionales del centro de salud. Allí, los alumnos de la materia epidemiología tuvieron que realizar entrevistas, muchas de las cuales fueron administradas en los propios hogares de los pacientes consultantes a dicho centro de salud. Aquí los alumnos en grupos reducidos debían buscar variables que relacionen algunas características de su estado de salud con las condiciones de vida de las familias (ver en anexo 2 modelo de cuestionario).

Estos trabajos se sumergen en la relación existente entre la presencia de enfermedades en las personas que asisten a dichos

centros de salud con condiciones y modos de vida que favorecen la aparición de esas enfermedades.

Paralelamente, se evaluó a través de la realización del trabajo la existencia de similitudes o diferencias en las representaciones de los alumnos, antes y después de realizar el proceso de investigación, en contacto directo con las familias y sus problemáticas. De este análisis se desprenden algunas ideas que subyacen en el ideario de los alumnos ya sea como parte del imaginario colectivo de la sociedad o como producto del breve paso por la Facultad acerca de la formación, la práctica profesional, los efectores, la población, etc. Los alumnos se agruparon de a tres o cuatro participantes y los grupos fueron entrevistados previamente al comienzo del trabajo. Luego del mismo presentaron informe escrito acerca de resultados de sus encuestas, y debían informar cuestiones relacionadas a los problemas de salud de la población que entrevistaron y los mecanismos de producción de esas enfermedades.

Ideas de los alumnos antes de la intervención.

Para obtener información de las ideas y representaciones de los estudiantes se realizaron entrevistas a los grupos en las que se indagó acerca de:

- a) Nivel de prioridades en la Currícula: que ordenen las materias por orden de importancia, que indiquen aquellos conocimientos que consideran fundamentales para la práctica profesional. (entrevistas a los alumnos).
- b) Modelo profesional: intereses profesionales, idea acerca de cual será el ámbito deseado de desempeño una vez recibidos, y que expresen sus ideas acerca de aquellas

especialidades médicas que deben ser mejor remuneradas y por qué. (cuestionarios, en anexo).

- c) Modelos explicativos del proceso salud enfermedad: por qué la gente se enferma, cuáles son los motivos por los que hay gente sin vacunarse, como podemos prevenir enfermedades, cual es el rol de los médicos frente a los problemas de salud de la población. (entrevistas y transcripción de los informes escritos presentados por los alumnos con preguntas guía)

Resultados

- a. Esta valoración se tomó desde una encuesta realizada a los alumnos en la que debían realizar un listado de materias por orden de importancia y la realizaron todos, el primer día de clases. Esta encuesta se realiza desde hace seis años y está incorporada a una línea de investigación de la cátedra.

En la misma se observa año a año, y el 2006 y 2009 no fueron excepción, el poder simbólico que tienen las materias de la rama biológica por sobre las sociales.

De las 34 materias que tiene la carrera, las materias vinculadas con la rama social aparecen ubicadas en promedio en el puesto 26,4. Solamente el 5% de los alumnos ubica una materia relacionada a lo social dentro de las 10 primeras en prioridad. Sumado a esto, un 15% ubica en el último lugar a una de estas materias.

Citas textuales de los alumnos: “yo puedo entender que nos pongan en el examen de ingreso matemáticas, física y química, pero meter historia y ciencias sociales.... no entiendo para qué me pueden servir”, “La base de un médico es la anatomía, si no sabés como están compuestas las

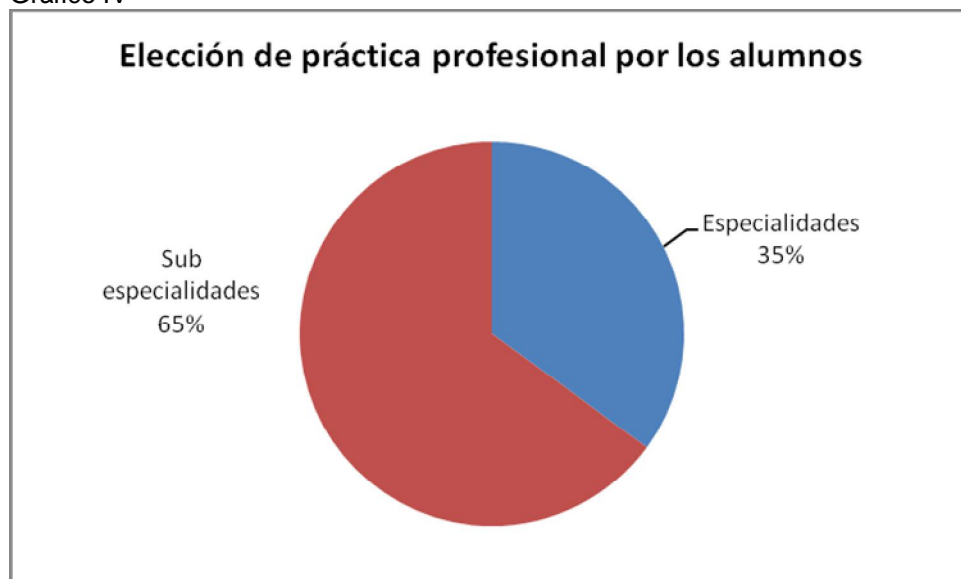
partes del cuerpo, no podés seguir adelante”, “en Sociales (materia Ciencias Sociales en Salud) nos hacen ver que anatomía o fisiología no son las más importantes, pero para mí sociales es la que no me sirve, todos los problemas de la sociedad no los voy a curar, solo la parte que me toca como médico”.

Cuando se indaga acerca de estos resultados aparecen una serie de cuestionamientos acerca de la forma en que se dan las materias en cuestión y surgen frases como “son aburridas”, “no sirven para curar a las personas”, “no se ponen de acuerdo entre las cátedras” (haciendo alusión a que diferentes autores pueden tomar en forma diferente a los conceptos del campo social, o al menos no estrictamente iguales, a diferencia de las materias biológicas). También relacionan estas materias con cierta facilidad para el discurso políticamente correcto, entienden que articulando algunos conceptos acerca de factores relacionados a problemas sociales, se da por aprobada la materia.

- b. Modelo profesional: en la encuesta administrada a los alumnos en el ingreso a la Facultad, se les realiza preguntas acerca del imaginario del desarrollo profesional. En la misma, todos sin excepción mencionan áreas de desempeño asistencial exclusivo, ligado a especialidades y sub especialidades en su mayoría. De los 345 alumnos encuestados en 2006, resulta que el 35% (121 alumnos) eligieron especialidades (cirugía, pediatría, clínica, oftalmología, etc.), mientras que el 65% restante eligió subespecialidades (Terapia neonatal, cirugía plástica, neurocirugía, endocrinología infantil, etc.). Lo interesante de la encuesta es que los que eligen especialidades refieren que lo hacen con un espíritu de “ayuda”, de servicio a la gente, mientras que los que optan por subespecialidades lo

vinculan más al prestigio o al rédito económico. También esta división de servicio/prestigio, se observa en relación al género, mientras que las mujeres optan más por las especialidades (68% de las mujeres) y son las que vinculan al trabajo con el servicio, los hombres en mayor medida se vuelcan a las subespecialidades (75%)

Gráfico IV



Es interesante de observar que tanto los que elijen especialidades como los que se inclinan por las subespecialidades, imaginan como lugar de trabajo al sector privado, u hospitales en el mejor de los casos. En ningún momento surge la idea de los Centros de salud como posible lugar de desempeño laboral.

Cuando se indaga acerca de la remuneración entre las diferentes especialidades, la rama de las cirugías es la que se lleva los mayores dividendos, seguida por las subespecialidades y por último se imponen las demás especialidades. Siempre surge la idea del quirófano en donde la vida del paciente está “en las manos del médico”, “no se puede cometer errores”.

c. Modelos explicativos del proceso salud enfermedad: en este punto se buscó en las entrevistas realizadas a los grupos antes de las salidas a terreno, recoger las ideas que tenían los alumnos como modelos explicativos de las enfermedades. En las comisiones se intentó generar debate mediante grupos focales proponiendo que discutan acerca de las “causas” que favorecen la aparición de enfermedades. Es interesante ver como la discusión se desarrolla entre diferentes explicaciones que la mayoría de las veces va de lo biológico estricto, del cuerpo como agente dañado, órganos que se deterioran, a en los casos obvios como desnutrición, condiciones económicas y educativas. Siempre en el terreno de las generalidades y de la imposibilidad de accionar en otro sentido que no sea el estrictamente asistencial, “nosotros vamos a poder diagnosticar y tratar, lo social ya no podemos hacer nada”. Además, se observa en torno a ciertos problemas de salud como la obesidad, los problemas cardiovasculares y los niños sin vacunación, una tendencia a culpabilizar al paciente, que no se cuida, que no sabe y hay que educarlo, o que las madres no cuidan a sus hijos. No es posible en ellos la relación de problemas sociales, económicos o culturales para analizar esos fenómenos.

Ideas de los alumnos después de la intervención.

Al término de la realización de los trabajos en terreno, el del 2006 y el del 2009, se les solicitó a los alumnos que en grupos entreguen un informe de las tareas realizadas, el que fue recopilado en un informe de tareas a pedido del Departamento de Ciencias Sociales. Luego se agregó al final una serie de interrogantes abierto para que expresen lo que piensan de esta modalidad de enseñanza.

En términos generales todos los grupos coincidieron en que la salida a terreno fue positiva porque les permitió conocer realidades sociales desconocidas personalmente, además se incorporar

fuertemente la idea de los centros de salud como lugares de práctica profesional. Por supuesto que sigue latente la tensión con las materias “importantes”, ya que, “se pierde mucho tiempo”, “los lugares quedan lejos”, “con ir un par de veces estaría bien”, etc.

A continuación se presenta un informe consolidando los informes de los alumnos a requerimiento del Departamento de Ciencias Sociales de las tres primeras salidas realizadas en el marco del PANDELAS en el municipio de Ensenada, en la que se agregan párrafos extraídos de los informes escritos por los alumnos. En ellos podemos observar las características del trabajo mediante sus principales resultados desde la mirada de los alumnos. Los informes consistieron en la entrega por escrito de una descripción grupal de los alumnos de los principales tópicos vivenciados, a solicitud de los docentes el informe en sus puntos debía detallar:

- a. Las principales características socio demográfico y ambiental del barrio.
- b. Describir brevemente las actitudes de las personas ante la requisitoria de los alumnos.
- c. Describir los conocimientos, las prácticas y actitudes en general que demostraron los entrevistados frente a las problemáticas relacionadas a la salud.
- d. Principales obstáculos hallados a la realización del trabajo.
- e. Conclusiones personales y grupales ante la experiencia realizada en el marco de su formación médica.

A continuación se transcriben resultados:

En cuanto a las características de los barrios, se ven claras diferencias en cada una de las tres salidas que se realizaron. La primera correspondió al barrio de “Villa Catela”, en el que las condiciones socioeconómicas de sus habitantes resultaron

bastante precarias, lo que produjo cierto asombro en los alumnos ya que destacan: "en estos hogares se encuentran niños en el piso a pesar de ser de tierra" (Comisión 5, grupo 4), esto es reportado por la mayoría de los grupos, al describirlo como un barrio de viviendas precarias, calles de tierra, presencia de animales sueltos, carros tirados por caballos para cirujeo, etc. Las familias en su mayoría son del tipo nuclear extendida con presencia de más de un hogar en cada vivienda.

La segunda salida correspondió a barrios linderos a las industrias petroquímicas en los que prevalecen las casas de material construidas a partir de planes de viviendas. Estas poseen todos los servicios y algunas comodidades y es casi una constante de todos los grupos que lo señalan como un barrio de "trabajadores", si bien los empleos que describen los alumnos no son del tipo formal, se observa una clara diferencia en torno al primer barrio en el que las ocupaciones refieren más al cirujeo, cartoneros y otras clasificaciones pero no se menciona como familias de trabajadores.

La tercera salida correspondió a la zona del microcentro, en la que destacan la presencia de infraestructura más desarrollada, negocios, asfalto y un nivel socioeconómico promedio elevado de las personas entrevistadas, que según resaltan hacía más fácil la entrevista ... "la mayoría de la población demostró mejor educación y a su vez mejor disponibilidad para responder las encuestas. Respondían claramente debido a que podían comprender mejor el contenido de las preguntas". (Comisión 8, grupo 3).

En cuanto a la actitud de las personas entrevistadas, la mayoría de los grupos coincide en que fue muy diferenciada según cada uno de los tres sectores. En el primer sector el porcentaje de

respuesta fue más elevada. En su gran mayoría fueron las mujeres las que respondían, y en general con gran conocimiento acerca de los habitantes del hogar, en comparación al pobre desempeño de los hombres en esa función. Sumado a ello, algunas salidas coincidieron con partidos importantes de la copa del mundo de Fútbol, por lo que los hombres deseaban terminar la entrevista cuanto antes.

El tercer sector correspondiente al microcentro, fue el de menor tasa de respuestas, describen una actitud más distante y evasiva, cuestionando permanentemente el uso posterior de los datos. Además varios grupos refieren que no fueron atendidos por temor a la inseguridad.

En el segundo sector se dieron tanto situaciones de rechazo como de amabilidad y predisposición hacia la encuesta, el rechazo fue básicamente por los mismos motivos expuestos en el sector del microcentro. En cambio los alumnos resaltan que los vecinos cercanos a las industrias petroquímicas vieron en la encuesta una posibilidad de hacer llegar sus reclamos por las condiciones de insalubridad a la que esta industria los expone, y se esforzaban en responder con detalles la encuesta.

En cuanto a los conocimientos de los entrevistados respecto al estado de salud propio y de sus familiares directos, todos los grupos reconocen que las mujeres en general respondieron con mayor información que los hombres. Otro dato importante es que los alumnos relacionaron la posición socioeconómica de los entrevistados con los conocimientos y el cuidado de la propia salud, esto no fue buscado desde la cátedra, y en algunos casos, entendemos que no se basa en argumentos sólidos, pero fue reiterado por la mayoría de los grupos,...."los habitantes más pobres desconocen algunas condiciones desfavorables para la salud y no tienen mucho conocimiento de enfermedades, cosa que no se vio en los otros sectores"... (Comisión 7, grupo 3).

En cuanto al uso de los efectores de salud, hubo muchas quejas acerca de las unidades sanitarias y de los hospitales estatales, otra diferencia marcada ya que los habitantes del microcentro dicen asistir a efectores privados.

Es de resaltar el hecho que los habitantes del segundo sector, el correspondiente a las cercanías a la petroquímica, reportaron una alta incidencia de enfermedades respiratorias, cánceres y curiosamente aparece el hipotiroidismo como enfermedad frecuente.

En cuanto a los principales obstáculos que reportan los alumnos a la hora de realizar el relevamiento, estos giraron en torno a problemas organizativos, ausencia de material, desconocimiento de la zona, demora en los sistemas de transporte al lugar, en lo que respecta a la cátedra. Responsabilizan al municipio por la falta de información a la población acerca de la realización de la encuesta, lo que a su parecer hubiese facilitado el trabajo. También remarcan algunas deficiencias propias en torno falta de responsabilidad por algunos compañeros de grupo que no realizaron el trabajo al que se habían comprometido previamente. Algunos alumnos expresan que la sensación de inseguridad fue un obstáculo, a pesar de no haber sufrido ningún tipo de situación comprometida y a pesar de haber sido acompañados permanentemente por un docente, autos de apoyo y en algunos casos móviles del ministerio y policiales.

Conclusiones:

A pesar de haber enumerado abundantes críticas, los alumnos evalúan la experiencia como muy positiva para su formación ya que según dicen les mostró la realidad que viven muchas personas y que ellos hasta ese momento la observaban desde cierta distancia,..”muchos quedamos impactados anta la necesidad que

vive hoy en día la gente....” (Com 5, grupo 2), también dicen que les fue útil en cuanto a comprender fundamentos de la materia....”terminamos este trabajo con una forma diferente de ver las cosas, las grandes enfermedades de la humanidad no son las epidemias, son la marginalidad, el olvido y la indiferencia de la cuales son víctimas la mayor parte de las personas con las cuales pudimos tener contacto....” (Com 1, grupo 2).

Algunos se sintieron satisfechos de haber sido parte de un proyecto de investigación y de gestión para mejorar algunos indicadores que se registran en la población encuestada “...esta experiencia fue netamente positiva porque fuimos una pieza de un proyecto de investigación con fines concretos, y no puramente teórico...” (Com. 10, Grupo 4)

Evaluación post experiencia: Luego de presentados los informes, se repitieron las evaluaciones sobre las ideas y representaciones de los alumnos frente a la experiencia realizada, aquí se encontró:

- En cuanto al nivel de prioridades de la currícula, no se observan cambios importantes, aunque se repiten expresiones como “importancia de los problemas sociales”, “concientización de los médicos”, “los compañeros que no vieron esto, sería importante que lo hagan”. Si bien se enmarcan dentro de una suerte de vocación benéfica y no dentro de las responsabilidades profesionales, se nota que la vivencia los ha hecho reflexionar y criticar la formación clásica.
- En torno al modelo profesional, no han modificado su idea de la especialidad a seguir, salvo en poquísimos casos, lo que sí ha modificado es la existencia del profesional que trabaja en los centros de salud y que su paga debiera ser igualada con las demás especialidades. Esto, si bien genera una

apertura en torno a igualdad en la remuneración, no tiene impacto en el prestigio, ya que muy pocos alumnos son los que incorporan al primer nivel como lugar de desarrollo profesional.

- Donde mayor impacto se observa luego de la experiencia es en función de los modelos explicativos del proceso salud enfermedad. Aquí los alumnos se plantean el peso real de los problemas sociales sobre los fenómenos de salud y enfermedad. También se observa como positivo el cambio de percepción en torno de la responsabilidad sobre estos problemas de salud, sacándolos del ámbito personal/individual hacia otras instituciones jerárquicas (gobierno, estado, políticos, sistema económico, etc.). Acompañada a esta idea, se observa la necesidad manifiesta de tener herramientas de las ciencias sociales para dar cuenta de dichas problemáticas complejas. Este es otro cambio importante que pone al profesional médico con una responsabilidad real en la problemática e incorpora al problema dentro de su área de incumbencia. Si bien se reniega de las materias relacionadas con las ciencias sociales, se las incorpora como herramientas válidas para el posterior desarrollo profesional.

Estos resultados refuerzan la idea de la propuesta pedagógica, ya que la materia Epidemiología tiene como impronta principal, la complejización de los modelos explicativos de los procesos de salud – enfermedad en grupos humanos.

Por otra parte, esta modalidad de enseñanza permite impactar en otras esferas del aprendizaje que a la luz de la realidad de la práctica de la medicina, y en virtud de las necesidades sanitarias, se torna imperiosa su modificación. Estos cambios deberán estar

acompañados de evaluaciones permanentes para no desviar el foco en la formación de profesionales que cumplan con los objetivos delineados en el perfil de la Facultad de Ciencias Médicas.

Introducción:

Esta propuesta pedagógica se formula desde una perspectiva teórica que contempla cuatro grande ejes de análisis:

1. La presentación y crítica de los modelos médicos dominantes.
2. La propuesta desde el enfoque de la innovación.
3. La incorporación de la visión desde la idea de prácticas de enseñanza.
4. El marco particular de la enseñanza de la medicina y la epidemiología.

1. Modelos Médicos

Es posible señalar que lo que se ha denominado la “Forma Liberal” de la práctica de la profesión médica se observa con regularidad en las diferentes Facultades del país y se enmarca dentro de lo que se ha denominado asimismo como Modelo Médico Hegemónico(4) (Menéndez, 1992) que es un “(...) conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalterno al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado” . Y agrega que: “(...) El MMH construye una hegemonía que intenta la exclusión ideológica y jurídica de las otras posibilidades de atención” .

Este modelo se genera y se reproduce en el seno de la formación médica, a través de los docentes médicos y no médicos, y tiene su continuidad en la práctica profesional. Este proceso que comienza a gestarse a mediados del siglo XX, ha logrado sostenerse como dominante a lo largo del tiempo y generando lo que Bourdieu denomina Habitus - sistema de esquemas generadores de prácticas que expresa de forma sistémica la necesidad y las libertades inherentes a la condición de clase y la diferencia constitutiva de la posición, el habitus aprehende las diferencias de condición, que retiene bajo la forma de diferencias entre unas prácticas enclasadadas y enclasantes – Así el habitus es definido por Bourdieu como "un sistema de disposiciones durables y transferibles -estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes- que integran todas las experiencias pasadas y funciona en cada momento como matriz estructurante de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes cara a una coyuntura o acontecimiento y que él contribuye a producir" (Bourdieu, 1972)

Esta situación que incluye a los actores universitarios - y como consecuencia de ello al imaginario social – se potencia a través de las prácticas docentes. Allí se ubica al campo en el que se dirimen las valoraciones que estructuran las ideas acerca de la profesión en los futuros profesionales. Es así como alumnos y docentes van naturalizando esta forma de entender la práctica médica, ya que es parte constitutiva de su experiencia cotidiana, avalando con sus representaciones y prácticas (aunque ello no sea consciente) la hegemonía del modelo asistencial.

Es importante situarnos en la idea de Modelo Médico Hegemónico, ya que lo que se busca a través de la propuesta es la crítica a las bases mismas que sustentan dicho modelo.

Esta crítica se hace desde la formación del profesional, pero se la lleva a cabo enfrentando a los alumnos con "otro tipo de práctica"

que en rigor existe dentro del modelo, aunque de manera subalterna y marginal. Entonces, si bien la estrategia es durante el período de formación, se busca que los resultados impacten en la práctica profesional.

2. La propuesta como una innovación en la enseñanza universitaria y especialmente en la formación médica:

Esta propuesta busca nuevas formas de impactar en la enseñanza de la Medicina, la que como ya hemos observado, se encuentra escindida de la realidad social y por lo tanto de las necesidades del sistema de salud. También hemos propuesto que opera, a través de la distribución de recursos, la enseñanza tradicional para reforzar las prácticas asistenciales, curativas, especializadas y acríicas mediante un modelo curricular basado fuertemente en la biología. Hemos propuesto el mecanismo que sustenta este poder hegemónico a lo largo de los años en las diferentes escuelas de medicina. Por ello la idea de cambio asociado a la necesidad de un nuevo perfil profesional, requiere de estrategias innovadoras en contrapartida de esta enseñanza tradicional.

El concepto de innovación nos puede ayudar para dar cuenta de la necesidad de incorporar nuevas formas de enseñar y aprender la medicina y en particular la epidemiología, no porque sea una novedad las prácticas en terreno como tales, sí como están presentadas en esta propuesta (sistemáticas, continuas, reflexivas y programáticas). De acuerdo a lo expresado por Lucarelli, la categoría de innovación se articula con dos ideas fundamentales: primero la *ruptura* con el estilo didáctico habitual, y segundo con el *protagonismo* que identifica a los procesos de gestación y desarrollo de la práctica nueva.

Otro punto fundamental que hace referencia a la idea de innovación de acuerdo con Lucarelli es el de *reconocimiento de las prácticas dentro de la historia de los sujetos, los grupos o las instituciones*.

Esta idea permite ver a la innovación como una *práctica contextualizada*, esto es una práctica “cuya explicación necesita ser hecha en función y en relación con los factores concretos que enmarcan esa práctica”. (Lucarelli, E. 2004)

Para Juan Manuel Escudero la innovación educativa es un proceso de definición, construcción y participación social, es decir que la innovación en educación ha de ser pensada bajo categorías sociales, políticas, ideológicas, culturales. (Escudero, 1998),

Mediante esta idea de la práctica, se generan esquemas de pensamiento y acción que incluye la producción de algo nuevo, a través de la resolución intencional de un problema (*praxis inventiva*) De esta manera, el aprendizaje se corresponde con una determinada forma de relacionar la práctica como forma de acción reflexiva, y así esta práctica puede transformar la teoría en la que se basa.

El otro punto crucial en la innovación se refiere al *protagonismo de los sujetos de esta práctica en la gestación y propagación de la experiencia*.

Las innovaciones se transforman en experiencias únicas y originales en su medio, estas experiencias deben ser comunicables a otros actores de otras instituciones. El concepto de protagonismo en especial en lo relativo a la incidencia de los actores en la creación, desarrollo y expansión de las innovaciones.

De allí que Lucarelli permite ubicar este proceso en la dimensión política, en el sentido que se refiere “una acción que compromete la toma de decisiones acerca de cómo se interrumpen formas tradicionales instituidas, quiénes tienen esta iniciativa, cuáles son los problemas que perciben, a qué necesidades responden, cómo lo hacen y cómo se organiza la nueva práctica”. En el mismo sentido Escudero plantea que “la innovación educativa merece ser pensada como una tensión utópica en el sistema educativo, en las escuelas, en los agentes educativos”. “Innovación educativa significa, entonces, una batalla a la realidad tal cual es, a lo mecánico, rutinario y usual, a la fuerza de los hechos y al peso de

la inercia. Supone, pues, una apuesta por lo colectivamente construido como deseable, por la imaginación creadora, por la transformación de lo existente” (Escudero, 1998).

Siendo este concepto de fundamental importancia, se espera que mediante esta propuesta, al generar mecanismos de participación - que tendrán impacto a lo largo de la vida como alumnos- repercuta en el ámbito de aplicación de conocimientos, es decir en su vida profesional.

3. *La formación desde la práctica*

Para ampliar el análisis acerca de la necesidad y la pertinencia de las prácticas en terreno en el desarrollo de la enseñanza de la epidemiología en el marco de la medicina, proponemos desarrollar el concepto de la práctica y sus aportes como modalidad para la formación de profesionales en su relación con la teoría en una relación dialéctica.

Esta relación entre teoría y práctica es fundamental para situar la importancia de la presente propuesta. Es un lugar común la problematización en torno a las dificultades para adquirir conocimientos técnicos necesarios que permitan el desarrollo de la profesión. La necesidad de la práctica en la carrera de medicina no está puesta en duda, pero históricamente se la ha reducido a la adquisición de habilidades técnicas necesarias para realizar prácticas específicas y repetitivas. No se intenta vincular teoría y práctica en perspectivas teóricas o con el fin de desarrollar un conocimiento práctico. Aquí retomamos la propuesta de Candreva y Morandi citando a Schön con su concepto de “practicum” como “...situación pensada y dispuesta para aprender una práctica en la que el estudiante aprende a evaluar la práctica competente, debe diseñar y realizar su propia percepción de la práctica, reflexiona sistemáticamente sobre lo realizado y sus fundamentos, analiza casos o zonas indeterminadas de la práctica”. Este punto nos parece clarificador del papel que deben desempeñar en la currícula

las prácticas del trabajo en terreno, como un espacio de reflexión de la práctica y no un aprendizaje de un acto mecánico. (Candreva-Morandi, 1999)

Tal como expresan las autoras debemos recuperar las experiencias realizadas ligadas a la práctica para sistematizar los resultados obtenidos y poder producir un conocimiento sistemático sobre lo que implica enseñar y aprender una práctica profesional.

En la topografía de la práctica profesional, existen según Schön, “tierras altas y firmes” desde donde se aplica la teoría y la práctica con base en la investigación para solucionar los problemas generales y relativamente sencillos; y “tierras bajas” (pantano) en los que se encuentran los problemas confusos que se resisten a una solución técnica y que son los mayormente cotidianos. Cada profesional, suele elegir desde donde ejercerá la práctica profesional: la idea dominante del conocimiento profesional riguroso fundamentado en la racionalidad técnica; o bien la toma de conciencia que reconoce que existen zonas no tan claras que permanecen fuera de los cánones de la racionalidad técnica. (Schön, D. 1992).

Se les critica a los profesionales la incapacidad de reconocer conflictos o problemas públicos, malversando y monopolizando el conocimiento para terminar ignorando las cuestiones que le interesan a la sociedad. Existe pues una crisis de confianza en el conocimiento de los profesionales y su correspondencia con las necesidades sociales.

La actividad de conocer sugiere la cualidad dinámica del conocer en la acción que, cuando la describimos, se convierte en conocimiento en la acción. El conocimiento en la acción y la reflexión en la acción forman parte de las experiencias del pensar y del hacer que todos compartimos, cuando aprendemos el arte de una práctica profesional, no importa cuán alejado de la vida

ordinaria pueda parecernos en principio, aprendemos nuevas formas de utilizar tipos de competencias que ya poseemos.

Por lo tanto si nuestro desafío es formar mediante la práctica para que luego los profesionales estén preparados para reflexionar sobre ella y situarse en la resolución de problemas inesperados, debemos tener en cuenta los alcances de este constructo diferenciando de la práctica como mera repetición de una técnica (practicum). Para Schön, el trabajo del “practicum” se realiza por medio de *“la combinación del aprender-haciendo de los estudiantes, de sus interacciones con sus pares y con los docentes y por un proceso de aprendizaje experiencial en el cual se enfrenta a dichos educandos a una experiencia semejante a la que vivirán en la práctica profesional”*. Por lo tanto, el aprendizaje de una práctica profesional está constituido tanto por teoría como por lo empírico que supone la articulación de saberes de naturaleza diferente. Se debe comprender pues, que efectivizar una práctica no conlleva simplemente a demostrar lo aprendido en el contexto curricular sino que se requiere de una ampliación de esquemas de conocimiento y de un aprendizaje diferente, que contemple la comprensión, el análisis, la síntesis y la aplicación. (Schön, D. 1992).

Para preparar este terreno en el momento de aplicación de la enseñanza, se toma la idea de “aprendizaje-servicio mediante la práctica como: una actividad o programa de servicio protagonizado por los estudiantes, orientado a atender eficazmente necesidades de una comunidad, y planificada en forma integrada con los contenidos curriculares en función de optimizar los aprendizajes” (Tapia, María Nieves, 2006). Esto remite a la idea de que los activos producidos por la comunidad académica deben promover y estar dirigidos a la mejora de la vida del resto de la comunidad que les brinda la posibilidad de existencia y constituye su razón de ser. Este concepto permite también ampliar la forma constituida de que el aula, el laboratorio o la biblioteca son los únicos sitios en los que es posible impartir la docencia como laboratorio de la vida real. En este

modelo, la producción del conocimiento se vincula y se acerca a la realidad, dando una respuesta positiva y realista a las problemáticas sociales a partir del aprendizaje.

Los programas de aprendizaje-servicio en la Educación Superior son expresiones de un nuevo paradigma, en el que se conjugan aprendizaje y compromiso social plasmando un modelo institucional que integra efectivamente las tres misiones de la Educación Superior, un modelo en el que la docencia, la investigación y la extensión están simultáneamente al servicio de la excelencia académica y de la responsabilidad social universitaria (Tapia, María Nieves, 2006).

La idea de incorporar las prácticas en terreno surge del “Aprender haciendo”, sostenido por Dewey (John Dewey, 1938) como principio de interacción, el aprendizaje se produce cuando se produce la interacción simultánea entre el alumno y un escenario real. Este contexto permite darle un marco a la adquisición y aplicación de los conocimientos. La idea que guía las prácticas debe ser que es necesario poner a prueba el conocimiento a partir de la acción.

También cobra sentido los enunciados de Paulo Freire: “Educadores y educandos, co-intencionados hacia la realidad, se encuentran en una tarea en que ambos son sujetos en el acto, no sólo de develarla y así conocerla críticamente, sino también en el acto de recrear ese conocimiento” (Freire, Paulo., 1998)

Debido a ello esta propuesta busca generar un espacio de reflexión que pone en discusión lo estatuido en torno a la direccionalidad de la práctica docente en medicina, y consecuentemente a las estrategias de enseñanza de la misma al interior de las asignaturas. Además busca generar un nuevo conocimiento práctico y, paralelamente, generar beneficios a la comunidad en la que se desarrollan las prácticas.

4. *Las estrategias metodológicas propias de la epidemiología*

A raíz de una conferencia internacional en 1988, la Federación Mundial de Educación Médica (WFME) emitió la Declaración de Edimburgo, de 12 principios para la reforma de la educación médica (cuadro 1).

Principios para la Reforma de la Educación Médica.
Declaración de Edimburgo 1988,

- 1 Ampliar el rango de ambientes en los cuales los programas educacionales son realizados, para incluir todos los recursos en salud de la comunidad y no sólo los hospitales
- 2 Asegurar que el contenido curricular refleje las prioridades nacionales de salud y la disponibilidad de recursos que se pueden mantener
- 3 Asegurar la continuidad del aprendizaje durante toda la vida, cambiando el énfasis de los métodos pasivos tan ampliamente distribuidos hoy en día, a un aprendizaje más activo incluyendo el estudio autodirigido e independiente así como los métodos tutoriales.
- 4 Construir tanto el currículo como los sistemas de evaluación para asegurar el logro de la competencia profesional y los valores sociales y no solamente la retención y recuperación de información.
- 5 Entrenar maestros como educadores y no sólo como expertos en contenidos y recompensar la excelencia educacional tanto como la excelencia en investigación biomédica o en la práctica clínica.
- 6 Complementar la instrucción sobre manejo de pacientes con mayor énfasis en promoción de la salud y prevención de enfermedad
- 7 Procurar la integración de la educación en la ciencia y en la práctica médica basando el aprendizaje en la solución de problemas en ambientes clínicos y en la comunidad.
- 8 Emplear métodos de selección para los estudiantes de medicina que vayan más allá de la habilidad intelectual y logros académicos para incluir la evaluación de cualidades personales
- 9 Estimular y facilitar la cooperación entre los ministerios de salud y los ministerios de educación, servicios de salud comunitarios y otros organismos relevantes en el desarrollo de políticas, planificación, implementación y revisión de programas.
- 10 Asegurar políticas de admisión que adecuen el número de estudiantes entrenados a las necesidades nacionales de médicos.
- 11 Incrementar las oportunidades de aprendizaje, investigación y servicio conjuntamente con otros profesionales correlacionados con la salud; como parte del entrenamiento para el trabajo en equipo

A más de 20 años de enunciados los, la WFME expresó su profunda preocupación por la limitada aplicación de los anteriores recomendaciones, la enseñanza la que continuó siendo mayormente hospitalaria, especializada y tecnificada.

Actualmente, las tendencias mundiales recomiendan reorientar las prácticas de enseñanza de pregrado hacia un mayor uso de la comunidad ya que permite proporcionar a los estudiantes una visión más amplia del cuidado de la salud. La enseñanza basada en la comunidad (a través de los departamentos de la medicina general o primaria atención) ha tomado la delantera en gran medida en la prestación de centrado en el estudiante y el aprendizaje auto dirigido. Los estudiantes pueden adquirir habilidades clínicas y de comunicación con una amplia gama de personas también pueden ver por sí mismos las influencias sociales, psicológicas, culturales y económicas en la salud, y la experiencia altamente personalizada de la enseñanza.

Esta recomendación debe ser tenida en cuenta sobre todo en materias en las que el mismo programa de contenidos prevé el aprendizaje en el marco de la comunidad. La epidemiología por ser una materia en cuyo seno confluyen conocimientos provenientes tanto de las ciencias sociales como de la clínica y la epidemiología, agregados a la dimensión comunitaria o poblacional que conlleva, es el prototipo de materia que debiera impulsar los cambios en la forma de enseñanza. Los siguientes son fragmentos del programa de contenidos de la materia Epidemiología (Programa completo en anexo) en los que la práctica comunitaria cobra sentido ya que lo que se desea enseñar sucede, impacta o se mide en la comunidad:

"Teorías de Población. Malthus. Marx. La transición Demográfica. Crecimiento demográfico. Tamaño, estructura y distribución de la población. Los fenómenos principales. Pirámide poblacional. El Censo. Técnicas censales para el relevamiento de la información de las encuestas".

De la misma forma, existen contenidos en los que la relación de la epidemiología con las ciencias sociales se expresa en mayor medida, y tal relación es posible de ser reconocida en escenarios reales:

"Epidemiología. Epidemiología Social. Teoría ecosocial. Problemas vinculados a la epidemiología social. Historia natural de la Enfermedad. Territorio y Urbanización: ordenamiento territorial. Urbanización. Metropolización, aglomeración y marginación. La ciudad. Etapas. Fragmentación urbana"

También existen contenidos procedimentales cuya práctica en situaciones reales sin duda sería de interés y podría configurar conocimientos significativos:

"Ensayo comunitario. Los Programas de Salud. Monitoreo y Evaluación. Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Vigilancia Epidemiológica. Sistemas de registro. Naturaleza de los agentes responsables de problemas de salud. Exposición y riesgos para la salud. Estudios de toxicología ambiental. Riesgo ambiental. Evaluación de Riesgos ambientales"

A pesar de ello, y tal como se puede evidenciar en el diagnóstico inicial del presente trabajo, las facultades de medicina, a pesar de haber suscrito a la declaración de Edimburgo, no han modificado su estructura pedagógica. Por el contrario continúan sosteniendo un modelo ya considerado anticuado, antipedagógico, y que no responde a las necesidades de la sociedad actual. Ni siquiera observamos esos desarrollos en materias paradigmáticas como la Epidemiología, en las que tales cambios serían favorecedores de su desarrollo.

El trabajo consiste en el diseño de un programa de intervenciones que permita trabajar en terreno sobre las concepciones de salud de la población y que muestren las condiciones de vida que las determinan.

Para ello se incorporará a los alumnos dentro de su cursada regular al trabajo en Centros de Salud Municipales. El programa de trabajo tendrá como fin utilizar herramientas de la materia al tratamiento de pacientes concretos, mediante el uso de fuentes de información primaria y secundaria.

El propósito será objetivar problemáticas de salud en el sitio en que las mismas se desarrollan y en contacto con posibles condiciones que permitan y den cuenta de ese desarrollo. Para ello se guiará a los alumnos a realizar entrevistas personales conocer en profundidad a pacientes que posean enfermedades identificadas con un fuerte componente social (anemia, desnutrición, embarazo no controlado, etc.) en lo posible en las viviendas de los mismos o al menos en las vecindades de las mismas.

El programa de trabajo se realizará mediante supervisión de un profesional del centro de salud para permitir el acceso de los alumnos a los pacientes de manera tal de tener una entrada a los pacientes en sus casas.

Existen diversos modelos de acercamiento a la práctica comunitaria en medicina y Epidemiología, el que hemos elegido en esta propuesta propone al menos:

1. Caracterizar una comunidad (unidad socio-espacial o socio-territorial); mediante el empleo de técnicas diversas e indicadores

socio-demográficos y de salud, provenientes de fuentes secundarias.

2. Realizar una evaluación de un problema de salud, detectado en la caracterización de la comunidad, para relacionarlo con las condiciones sociales que pueden estar determinándolo.

3. Generar un informe del problema detallando sus factores asociados y respaldarlo con literatura científica acerca del mismo.

Objetivos de la propuesta

Objetivo General

Integrar los conocimientos académicos desarrollados en la asignatura “Epidemiología” para el desarrollo de una práctica comunitaria que permita la caracterización de la situación de salud de una población específica dentro del área de influencia de un centro de salud, la identificación y estudio detallado de un problema de salud y la elaboración de un informe que analice los resultados del estudio y lo relacione con las condiciones sociales en las que se desarrolla la vida de las personas y sus familias.

Objetivos específicos

- Iniciar a los alumnos en el estudio de la salud y la enfermedad en poblaciones específicas.
- Aplicar conceptos sobre descripción epidemiológica y estadística, tanto a la caracterización de una comunidad en estudio, como al estudio de una situación específica de un problema sanitario concreto.
- Lograr que los alumnos puedan incorporar la visión de las condiciones de vida y desarrollo en la producción de los problemas de salud.

Sujetos participantes. Descripción general

I. El personal académico. La planta docente

Integrado por:

1 Profesor titular, 2 Jefes de Trabajos prácticos y 8 docentes con cargos de ayudantes diplomados rentados simple. Estos docentes serán quienes coordinarán y propondrán los lineamientos para el diseño y ejecución de la Práctica Comunitaria en cada uno de los Centros de Salud Colaboradores que les sea asignado (cada docente es responsable de una comisión de alumnos y le corresponde un Centro de Salud) y basándose en la guía general procurada en este Manual de Prácticas.

El rol de los docentes es impartir los conocimientos teóricos necesarios para el desarrollo de la práctica comunitaria y apoyarán en tres aspectos básicos: *a)* Registro del cumplimiento de los diversos procesos; *b)* Intercomunicación; y, *c)* Monitorización de los procesos a lo largo de la práctica con el fin de identificar posibles obstáculos a la plena realización de la misma.

II. Los estudiantes

Está integrada por aproximadamente 400 estudiantes del segundo año de la carrera de Medicina en la asignatura Epidemiología, quienes tendrán la obligación de cumplir con los lineamientos de conducta señalados en la sección correspondiente de este Manual de Prácticas y gozarán de los derechos también ahí especificados, además de los que su condición de estudiantes universitarios les otorga y exige.

III. El personal de los Centros de Salud Colaboradores a través de un "Enlace".

El Enlace fungirá para cada grupo, y su participación general será de apoyo y facilitador de la información, espacio y material de apoyo a la actividad docente (según la capacidad en cada Centro de Salud Colaborador) requeridos. Otro tipo de participación puntual del resto del personal de los Centros de Salud Colaboradores, quedará definida al momento de la planeación particular que de la práctica se haga en cada unidad de salud en coordinación con “El Enlace” y las autoridades del Centro de Salud Colaborador correspondientes, según la priorización y necesidades de salud que ahí se acuerden.

IV. La comunidad

Integrada por la población que se defina como objetivo de estudio en la planeación particular que de la práctica se haga en cada Centro de Salud Colaborador, basándose para ello en la priorización y necesidades de salud que ahí se acuerden.

Responsabilidades de los docentes:

1. Los profesores de cada uno de los grupos tendrán que asistir a las reuniones de trabajo programadas por la Cátedra para la planeación, revisión y ajustes de cada una de las etapas de la práctica.
2. Revisar y conocer todos los materiales impresos y/o electrónicos entregados para el desarrollo de la práctica.
3. Desarrollar el programa académico de acuerdo a lo planeado.
4. Para el trabajo de campo se contará con un Enlace en cada Centro de Salud Colaborador, quien junto con el profesor serán los responsables de la gestión para la realización de la práctica.

Asimismo, durante el trabajo de campo serán quienes resolverán los imprevistos que se presenten.

5. Realizar al menos una visita previa de reconocimiento y organización al Centro de Salud Colaborador que le sea asignado, con el Director y/o Enlace para la realización del trabajo de campo.

6. Presentar el Programa de Trabajo de la práctica para este segundo semestre, al Coordinador de Desarrollo Profesional y Comunidad, al Enlace y al ayudante de profesor asignado al Centro de Salud Colaborador para su monitoreo.

7. Dar seguimiento al programa y cumplimiento de los objetivos teóricos y prácticos.

8. Será el responsable de los alumnos, en la sede (Centro de Salud Colaborador) y en el desarrollo de las actividades de campo que se realicen por lo que tendrá que vigilar:

- Asistencia de los alumnos
- La identificación de los alumnos (credencial de la U.N.L.P.).
- La presencia de alumnos ajenos a la práctica, que por ningún motivo podrán participar en la misma.
- Mantenimiento del orden en la sede y en la comunidad.
- Que se cumplan las actividades planeadas en campo.
- Del mantenimiento y los cuidados de los materiales necesarios para la práctica.
- La seguridad del grupo en su conjunto.
- Vigilar que las condiciones de seguridad sean las adecuadas para los asistentes.

- La hora de salida y recorridos de todos y cada uno de los grupos en campo, así como la hora de llegada. (hora, sitio de reunión, croquis del recorrido).
- Lista de los teléfonos celulares de los alumnos y/o responsables de equipos de trabajo de campo.
- Lista de teléfonos del Centro de Salud Colaborador (Director, Enlace).

9. Que se lleve a cabo el ejercicio de priorización y focalización del problema de salud a estudiarse durante la práctica, mismas que se especificarán en la protocolización de la actividad de campo.

10. Una vez revisados los resultados de cada grupo, mismos que serán presentados en clase por parte de los alumnos, se integrarán las conclusiones finales. El análisis de la información obtenida por todos los grupos se presentará en un documento final a las autoridades de los centros de salud.

11. En cada una de las etapas se aplicarán diversos instrumentos de evaluación que permitirán supervisar y calificar tanto la planeación, como el proceso y el resultado de la práctica, y en caso necesario se realizarán los ajustes correspondientes.

12. No podrán salir a campo los alumnos sin la presencia de los profesores.

Responsabilidades de Los Alumnos

I. Integrará la información teórica necesaria para el estudio y comprensión de un problema de salud.

- II. Identificará los apartados o capítulos de un protocolo de investigación en la detección de un problema de salud en una comunidad específica.
- III. Reconocerá las modalidades, características e instrumentos de la recolección de información de campo.
- IV. Diseñará la descripción desde el punto de vista estadístico y epidemiológico del problema de salud identificado.
- V. Interpretará la información obtenida en sus resultados, identificando los alcances y limitaciones de la misma.
- VI. Integrará las conclusiones finales y un análisis de la información obtenida por el grupo, en un documento final.
- VII. Observará los siguientes lineamientos para la realización de la práctica:
1. Debe asistir uniformado con guardapolvo o ambo.
 2. Deberá portar en lugar visible su credencial de estudiante.
 3. Deberá asistir puntualmente.
 4. Es recomendable que no porte anillos, pulseras, cadenas o algún objeto de valor como reproductores de música o equipo electrónico.
 5. Se dirigirá con respeto hacia sus compañeros, profesores, el personal del Centro de Salud y a los miembros de la comunidad.
 6. Comunicará a su profesor cualquier anomalía o problema que se presente durante el desarrollo de la práctica.

Población de estudio

Se definirá con base en las actividades que se lleven a cabo en el Centro de Salud Colaborador, en el ejercicio de priorización y focalización del problema de salud a estudiarse durante el diseño final de la Práctica Comunitaria, mismas que se especificarán en el Programa de trabajo de la Práctica en Comunidad

Beneficios a la comunidad

La evaluación de la situación de salud de la población objetivo pretenderá identificar y eventualmente referir a las instancias pertinentes a aquellos pobladores con un problema particular que deba ser atendido; además se pretenderá que la información elaborada por el equipo de trabajo de la Práctica Comunitaria de cada sede, pueda servir para proponer estrategias que reduzcan los daños a la salud particularmente identificados, con el objetivo de que ello redunde en condiciones de vida más saludables de la población objetivo.

Criterios de acreditación para el alumno

La calificación de la práctica en comunidad estará integrada en cada calificación de la Cátedra de acuerdo a de la siguiente manera:

50% Evaluación por el profesor, (30% participación en la práctica, 20% asistencia trabajos y participación en clase), 50% Calificación Obtenida en el Examen Parcial de la Materia.

La acreditación de la práctica requerirá mínimo del 80% de asistencia.

Etapas de la práctica:

1. Planeación (tres semanas)

- Revisión de contenidos temáticos (1 semana).
- Gestión de la información en el Centro de Salud Colaborador (1 semana).
- Programación de las fases de la etapa de ejecución (1 semana).

2. Ejecución (8 Semanas)

- Caracterización general de la situación de salud de la población en un área seleccionada. (2 semanas)
- Selección del problema a analizar. (1 Semana)
- Estudio del problema priorizado en la comunidad (diseño, instrumentos, recolección, procesamiento de datos) (5 semanas)

3. Elaboración del Informe (dos a cuatro semanas)

- Análisis, conclusiones, sugerencias de intervención
- Redacción y entrega del informe final

Las actividades prácticas se refieren a la ejecución de las fases de la práctica comunitaria propiamente dicha:

1. Caracterización de la situación general de salud de un área incluida dentro de la zona de influencia del Centro de Salud Colaborador.

- Revisión de fuentes secundarias
- Elaboración de croquis en terreno con identificación espacial de factores de riesgo a la salud de la población.
- Obtención de un listado de problemas de salud que afectan a la población de la localidad específica.

2. Priorización de problemas de salud

Se sugiere el empleo combinado de técnicas de consenso para la priorización que incluya principalmente a los actores del Centro de Salud y referentes de la comunidad.

3. Estudio específico del problema priorizado

- a. Diseño del estudio e instrumentos para realizarlo
- b. Recolección de datos en campo (o en los registros de la unidad)
- c. Procesamiento de datos, elaboración de cuadros y gráficos (descriptivos)
- d. Análisis y síntesis de la información.

4. Elaboración y entrega de un documento de informe final de la práctica (15 a 20 páginas).

- a. Carátula
- b. Resumen ejecutivo
- c. Presentación-introducción
- d. Descripción general del Centro de Salud Colaborador y las características generales de su área de influencia.

- e. Descripción del área de estudio y sus características generales sociodemográficas y de salud.
- f. Elección del problema de salud.
- g. Descripción del problema priorizado, relaciones y posibles causas.
- h. Materiales, métodos e instrumentos.
- i. Análisis y conclusiones.
- j. Sugerencias de intervención sobre la problemática.
- k. Bibliografía y fuentes.
- l. Anexos (instrumentos utilizados e información adicional).

Productos esperados y evaluables

1. Caracterización general de la situación sociodemográfica y de salud del AGEB seleccionado.
2. Estudio específico del problema priorizado (objetivos, diseño, variables, instrumentos, resultados).
3. Informe final de la práctica.
4. Evaluación general de la propuesta por parte de los alumnos.

Se les solicitará a los alumnos que respondan un cuestionario semiestructurado para obtener información de la práctica a los fines de que la misma sea evaluada.

El mismo será grupal y anónimo, y constará de las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo evalúa en términos generales a la práctica comunitaria?
2. ¿Qué propuestas de mejora realizaría?
3. Evalúe a su docente a cargo respecto a la realización de la práctica.
4. Evalúe las condiciones en que se realizaron las prácticas
 - a. Instalaciones del Centro de Salud
 - b. Personal del Centro de Salud.
 - c. Accesibilidad del Centro de Salud.
 - d. Relación con la comunidad.
5. ¿Cree que estas prácticas le aportan conocimientos y saberes importantes?, ¿Cuáles?
6. Le solicitamos que se exprese en relación a la práctica, si satisfizo sus expectativas, si le trajo inconvenientes, etc...

Cronograma

Semana	Tema teórico	Práctica Comunitaria
1	Clase informativa sobre cursada Introducción a la Epidemiología	Introducción a la Práctica
2	Variables y fuentes de información	Revisión de contenidos temáticos
3	Técnicas de relevamiento de información en terreno	Gestión de la información en el Centro de Salud Colaborador
4	Mediciones en Epidemiología	Programación de las fases de la etapa de ejecución
5	Mediciones en Epidemiología	Caracterización general de la situación de salud de la población en un área seleccionada
6	Demografía	
7	Introducción a la estadística	Selección del problema a analizar

8	SEMANA DE 1° EVALUACIÓN	Diseño del instrumento de recolección
9	Diseños Descriptivos y Ecológicos	Recolección de la información
10	Epidemiología descriptiva	
11	Epidemiología Analítica	
12	Epidemiología Experimental	Procesamiento de los datos
13	Epidemiología Ambiental	Redacción del informe y cuestionario
14	Epidemiología Social	
15	SEMANA DE 2° EVALUACIÓN	

Reflexiones finales

La presente propuesta surgió de una preocupación por la experiencia que nos toca vivir en el momento de graduación, en la que se observa una gran dificultad para orientar la práctica profesional. Esta dificultad se plantea cuando se comienza a identificar el importante requerimiento de profesionales formados en áreas vitales para el funcionamiento del sistema de salud. Esta necesidad de generar profesionales comprometidos con los intereses del sistema de salud no puede quedar supeditado solo a la voluntad de los recién graduados. Sobre todo cuando, tal como hemos presentado, esa voluntad se ve permanentemente inducida ya sea por el mercado profesional como por la misma Facultad formadora de recursos, hacia el ejercicio liberal de la profesión y en ese camino por la súper especialización.

Mediante los elementos que nos ha brindado la Carrera de Especialización hemos podido realizar un diagnóstico de la relación entre las materias vinculadas a los contenidos sociales y las que enfatizan la dimensión biológica del proceso de salud enfermedad. Allí hemos encontrado un claro predominio de estas últimas, lo que a nuestro entender ha favorecido en los profesionales una idea acrítica y ahistórica de los problemas de salud. Esta situación estructurada a lo largo de los años ha permeado las diferentes capas sociales hasta llegar a la propia población.

Hemos podido demostrar en qué medida esta idea llega a la población en tanto que los propios alumnos de la Cátedra Epidemiología, sin tener conocimiento alguno aún de la profesión (se encuentran recién ingresados) privilegian los aspectos biológicos de la carrera. Mediante un relevamiento realizado, observamos cómo estos alumnos interpretan como más importantes las materias denominadas “duras”, y desde el inicio traen como deseo ferviente, poder acceder a una súper especialidad. Claro que, mediante el análisis minucioso de la información hemos visto que este fenómeno se encuentra vinculado al status social y económico que supuestamente esas súper especialidades traen aparejadas. A pesar de que en sus discursos relacionan esta actitud con una suerte de “servicio desinteresado a la comunidad”.

La construcción de esta realidad y la idea dominante entre los profesionales, alimentada por la misma Facultad a través de su currícula - y que en definitiva impacta en la comunidad y en alumnos de reciente ingreso- la presentamos a la luz de la idea de Modelo Médico Hegemónico, formulada por Menéndez, y continuada por diferentes investigadores. La complejidad de esta realidad y sus múltiples dimensiones que la determinan, hace que los esfuerzos por modificarla deban estar en consonancia con esa complejidad.

Para ello presentamos una propuesta pedagógica que revitalice la idea de las prácticas en terreno de la materia Epidemiología, en la Facultad de Ciencias Médicas. Hablamos de prácticas en los escenarios reales como lugar en el que crecen, se desarrollan y reproducen las ideas y las prácticas sociales, que entre otras construyen la idea de la salud. El aprovechamiento adecuado de ese espacio, puede generar en alumnos aprendizaje significativo que cuestione los prejuicios y presupuestos que trae desde el inicio.

Además, la carrera nos permitió enriquecer la propuesta desde el enfoque de la innovación pedagógica, además de la visión desde la idea de prácticas de enseñanza, todo ello en el marco particular de la enseñanza de la medicina y la epidemiología.

La gran oportunidad que nos da la Universidad de cursar la especialidad, y compartir la experiencia, además de un gran esfuerzo, fue un momento de gran aprendizaje. Desde allí hemos podido discutir, argumentar y aprender enormemente de docentes y compañeros la idea de Universidad y las posibilidades de desarrollo de la misma, así como su historia y devenir.

Bibliografía

1. Almeida Filho N. (2000) La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología, Buenos Aires, Editorial Lugar.
2. Ander Egg, E. (2003) Repensando la investigación – acción – participativa. Lumen, Buenos Aires.
3. Autores varios. Prácticas en la realidad social: La formación ciudadana y profesional del estudiante universitario. Colección de Cuadernillos de actualización para pensar la

Enseñanza Universitaria. Año 1. N° 10, diciembre.
Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina.

4. BARCO, S; (Coord.); ICKOWICKZ, M; IURI, T; TRINCHERI, A, Universidad. Docentes. Prácticas. El caso de la Universidad Nacional del Comahue, Neuquén, Educo, 2005.
5. Barco, S., Nuevos enfoques para viejos problemas en la formación de profesores, mimeo, 1994.
6. Bourdieu P. Intelectuales y poder. Eudeba, 1ª Impresión 1999. El campo científico.
7. BOURDIEU, Pierre, 1972, Esquisse d'une theorie de la pratique. Droz. Genève, Paris.
8. Breilh J. Epidemiología Crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
9. Candreva A., Morandi G. "El curriculum Universitario: Entre la teoría y la Práctica" En: Un currículum de ciencias sociales para el siglo XXI: qué contenidos y para qué; María Teresa García Santa María (coord.). Diada Editora, S.L. , 1999 España
10. Davini, María Cristina, La Formación Docente en cuestión: política y pedagogía, Buenos Aires, Paidós, 1995.
11. De Souza Minayo MC, Interdisciplinariedad y pensamiento complejo en el área de la salud. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 4(1):5-8, Enero - Abril, 2008.
12. EGGEN, P; KAUCHAK, D, Estrategias docentes. Enseñanza de contenidos curriculares y desarrollo de habilidades de pensamiento, Argentina- México, FCE, 1999.
13. Escudero Muñoz, Juan Manuel (1988), "La innovación y la organización escolar", en Roberto Pascual (coord.), La

gestión educativa ante la innovación y el cambio, Narcea, Madrid.

14. Glick SM. Problem-based learning and community- oriented medical education. *Med Educ* 1991; 25: 542-5.
15. Jenicek, M., Robert Cléroux. *Epidemiología: principios, técnicas, aplicaciones* Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1993.
16. Lins Ribeiro G. Extrañamiento y conciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica. En *Cuadernos de Antropología Social, Sección Antropología Social, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras-UBA, Vol.2, Nº. 1, 1989, pp. 65-69.*
17. Lomagno, C. La propuesta de Taller en el trabajo con Jóvenes y Adultos. Dirección Pcial. de Capacitación para la Salud. Subsecretaría de Planificación para la Salud. Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As. Junio de 1998.
18. Lucarelli Elisa, Las innovaciones en la enseñanza, ¿Caminos posibles hacia la transformación de la enseñanza en la Universidad?. 3ras Jornadas de Innovación Pedagógica en el Aula Universitaria – Junio 2004. Universidad Nacional del Sur
19. Menéndez, E. “Morir de alcohol”. En: *Saber y hegemonía médica*, México, Conaculta-Alianza, 1990.
20. Merton R. K. *Structural analysis in Sociology*. En Merlin C. Wittrock, *La investigación de la Enseñanza. Enfoques, Métodos y teorías*. Ediciones Paidós. 1989
21. Oswald N. Why not base medical education in general practice? *Lancet* 1989; 2: 148-9.

22. Programa de desarrollo práctica final obligatoria, Facultad de ciencias Médicas de la U.N.L.P
23. Samaja, J. Epistemología de la Salud: Reproducción Social, subjetividad y Transdisciplina, Ed. Lugar, Buenos Aires, 2004.
24. Sanjurjo Liliana, La formación práctica de los docentes, Reflexión y acción en el aula. 2002, Homo Sapiens Ediciones. (61 – 77).
25. Schön, D. (1992). La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona, España. Paidós
26. Sonis, Abraham y otros - Procesamiento didáctico: Davini, Ma. C., Lomagno, C. y otros. "Salud y Sociedad" Módulo I del Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Secretaría de Programas Sanitarios. Bs. As. 2005.
27. Tapia, María Nieves. Aprendizaje Servicio Solidario. En el sistema educativo y las organizaciones juveniles. Ciudad Nueva. 2006.
28. Vasilachis de Gialdino I. Estrategias de Investigación Cualitativa, Ed Gedisa. Barcelona España, 2006.

Anexos

Anexo 1.

Programa oficial de estudios de la materia Epidemiología



Universidad Nacional de La Plata



Facultad de Ciencias Médicas
Departamento de Ciencias Sociales

PROGRAMA

Cátedra	EPIDEMIOLOGÍA				
Departamento	Ciencias Sociales				
Prof. Titular	Prof. Dra. Graciela ETCHEGOYEN				
Ciclo	Básico	Año	2°	Plan	2004
Régimen de Cursada	<i>Bimestral</i>				
Carga Horaria	Total: 40	Teórico: 10		Práctico:30	

OBJETIVOS:

Se espera que al terminar la cursada, el alumno sea capaz de:

- Conocer el objeto de estudio y el marco teórico básico de la Epidemiología así como la evolución Histórica sus objetivos y contenidos.
- Entender las estrategias y usos fundamentales de la Epidemiología y su relación con las Ciencias Básicas, Clínicas y Sociales de la carrera
- Valorar la epistemología y la metodología científica en el enfoque y solución de problemas en las Ciencias de la Salud
- Aplicar el método Epidemiológico para la descripción y análisis de problemas de salud de la comunidad y Comprender los distintos modelos epidemiológicos
- Conocer y aplicar las herramientas epidemiológicas de medición de los fenómenos poblacionales: Identificar variables y establecer distintas escalas de medición de acuerdo a los objetivos de los estudios epidemiológicos.
- Identificar los distintos diseños de investigación para el abordaje del conocimiento de los problemas de salud
- Manejar fuentes de información y técnica de recolección de datos cuantitativos

- Reconocer relaciones de causalidad y riesgo en salud y enfermedad
- Comprender los conceptos básicos de la estadística aplicada al análisis cuantitativo de la información
- Aplicar las herramientas epidemiológicas para realizar investigaciones diagnósticas y evaluativas en sistemas y servicios de salud
- Comprender los objetivos y la función del Sistema de Vigilancia Epidemiológica

UNIDAD I: INTRODUCCIÓN A LA EPIDEMIOLOGIA

Definiciones y conceptos. Evolución histórica de sus objetivos. Utilidades de la Epidemiología. El principio de precaución. La Epidemiología y su relación con otras Ciencias. La Clínica y la Epidemiología. Epidemiología Social. Teoría ecosocial. Problemas vinculados a la epidemiología social. Historia natural de la Enfermedad. Niveles de prevención. El método Epidemiológico. Diferencias con el método clínico. Los pasos del método epidemiológico.

Los modelos epidemiológicos. Relaciones causa-efecto. Enfoque de riesgo Tríada ecológica. Modelos multicausales. Multicausalidad

SABERES PREVIOS

CS. SOCIALES Y MEDICINA.

El método hipotético deductivo. Procesos de demostración. Las hipótesis La teoría y la práctica. La investigación aplicada a Medicina Sanitaria. El conjunto de las ciencias. Componentes y clasificación de las ciencias. Las ciencias biológicas. Las ciencias sociales. Los aspectos científicos de la Medicina. Diseño descriptivo y explicativo

Las etapas del protocolo de investigación: Planificación y ejecución. Dentro de la planificación el QUÉ SE INVESTIGA (marco teórico, planteamiento del problema de investigación e hipótesis, tipos, etc., etc.).

Sociología Médica: La organización social. Autores clásicos. Función, estructura y sistema. Sociedad tradicional y sociedad tecnológica. Urbana y rural. Urbanización. El cambio social. Factores y agentes. Cambio e historia. Evolución y revolución. Movimientos sociales. Industrialización, desarrollo y progreso. Desarrollo humano, proceso en la Argentina. Política económica de la salud. Teoría ecosocial. Salud y enfermedad como proceso macrosocial. Situación de salud y morbilidad en sociedades globales, regiones y clases sociales. Producción social de enfermedades. Teoría ecosocial., Equidad y equidad en salud. Principios éticos.

UNIDAD II: LA MEDICION EN EPIDEMIOLOGIA

Variables. Tipos y Clasificación. Escalas de medición de las variables. Puntos de corte. Operacionalización de las variables. Indicadores.

Medidas de frecuencia y de impacto. Tasa, Razón y Proporción. Prevalencia. Incidencia. Factores que modifican las mediciones. Tasas de mortalidad y morbilidad. Tipos. Tasas ajustadas. Métodos. Razón de mortalidad proporcional.

Técnica de recolección de datos: dato e información. La encuesta estructurada o cuestionario. Confección de la encuesta o cuestionario. Relación entre las variables a estudiar y los tipos de preguntas, adaptación y validación de escalas. Confiabilidad y validez.

SABERES PREVIOS

CS. SOCIALES Y MEDICINA

Hipótesis. Tipos. La teoría y la práctica. Diferentes abordajes para la investigación. Las ciencias sociales y la medicina. Métodos de las ciencias sociales, Abordaje cuali-cuanti.

UNIDAD III: DEMOGRAFÍA Y ANÁLISIS ESPACIAL

Teorías de Población. Malthus. Marx. La transición Demográfica. Crecimiento demográfico. Tamaño, estructura y distribución de la población. Los fenómenos principales. Pirámide poblacional. Tipos de pirámides. Análisis de pirámides poblacionales. Indicadores demográficos. Fuentes de información poblacional: El Censo. Técnicas censales para el relevamiento de la información de las encuestas.

Territorio y Urbanización: ordenamiento territorial. Urbanización. Metropolización, aglomeración y marginación. La ciudad. Etapas. Fragmentación urbana.

SABERES PREVIOS:

CS. SOCIALES Y MEDICINA

Interrelación micro y macrosocial. Personalidad y socialización. Grupos y asociaciones. Estratificación y movilidad. Clases sociales y etnias.

La organización social. Autores clásicos. Función, estructura y sistema. Sociedad tradicional y sociedad tecnológica. Urbana y rural. Urbanización.

Lo macro-social, Sociedad, Estructura-Instituciones-Organizaciones-Clases sociales. Etnias, Componentes y niveles de análisis. Estratificación y movilidad. Migración-emigración,

El cambio social. Factores y agentes. Cambio e historia. Evolución y revolución. Movimientos sociales.

Industrialización, desarrollo y progreso. Desarrollo humano en la Argentina. Política económica de la salud.

Teoría ecosocial

.

UNIDAD IV: DISEÑOS EPIDEMIOLOGICOS

Tipos de estudios. Clasificación. Ventajas y desventajas de los diseños. Marcos teóricos de los diseños. Sesgos del diseño.

Epidemiología descriptiva. Descripción de tiempo, persona y lugar. Estudios exploratorios. Estudio de corte transversal.

SABERES PREVIOS:

CS. SOCIALES Y MEDICINA

Método Hipotético deductivo. Las etapas del protocolo de investigación: Planificación y ejecución. Dentro de la planificación el QUÉ SE INVESTIGA (marco teórico, planteamiento del problema de investigación e hipótesis, tipos, etc, etc.). La entrevista clínica. Etapas de la entrevista

UNIDAD V: EPIDEMIOLOGIA ANALITICA

Medición del riesgo y la causalidad. Criterios de asociación causal. Causales y factores. Riesgo. Factores de riesgo. Vulnerabilidad. Mediciones del riesgo. Asociación. Riesgo absoluto, relativo (RR), riesgo atribuible y Odds Ratio. Estudios de Casos y Controles, transversales y de Cohorte. Fenómenos de confusión.

SABERES PREVIOS:

CS. SOCIALES Y MEDICINA

Método Hipotético deductivo. Las etapas del protocolo de investigación: Planificación y ejecución. Dentro de la planificación el QUÉ SE INVESTIGA (marco teórico, planteamiento del problema de investigación e hipótesis, tipos, etc., etc.).

Articulación

Informática Aplicada al Análisis de los Datos

UNIDAD VI: EPIDEMIOLOGIA CLINICA Y EXPERIMENTAL O DE INTERVENCIÓN

Pruebas diagnósticas en la clínica. Sensibilidad y especificidad.

Los estudios farmacológicos. Etapas preclínica y clínica de una investigación. Diseños experimentales y cuasi experimentales. Diseños de Intervención. Aspectos éticos en la investigación con Sujetos Humanos.

Ensayo comunitario. Los Programas de Salud. Monitoreo y Evaluación. Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Vigilancia Epidemiológica. Sistemas de registro

SABERES PREVIOS:

CS. SOCIALES Y MEDICINA

Método Hipotético deductivo. Las etapas del protocolo de investigación: Planificación y ejecución. Dentro de la planificación el QUÉ SE INVESTIGA (marco teórico, planteamiento del problema de investigación e hipótesis, tipos, etc., etc.).

Articulación

Informática Aplicada al Análisis de los Datos

UNIDAD VII: EPIDEMIOLOGIA AMBIENTAL

Naturaleza de los agentes responsables de problemas de salud. Exposición y riesgos para la salud.

Estudios de toxicología ambiental. Riesgo ambiental. Evaluación de Riesgos ambientales.

Vigilancia epidemiológica. Estudios epidemiológicos ambientales y de daño a la salud.

SABERES PREVIOS:

CS. SOCIALES Y MEDICINA

Ecología. Objeto de estudio. Metodología. Definiciones.

Interacción entre los organismos y su ambiente. Propiedades físicas factores abióticos: clima-geología.

Hábitat: factores bióticos. Ecosistema. Biosfera. Medio ambiente Humano. Definición. Alcances. Teoría general de sistemas. Superconjunto-subconjunto.

Evolución y conceptos de ecología. Dinámica de la naturaleza. Jerarquía, niveles de organización. Gran escala y menor escala. Población, comunidad. Procesos de un Ecosistema. Materia y energía. Principales ciclos ecológicos. Biosfera. Principio de la propiedad emergente. Naturaleza y cultura. Interacción hombre naturaleza. Ambiente humano y salud. La intervención humana en el ambiente. Crisis ecológica

Articulación

Salud Ambiental
Ecología Humana

UNIDAD VIII: ESTADÍSTICA Y EPIDEMIOLOGIA

Análisis cuantitativo de la información: la herramienta estadística. Conceptos básicos. Usos de la estadística. Muestreo. Universo, unidad de análisis y muestra. Determinación del tamaño muestral. Técnicas de muestreo.

Estadística descriptiva: Distribución de frecuencias. Medidas de resumen: tendencia central y dispersión. Intervalos de confianza. Distribución de cuartiles.

Estadística comparativa y asociativa. Significancia estadística. Valor de p. Uso de las pruebas estadísticas básicas. Conceptos sobre Análisis multivariado. Enfoque de niveles múltiples, etc.

Mediciones de equidad. Curva de Lorenz, Índice de Gini.

Estudios de concordancia. Índice Kappa y estudios de correlación

SABERES PREVIOS:

CS. SOCIALES Y MEDICINA

Método Hipotético deductivo. Las etapas del protocolo de investigación: Planificación y ejecución. Dentro de la planificación el QUÉ SE INVESTIGA (marco teórico, planteamiento del problema de investigación e hipótesis, tipos, etc., etc.).

Articulación

Informática Aplicada al Análisis de los Datos

BIBLIOGRAFÍA OBLIGATORIA:

- § Alan Dever, GE. Epidemiología y Administración de Salud. OPS. OMS. Año 1991
- § Pineda EB, Alvarado EL de, Canales FH de. *Metodología de la Investigación*. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2° edición. Serie Paltex N°35. OPS. OMS. Año 1994.
- § Ruiz Morales A, Morillo Zárate L. Epidemiología Clínica. Investigación Clínica Aplicada. Editorial panamericana. Bogotá. Colombia. Año 2004

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA:

- § Fundamentos de la Salud Pública, Autor Director, Prof. Dr. Horacio Luis Barragán, Autores Dra Adriana Moiso, Dra María de los Ángeles Mestorino, Dr. Oscar Alfredo Ojea y colaboradores. Ed EDULP, ISBN 978-950-34-0415-7, La Plata 2007.
- § Jenicek Milos; Clèroux Robert. Epidemiología. Principios. Técnicas. Aplicaciones. Editorial Salvat. Barcelona. 1996.
- § Beaglehole R; Bonita R; Kjellstrom T. Epidemiología básica. Publicación Científica N° 551. Organización Panamericana de la Salud. 1994.
- § Lemus, J. Epidemiología para las áreas programáticas, centros de salud y hospitales descentralizados. Escuela de Salud Pública. Fac. de Medicina. Universidad del Salvador. Buenos Aires. 1996.
- § Reigelman, Richard K.; Hirsch, Robert P. Cómo estudiar un estudio y probar una prueba: Lectura crítica de la literatura médica. Organización Panamericana de la Salud. Washington .1992.
- § Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Principios y Métodos. 6° edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana México Año 2002.
- § Wainerman C, Sautu R. L (Compiladoras). La Trastienda de la Investigación. Ediciones Lumiere. Año 2000
- § Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. Metodología de la Investigación Segunda Edición Mc Graw-Hill. México. 1999
- § Guidourg, R.; Ghigliani, A.; Guarinoni, R. Introducción al Conocimiento Científico. Ed. Eudeba. Buenos Aires. 1985.
- § Kerlinger, F. Investigación del comportamiento. Técnicas y metodologías. Ed. Interamericana. México. 1987.
- § Huth EJ. How to Write and Publish Papers in the Medical Sciences 2° Edición. Williams & Wilkins. USA. 1990.
- § Klimovsky G, Hidalgo C. La inexplicable sociedad. Cuestiones de Epistemología en las Ciencias Sociales. AZ Editora. Buenos Aires. 1998
- § Lwanga SK, Lemeshow S. Determinación del tamaño de las muestras en los estudios sanitarios. Manual Práctico. OMS. Ginebra 1991

- § Schuster, F. El Método en las Ciencias Sociales, Editores de América Latina, Buenos Aires. 1997
- § Samaja, J. Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica, Eudeba, Buenos Aires. 1997.

Anexo 2.

Cuestionarios realizados a los alumnos.



Facultad de Ciencias Médicas
Departamento de Ciencias Sociales

Universidad Nacional de La Plata

El siguiente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación de la Cátedra de Epidemiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.L.P., el mismo tiene como objetivo evaluar las ideas de los alumnos acerca de la enseñanza de la Medicina y las diferentes formas de la práctica profesional.

Le solicitamos a Ud. complete de forma clara los enunciados recordando que su participación es voluntaria y los resultados serán procesados de manera de proteger la identidad del respondiente.

Muchas gracias

Nombre y apellido.....

Fecha:/...../.....

A continuación, le pedimos que a cada materia le ponga un número que según su parecer le otorgue importancia o prioridad en comparación entre ellas. La número 1 es la más importante y la n°30 la menos.

Materia			
Anatomía		Introducción a la Epistemología de la Salud	
Biología		Filosofía Médica	

Ciencias Social y Medicina		Cirugía II	
Citología, Histología y Embriología		Deontología y Medicina Legal	
Informática Básica		Diagnóstico y Terapéutica por Imágenes II	
Introducción a la Vida Universitaria y Esquema Curricular		Ginecología	
Taller de integración horizontal		Medicina Interna II	
Biología		Obstetricia	
Ciencias Exactas		Pediatría	
Bioquímica y Biología Molecular		Psiquiatría II	
Epidemiología		Salud Pública II	
Fisiología y Física Biológica		Taller de Integración	
Inglés Médico (Hasta 4º año)		Toxicología	
Psicología Médica		Bioética	
Taller de Integración del Ciclo Básico		Bioquímica Clínica II	
Ecología Humana y Promoción de la Salud		Educación para la Salud	
Historia de la Medicina		Trasplante de Órganos y Tejidos	
Farmacología Básica		Diagnóstico y Terapéutica por Imágenes I	
Informática Médica (Hasta 5º año)		Farmacología Aplicada	
Microbiología y Parasitología		Infectología	
Oftalmología		Medicina Interna I	
Patología		Neurología	
Salud y Medicina Comunitaria		Ortopedia y Traumatología	
Semiología		Otorrinolaringología	
Taller de integración horizontal		Psiquiatría I	
La informática en ciencias de la salud		Salud Pública I	
Genética		Taller de integración horizontal	
Inmunología		Urología	
Salud Ambiental		Bioquímica Clínica I	
Cirugía I		Dermatología	

Le pedimos que por favor explique los criterios utilizados para realizar el ordenamiento:

.....
.....

.....
.....

Le solicitamos a continuación que indique de la misma manera las 10 especialidades médicas que a su entender son las más importantes desde el punto de vista de la medicina, otorgando el n°1 a la más importante y la N°10 a la menos.

1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

Le pedimos que por favor explique los criterios utilizados para realizar el ordenamiento:

.....
.....
.....
.....
.....

De la misma manera le solicitamos que ordene las especialidades médicas, pero ahora desde el punto de vista de la remuneración. Cuál, según su opinión, debe ser la especialidad mejor remunerada (n°1), y cuál la menos (n°10).

1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

Le pedimos que por favor explique los criterios utilizados para realizar el ordenamiento:

.....

.....

.....

.....

.....

.....