

Universidad Nacional de La Plata
Carrera de Especialización en Docencia Universitaria

Trabajo Final Integrador

**“La Enseñanza de la Salud Pública
en la Formación de Grado”**

-Estudio comparativo entre las carreras de Medicina de la UNLP, la UNR y la UNC-

Docente: Dr. Horacio O. Pracilio

Alumno: Dr. Juan P. Alconada Magliano

-Año 2013-

Índice

Introducción.....	3
El problema y sus Interrogantes.....	4
Objetivos	10
Estado del Arte.....	11
Marco Teórico	19
Desarrollo Metodológico	32
Análisis Documental	33
<i>Los Documentos</i>	33
<i>Categorías de Análisis</i>	44
Discusión	65
Conclusiones.....	71
Bibliografía	73
Anexo A: Plan de Estudios (Gráfico). La Plata	80
Anexo B: Plan de Estudios (Gráfico). Rosario	81
Anexo C: Plan de Estudios (Gráfico). Córdoba	82

Introducción

La adecuación de la formación de los recursos humanos a las necesidades de la comunidad, representa una cuestión central en el desarrollo sanitario de un país. Siendo evidente la necesidad de definir una clara política de estado en materia de salud pública, y consecuentemente formar los profesionales necesarios para darle sustento al modelo sanitario definido en el contexto de la misma. Sin embargo, algo que resulta tan fácil declamar, constituye una grave falencia en el funcionamiento del estado y la sociedad argentina.

El sistema de salud argentino, según criterio de las autoridades sanitarias actuales, se caracteriza por la fragmentación de sus partes y la falta de coordinación entre los niveles nación, provincia y municipio, entre los tres niveles de atención médica, y entre los diferentes subsectores que financian el sistema. Este diagnóstico no es nuevo, ya lleva varias décadas¹, y no es atribuible a ningún sector político en forma excluyente, pero es necesario destacar el daño que produjo al sistema sanitario y al sistema educativo, la descentralización de los mismos durante la década de los 90, sin recursos económicos ni mecanismos destinados a compensar las desigualdades entre las diferentes localidades y regiones del país. Lamentablemente, con sus especificidades, el sistema educativo argentino, también se caracteriza por la fragmentación y la falta de una adecuada coordinación de sus componentes².

Entonces, se hace evidente que la política universitaria, en lo que respecta a la educación médica, debe estar dirigida a la formación de un profesional capacitado para funcionar en un sistema sanitario debidamente planificado y articulado, que satisfaga las necesidades de la comunidad en materia de salud.

Aquí se analizarán las propuestas de enseñanza de la salud pública en la formación de grado, que por supuesto, ofrece limitaciones para saber qué es lo que realmente se enseña, pero nos permitirá conocer cómo se va resolviendo la disputa

¹ PNUD. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD; 2011.

² Tedesco JC (Comp.). ¿Cómo superar la desigualdad y la fragmentación del sistema educativo argentino? IIPÉ-UNESCO, Sede Regional Buenos Aires, 2005.

ideológica, conceptual y metodológica existente entre las diferentes perspectivas de la salud pública y la educación médica, en el campo curricular.

El Problema y sus interrogantes

La adecuación de la enseñanza de la salud pública en la formación de grado a las necesidades de la comunidad, es un problema complejo que reconoce orígenes tan diversos como la organización de la enseñanza científica de la medicina a partir del informe Flexner³ en el año 1910, las características de la facultad de Ciencias Médicas como organización social, la coexistencia de modelos médicos confrontados que determinan la presencia de diferentes modelos de enseñanza de la salud pública, las luchas de intereses en el campo social-económico y político, las peculiaridades del sistema de salud argentino y la realidad sociopolítica de nuestro país. Además, cuando se trata de la Universidad Pública, el problema de la vinculación entre la enseñanza de la salud pública y las necesidades de la comunidad toma particular importancia, dado que es la propia comunidad la que financia la educación médica, y porque es allí donde se forma la gran mayoría de los médicos argentinos⁴.

Internacionalmente, se pueden señalar algunos antecedentes en materia de educación médica que se vinculan con el marco de referencia en que acontece la enseñanza de la salud pública en la formación de grado en el mundo. Algunas de las cuales se detallan en los párrafos siguientes.

³ Hace más de cien años, Abraham Flexner, investigador de la Fundación Carnegie para el Progreso de la Enseñanza, realizó una evaluación de la educación médica en Norte América, visitando el total de las 155 escuelas de medicina que estaban en funcionamiento en los Estados Unidos y en Canadá. Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

⁴ Según los últimos datos estadísticos que suministra la Secretaría de Políticas Universitarias, en el año 2010 había 71.526 alumnos estudiando la carrera de Medicina, de los cuales un poco más del 86% concurría a universidades de gestión estatal. Departamento de Información Universitaria, de la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU), del Ministerio de Educación de la Nación. *Anuario de Estadísticas Universitarias-Argentina 2010*.

En el año 1988, en la ciudad de Edimburgo, se llevo a cabo la primera Conferencia Mundial de Educación Médica⁵, y se produjo un documento que se ha dado en llamar “La Declaración de Edimburgo”. Allí se realiza un diagnóstico sobre la educación médica y se establece una serie de recomendaciones sobre la necesidad de instaurar cambios curriculares que garanticen la formación de un médico acorde a las necesidades de la comunidad. Sí bien son declaraciones realizadas para todos los países del mundo hace más de treinta años, conservan aún una vigencia absoluta para abordar la problemática de la formación médica en general, y la enseñanza de la salud pública en particular, en nuestro país.

En Europa, durante la última década, se han llevado adelante una serie de iniciativas tendientes a adecuar la educación médica a las necesidades de los países integrantes de la Unión en materia de Educación Médica. Destacándose, la iniciativa de la “Comisión Europea para el desarrollo de objetivos de enseñanza y adquisición de competencias, para los programas de grado en Europa”⁶; iniciativa vinculada a “La Declaración de Bolonia”, que promueve la armonización de la Educación Superior en Europa⁷. Dichas iniciativas, se discuten en el ámbito académico, pero no han logrado ser aplicadas a la educación médica, tanto en su lugar de origen, como tampoco en nuestra región^{8,9}.

En la ciudad de Tulsa, Oklahoma (USA), en mayo de 2012, durante la conferencia denominada: “*Beyond Flexner: Social Mision in Medical Education*”, diversas escuelas de medicina pertenecientes a USA y Canadá, debatieron sobre la misión social de la enseñanza de la medicina, remarcando la conveniencia de

⁵ The Edinburgh Declaration. World Conference on Medical Education of the World Fcdcraton for Medical Education. *Medical Education* 1988; 22:481-2.

⁶ Cumming A, Ross M. The Tuning Projet for Medicine-learning outcomes for undergraduate medical education in Europe. *Medical Teacher* 2007; 29:636-41.

⁷ World Federation for Medical Education and Association for Medical Education in Europe. Statement on The Bologna Process and Medical Education. Copenhagen; 2005.

⁸ Lobato RD, Lagares A, Alén JF, Alday R. El desarrollo del proceso de "Bolonia" y el Grado de Medicina: Situación actual y expectativas para su implantación definitiva. *Neurocirugía* 2010; 21:146-56.

⁹ Bruner, analizó la viabilidad de implementar el Proceso de Bolonia en Latinoamérica y concluyó que la construcción de un Espacio Común de Educación Superior en el contexto Latinoamericano, a la manera en que acontece en Europa, se constituye como una dimensión “inalcanzable”. Sin embargo, el autor considera que hacer “ecos” de Bolonia hacia el espacio común del conocimiento iberoamericano, en base a la aplicación de las soluciones y estrategias políticas propuestas, permitiría mirar de frente las propias limitaciones y posibilidades. Brunner J. El proceso de Bolonia en el horizonte latinoamericano: límites y posibilidades. *Revista de Educación*, número extraordinario 2008, pp. 119-45.

trabajar en función de los determinantes sociales de la salud y señalando que “la misión de la Educación Médica debe incluir la definición de un área geográfica como parte de su responsabilidad, definir los canales de ayuda que den cuenta de esa misión y obtener resultados medibles”¹⁰.

A nivel nacional, se destacan una serie de hechos que se vinculan con el origen de la salud pública como actividad del estado, como es la creación de la Secretaría de Salud Pública y Acción Social, en el año 1946¹¹ y el establecimiento, a través de una ley nacional, de los principios de la salud a enseñar, en el año 1960¹². Sin embargo, los contenidos curriculares básicos vigentes para la carrera de Medicina fueron precisados por resolución del Ministerio de Educación de la Nación en el año 1959 y revisados en año 2007¹³. Más recientemente, se destaca la promulgación de la Ley Federal de Educación en el año 1993, la Ley de Educación Superior en el año 1995, y la Ley de Educación Nacional en el año 2006.

La Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), organismo descentralizado que funciona en la jurisdicción del Ministerio de Educación de la Nación, ha sido creada por medio de la Ley 24.521 de Educación Superior de 1995, y constituye el único organismo público nacional de evaluación y acreditación universitaria. La CONEAU comenzó sus actividades de acreditación de las carreras de Medicina en el año 1999, primero en forma voluntaria, y a partir del 2000, en forma obligatoria¹⁴. Las atribuciones y responsabilidades de la CONEAU se limitan a la acreditación de la carrera conforme patrones y estándares elaborados por la AFACIMERA (Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina), y fijados por el Ministerio de Cultura y Educación previa consulta al Consejo de Universidades. En consecuencia, la acreditación tiene

¹⁰ Godue C, Borrell RM, OPS/OMS. Ideas principales de la conferencia Beyond Flexner: Misión social de la Educación Médica. Tulsa, Oklahoma, 15 al 17 de mayo de 2012. Los autores integran el “Proyecto de Recursos Humanos para la Salud-Área de Sistemas de Salud basados en la APS” de la OPS/OMS.

¹¹ Ley nº 14.807/46. Creación de la Secretaría de Salud Pública y Acción Social

¹² Ley nº 115.767, de la Enseñanza de los Principios de la Salud; promulgada el 25 de octubre de 1960.

¹³ AFACIMERA - Carrera de Medicina: Contenidos Curriculares Básicos, Carga Horaria Mínima, Criterios de Intensidad de la Formación Práctica, Estándares para la Acreditación y Actividades Profesionales Reservadas. Resolución n 1314. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. Buenos Aires, 2007.

¹⁴ Martínez Marull A, Fernández CR, Jeppesen C, Caillon A. Los procesos de acreditación de carreras de Medicina en la República Argentina. Análisis crítico de los Estándares, de los Procedimientos y de los Resultados de la Evaluación. CONEAU; 2005.

objetivos exclusivamente académicos, efectos sociales y eventualmente políticos, pero no jurídicos, es decir que no implica control de legitimidad de los títulos ni del ejercicio de las profesiones. Sin embargo, aunque parcialmente resistido, el proceso de Autoevaluación y Acreditación Externa, ha obligado a las facultades de Medicina a pensarse a sí mismas y a introducir cambios curriculares significativos¹⁵. Allí está ubicada la cuestión de formar un médico acorde a las necesidades de la comunidad, lo cual implica establecer un adecuado perfil profesional a lograr, tanto como los contenidos necesarios y la metodología a emplear para concretar tal fin. Se puntualizan aspectos relacionados a la integración de las ciencias biomédicas y las ciencias sociales, donde se sitúa todo lo referente a la enseñanza de la salud pública en la formación de grado.

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata ha sido acreditada por CONEAU en tres oportunidades. El primer proceso de Acreditación^{16,17} finalizó en el año 2001 y el segundo proceso de Acreditación¹⁸ finalizó en el año 2005. Por último, el tercer proceso de Acreditación¹⁹ finalizó en el año 2010, y aún se encuentra vigente. Todo el proceso de autoevaluación y acreditación iniciado en el año 2000, puede verse como un continuo en el que se debate la formación de un graduado competente, con los conocimientos necesarios para desempeñarse como un médico general consciente de la realidad sanitaria argentina y comprometido con su comunidad.

En relación al estado del conocimiento sobre la enseñanza de la salud pública en la formación de grado, como problema de educación médica, surge como primer interrogante si las propuestas de enseñanza disponibles en la Universidad Pública Argentina, son adecuadas para formar un profesional médico acorde a las necesidades de la comunidad. En segundo lugar, surge el interrogante sobre la

¹⁵ XVI Conferencia Panamericana de Educación Médica. Autoevaluación y acreditación en tiempos de cambio. *Educ Med* 2003; 6 (Supl 1):S7-27.

¹⁶ Informe de Autoevaluación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata. Solicitado por CONEAU (Resolución 557/00) y presentado por la facultad el 21 de mayo de 2001.

¹⁷ CONEAU. Resolución nº 395/01. Acreditar por un período de tres años la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Ciencias Médicas.

¹⁸ CONEAU. Resolución nº 943/05. Extensión de la acreditación de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata por un período de tres años.

¹⁹ CONEAU. Resolución nº 897/10. Op. Cit.

capacidad de las actuales propuestas de enseñanza de la salud pública en la formación de grado de satisfacer los requerimientos futuros en la materia. En tercer término, ante la existencia de varios modelos de enseñanza de la salud pública, se hace necesario indagar sobre cuáles son las ventajas y las desventajas de optar por uno por otro modelo, a la hora de diseñar la propuesta destinada a la carrera de Medicina.

En relación a la planificación actual de la enseñanza de la salud pública en la formación de grado en el ámbito de la Universidad Pública Argentina, emergen interrogantes sobre la capacidad que tendrá el futuro médico de identificar grupos de riesgo en una población determinada, de identificar problemas de salud en una población determinada, de planificar acciones en los tres niveles de Prevención, y de utilizar los principios básicos de la administración en salud en el ejercicio de su profesión. Finalmente, surge el interrogante sobre la existencia o no, de una adecuada integración de la enseñanza de la salud pública y de las disciplinas clínicas.

Para evaluar la problemática de la adecuación de la enseñanza de la salud pública en la formación de grado a las necesidades de la comunidad, se elaborará un estudio comparativo entre las carreras de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), la Universidad Nacional de Rosario (UNR) y la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), utilizando como material de análisis los planes de estudio y los informes de CONEAU, correspondientes a las tres Unidades Académicas.

Como antecedente, se destaca el diagnóstico situacional de la educación médica en la República Argentina que en el año 1990 publicó la OPS, y que fue elaborado por Amanda Galli a solicitud de AFACIMERA²⁰. Allí se parte de la premisa de que la formación médica es relevante en la medida que se oriente a las necesidades prioritarias de salud de la población en un contexto de racionalización de los recursos disponibles para cubrir todos los niveles de atención en forma equilibrada. A continuación se mencionan los principales conceptos en relación al

²⁰ Galli A. Situación Actual de la Educación Médica en la República Argentina. Publicación nº 24. OPS/OMS, 1990.

problema en estudio, extraídos del informe: 1-En general, los contenidos de la enseñanza no se corresponden con la situación de salud. No se establece ninguna vinculación entre la organización de los niveles de atención médica y la enseñanza-formación de profesionales para brindar determinados servicios o prestaciones de acuerdo con el nivel de la red de servicios en el que les toque actuar; 2- Aunque se pregona que el propósito de las facultades es la formación de un médico generalista, en la práctica la organización del plan de estudios y los ámbitos de práctica ofrecen un modelo que prioriza la especialización, y la estrategia de APS no constituye el eje de la formación profesional; 3- En general, en la organización del conocimiento se mantiene el fraccionamiento disciplinario de las asignaturas tradicionales, con algunas excepciones como es el caso de los Módulos de Atención Primarias que integran el plan de estudios de la carrera de medicina de la Universidad de Buenos Aires, y de la asignatura “Salud, Medicina y Sociedad” en la Universidades Nacionales de La Plata y de Rosario, que sí articulan sus contenidos en función de la realidad sanitaria del país; 4- La integración interdisciplinaria es casi inexistente. Las disciplinas que abarcan la dimensión psicosocial están articuladas en los cursos de Medicina Preventiva y Social, sin que se integre un enfoque preventivo o de salud colectiva en ningún otro curso; 5- En los planes de estudio predomina lo referente a la persona enferma, siendo muy escasa la carga horaria destinada a la salud familiar y comunitaria. Los alumnos participan solo excepcionalmente en programas de salud comunitaria, ya que la mayoría de los profesores tampoco lo hacen; 6- Predominan las prácticas clínicas en servicios hospitalarios; 7- Los departamentos de Salud Pública desarrollan la enseñanza en forma teórica, y en ocasiones los alumnos visitan los centros de salud de áreas periféricas en carácter de meros observadores; 8- Es escaso el número de docentes que realizan investigación socio-epidemiológica o que abordan en la enseñanza contenidos vinculados con las patologías prevalentes y las posibles estrategias de prevención de las mismas; 9- Los obstáculos también provienen del sistema local de salud, que frecuentemente se encuentra falto de organización y sin una población bien definida bajo programas de prevención; 10- La resistencia institucional al cambio es muy alta y se manifiesta de diversas formas, haciendo

difícil la concreción de una estrategia de articulación docente-asistencial en pos de lograr servicios de salud equitativos y eficientes; 11- Los planes de estudios conservan la tendencia a la especialización, ya que se observa un progresivo dominio de las especialidades sobre las clínicas fundamentales y un paulatino retroceso de las ciencias básicas, lo que refleja el carácter cada vez más “profesionalista” de la Universidad.

Finalmente, si bien la carrera de medicina de la UBA no ha sido incluida en este estudio comparativo por no haber aceptado la misma la incumbencia de la CONEAU²¹, resulta pertinente, dado que representa el 47% de la población estudiantil de las facultades de Medicina de gestión estatal, mencionar las “Debilidades de la carrera de Medicina” identificadas por sus propias autoridades²². Ellas son, entre otras, la existencia de ciclos separados rígidamente, la falta de integración curricular horizontal y vertical, la escasez de prácticas en servicio ofrecidas a los estudiantes y la planificación de la Carrera desvinculada de los requerimientos del país y de la sociedad.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar, a través de un estudio comparativo entre tres universidades públicas argentinas (La Plata, Córdoba y Rosario), si la propuesta de enseñanza de la salud pública en la formación de Grado, permite la formación de un médico acorde a las necesidades de la comunidad.

²¹ La Universidad de Buenos Aires presentó un amparo judicial que le permitió no acatar la Ley de Educación Superior. Por lo tanto, no ha sido evaluada ni acreditada de forma alguna.

²² Torino M, Roccatagliatta G. El médico que el país necesita. Visión académica. FACULTAD DE MEDICINA. Universidad de Buenos Aires. Exposición realizada en el 1^{er} Congreso del Foro Argentino de Facultades y Escuelas Públicas de Medicina “El médico que el país necesita”, acontecido en la Ciudad de Córdoba, el 21 y el 22 de junio de 2012.

Objetivos específicos

Evaluar si la propuesta de enseñanza capacita al futuro médico para:

- Identificar grupos de riesgo en una comunidad determinada.
- Identificar problemas de salud en una comunidad determinada.
- Planificar acciones en los tres niveles de Prevención.
- Aplicar los principios básicos de la administración en salud.

Establecer cuál es el nivel de integración existente entre la enseñanza de la salud pública y la enseñanza de las disciplinas clínicas, en la formación de grado.

Estado del Arte

La irrupción de una nueva doctrina sanitaria en la segunda mitad del siglo XX, integrada principalmente por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud (OMS, Alma Ata, 1978), la Promoción de la salud (OMS, Ottawa, 1986), Ciudades Sanas (OMS, Lisboa, 1986), La Nueva Salud Pública (Ashton, 1988), Sistemas Locales de Salud (OPS, 1988), Municipios Saludables (OPS, 1990), *La salud como producto social* (Santa Fé de Bogotá, 1992), Renovación de “Salud para todos” (OPS, Uruguay, 1996), Funciones esenciales de la salud pública (OMS/OPS, 2000), ha generado un nuevo paradigma, representado por el modelo biopsicosocial y la definición de la salud como producto social²³. Este nuevo marco conceptual de la salud pública, deja obsoleto el modelo biomédico y el modelo higienista-preventivo, a partir de los cuales se estructuraba la enseñanza de la salud pública.

²³ “La salud individual y colectiva es el resultado de la relación que se da en una sociedad entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales. Como producto social, depende de las acciones que realizan los actores sociales y políticos que intervienen sobre las condiciones de vida de las poblaciones”. OPS. La Administración Estratégica. Lineamientos para su desarrollo: Los contenidos educacionales. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington DC: OPS; 1995.

A partir de allí, la OPS propone iniciar un esfuerzo conjunto con los países de la Región que permita redefinir la formación de los médicos, buscando una educación basada en la comunidad, con una orientación generalista, con contenidos de salud pública y salud familiar y comunitaria, y fundamentalmente con un enfoque de atención primaria de salud, que permita al egresado el desarrollo de sólidas competencias técnicas y sociales, un pensamiento interdisciplinario y un comportamiento ético.²⁴

Con el propósito de adoptar los nuevos conceptos y con el objetivo de adecuar la formación médica de grado a las necesidades de la comunidad, se han ido desarrollando nuevas estrategias de enseñanza y aprendizaje que representan propuestas integrales de formación médica, donde las disciplinas sociales están imbricadas con las disciplinas clínicas, es decir que no se encuentran limitadas a la salud pública tan solo como un cuerpo de conocimientos circunscriptos a una materia. A continuación, se describen cuatro propuestas de enseñanza y aprendizaje que, de alguna manera, son complementarios y representan una evolución en el sentido de adecuar la educación médica a las necesidades de la comunidad. Ellas son: la Enseñanza Basada en la Comunidad, la Educación Médica Orientada a la Comunidad, y la Formación en Medicina Orientada a la Atención Primaria de la Salud.

La Enseñanza Basada en la Comunidad (EBC) es una propuesta de enseñanza y aprendizaje en la cual los estudiantes, desde los primeros años de formación, son confrontados con los problemas de salud de las comunidades en las que se supone desarrollarán su práctica en el futuro. La misma se fundamenta en la identificación de necesidades en una comunidad, que proveen las bases necesarias para proponer los objetivos de aprendizaje y los contenidos de los programas de educación para los profesionales de la salud. En la EBC, el entorno en que se llevan a cabo las actividades educativas, está compuesto por estudiantes, docentes, miembros de diferentes sectores de la comunidad y el sistema de salud. El equipo de salud no interviene sobre la comunidad en forma externa, sino que forma parte

²⁴ OPS. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de la Salud. Serie La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas nº2. Washington DC: OPS; 2008.

de la misma. Entre las principales características de esta propuesta, se destacan las siguientes: contribuye a solucionar la inequidad en salud, produciendo RRHH con un perfil adecuado para tal fin, refuerza el proceso de aprendizaje de un modo similar al Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), provee a los profesionales y estudiantes de herramientas que de otro modo no hubieran adquirido, tales como la predisposición para el trabajo en equipo, liderazgo, capacidad de interactuar con toda la comunidad, etc.; además de ofrecer la posibilidad de aprender y formarse junto a profesionales de otras ramas, en un ámbito multiprofesional. Tamblyn y cols.²⁵, han publicado un estudio de cohorte histórica comparativa, que comparó a dos grupos de profesionales médicos (en total 751): en una rama, la formación de los estudiantes fue basada en el Aprendizaje Basado en el Problema (ABP) y Orientado a la Comunidad (EBC), y en la otra, los médicos fueron formados bajo un currículum tradicional. El estudio mostró que a los profesionales que basaron su aprendizaje en el ABP y EBC les fue significativamente mejor a la hora de brindar cuidados preventivos a la población y también respecto a la indicación de pruebas diagnósticas. Esta propuesta, también se la reconoce con el nombre de Educación Centrada en la Comunidad²⁶.

En cambio, la **Educación Médica Orientada a la Comunidad** (EMOC), presenta el objetivo de formar profesionales orientados a la comunidad y que sean capaces de ejercer en sus comunidades y que puedan manejar efectivamente los problemas de salud a nivel primario, secundario y terciario.²⁷ La EMOC, adopta al ABP como método de aprendizaje en servicio en una comunidad definida. Se parte de la premisa de que los problemas se presentan en todas las formas, tamaños y variedades, y de que el aprendizaje acerca de la salud, el bienestar y la enfermedad en la comunidad necesita de alumnos que escuchen y observen críticamente. Se destaca que el proceso mediante el cual la comunidad de profesionales de la salud enfoca los problemas, está muy cercano al proceso utilizado por los estudiantes en

²⁵ Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Girard N et al. BMJ 2005; 331: 1002.

²⁶ Grupo de Estudio de la OMS. La educación del personal de salud centrada en la comunidad. Serie de Informes Técnicos 746. Ginebra: OMS; 1987.

²⁷ OMS. A network of community-oriented educational institutions for health sciences. Report of the inaugural meeting, Kingston, Jamaica 4-8 June 1979. Documento HMD/79.4. Ginebra: OMS; 1979.

el ABP. El problema viene primero. Los hechos relevantes se recogen; se identifica el problema y todos los participantes; se formulan las hipótesis y se llama a la acción al conocimiento existente, en este caso, con la colaboración de los miembros de la comunidad. La prueba de las hipótesis a menudo se basa en los resultados y evolución de las acciones llevadas a cabo por los profesionales. Para los estudiantes, la magnitud de los aspectos de aprendizaje es mucho más amplia en la comunidad que en el aula. Es en la propia comunidad, donde los aspectos psicosociales, económicos, ambientales y de conducta, determinantes de la salud y la enfermedad se pueden experimentar y aprender "de primera mano". En los programas de aprendizaje en la comunidad, los alumnos mantienen típicamente los datos de los pacientes que ellos ven, los problemas que se encuentran y los aspectos de aprendizaje que estudian. A los estudiantes se les solicita también, en muchos programas, que presten algún servicio a la comunidad o que conduzcan algún tipo de estudio o proyecto en la comunidad. Además, a través de la EMOC, se hace posible experimentar el estilo de vida y el papel de los profesionales de la salud en la comunidad²⁸.

La Formación en Medicina Orientada a la Atención Primaria de la Salud (FMO-APS), es una iniciativa de OPS a fin de dar respuesta, en materia de recursos humanos, a lo largo de la próxima década, a las necesidades de salud de la población, rescatando principios y valores de derechos humanos, universalidad, accesibilidad e inclusión, equidad en salud y participación social. Los países de las Américas, en el documento denominado "Llamado de Toronto", recomiendan crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población²⁹. La iniciativa FMO-APS,

²⁸ The Network: Towards Unity for Health. Position Paper on Problem-Based Learning. Education for Health 2003; 16 (1):98-113.

²⁹ Paralelamente al proceso de renovación de la APS, el Área de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS, ha generado un proceso de debate y búsqueda de consensos sobre los grandes desafíos que en materia de recursos humanos de salud tienen los países de las Américas, que concluye con una propuesta de carácter regional, señalando que los países deberán formular los planes de acción para la próxima década. Llamado a la

responde a los problemas identificados en la formación médica en los países de la Región, tales como: la falta de compromiso social de muchas escuelas con la atención a la salud de la población; el alto costo de la salud reflejado en la elevada proporción de médicos especializados vs. generales / salud familiar; los escasos conocimientos y habilidades por parte de los egresados para el manejo de la APS; el énfasis en un modelo biologicista; la centralización de la práctica del aprendizaje en los hospitales; la ausencia de un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel individual, familiar y comunitario desde el inicio de la formación, así como la carencia de una formación integral desde las perspectivas técnicas y humanistas. La consigna asumida por el Programa de Recursos Humanos de la OPS fue la de definir el médico que cada país necesita, “buscando la reorientación de la formación para atender a la comunidad y en particular mejorar la comprensión de los determinantes sociales y económicos que influyen la formación y la práctica profesional.” La propuesta de enseñanza FMO-ASP, requiere la articulación entre las instituciones educativas y los servicios de salud, para mejorar la atención de salud, orientar la producción de conocimientos y la formación del futuro médico. Es decir que, el propósito fundamental de esta propuesta consiste en acercar la educación a la práctica con el objeto de mejorar la salud de la población, mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje, garantizar una práctica social adecuada a las necesidades reales de la población y lograr la participación de la comunidad en forma activa. En síntesis, se trata de formar el recurso humano necesario para la organización de los sistemas de salud en base a la estrategia de APS.

En cuanto a los contenidos y la forma de organizar la enseñanza de los mismos, a lo largo de la carrera, también es posible identificar diferentes propuestas pedagógicas de salud pública. A continuación se presentan tres propuestas que se consideran representativas de la cuestión. Una corresponde a México, otra a nuestra provincia de Tucumán, y la última al Reino Unido de Gran Bretaña.

En el año 1995, Alejandro Cravioto, Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en un editorial sobre “La enseñanza de la salud pública en la formación del médico”, señaló que el conjunto de conocimientos identificados anteriormente como medicina preventiva, medicina social o medicina comunitaria y actualmente como salud pública, reconoce los siguientes objetivos: lograr el conocimiento y la comprensión de los factores ambientales, económicos y socioculturales que modifican la salud, así como la aplicación del método científico al estudio de la realidad sanitaria, y los mecanismos para promover la salud y prevenir las enfermedades; adquirir las destrezas necesarias para medir el nivel de salud y tomar en cuenta los factores socioculturales y ambientales de cualquier cambio en la salud individual y colectiva; aplicar los diversos métodos de fomento de la salud, de prevención secundaria y rehabilitación, y cumplir el papel que corresponde al médico como parte del equipo de salud dentro de la organización asistencial del país; estimular en el futuro médico una actitud integral, curativa y preventiva, y crear conciencia de la función social de su profesión. Cravioto relata que plan de estudios que rigió en su Facultad hasta 1984, en el cual la enseñanza de la salud pública estaba constituida por cuatro materias: Introducción a la Práctica Médica, Medicina Preventiva, Salud Pública y Medicina Social, cuyo desarrollo iba del primero al cuarto año de la carrera, sin coordinación entre ellas ni con las materias llamadas básicas y clínicas, generando así el desinterés de los estudiantes, ya que no podían identificar su aplicación al quehacer médico. A partir de 1991, la Facultad de Medicina de la UNAM, aprueba un nuevo plan de estudios diseñado en base a una estrategia docente que concentró en un solo eje que se desarrolla a lo largo de toda la carrera, lo que se consideró las cuatro grandes áreas de la salud pública; es decir, la estadística, la epidemiología, la llamada medicina preventiva y la organización y administración de los servicios de salud. Además, se incorporaron actividades extramuros como prácticas preventivas en centros de atención primaria y estudios de comunidad o familias. El autor considera que el modelo ha mostrado su eficacia en cuanto a los aspectos preventivo cuya enseñanza se realiza por los mismos profesores que enseñan la clínica, algo que ese ha logrado en forma gradual.

M. Viñas y col³⁰., han presentado en el año 2001, el Proyecto Pedagógico de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán. El mismo ha sido elaborado con el propósito de garantizar el proceso de enseñanza y aprendizaje de la Salud Pública en la formación del médico, en concordancia con el objetivo de la facultad de *"Formar médicos generales, dotados de una sólida preparación y capacitación para promover y preservar la Salud, prevenir las enfermedades, curar y rehabilitar enfermos, considerándolos en su totalidad biológica, psicológica y social"*, y con los siguientes objetivos: adecuar el currículum de la enseñanza de la salud pública para satisfacer los requerimientos de la sociedad y de los avances científicos y técnicos; incorporar los nuevos paradigmas de la salud pública a la enseñanza de la formación del médico; actualizar el modelo de enseñanza y aprendizaje incorporando estrategias metodológicas innovadoras; iniciar el proceso de articulación e integración de la enseñanza de la salud pública con las distintas Cátedras. El proyecto contempla colocar al alumno en contacto con la comunidad y los servicios desde el inicio de la carrera, en situaciones de complejidad creciente. El estudio de la salud pública abarca de primero a séptimo año con una carga horaria teórico-práctica de 40 horas de primero a quinto año, integrándose en sexto y séptimo año a las actividades del Practicantado Rotatorio y a la Pasantía Rural. En los tres primeros años el alumno podrá adquirir elementos metodológicos para determinar el diagnóstico de situación de salud de la población. La promoción de los alumnos de primero a cuarto año se realiza a través de la evaluación del proceso y la evaluación sumatoria. Para esta última se utilizan pruebas estructuradas y semi-estructuradas. Para ser promovido, el alumno debe responder satisfactoriamente al 60% como mínimo de los ítems evaluados. La evaluación final de Salud Pública se realiza en el quinto año; se entrega al alumno un *caso problema donde están involucrados los diferentes ejes temáticos* que él debe identificar y a partir del mismo, elaborar propuestas que deberá presentar ante los evaluadores. La evaluación correspondiente a Sexto y Séptimo Año se realiza en forma integrada con la evaluación de la Rotación y Pasantía Rural. Los

³⁰ Viñas M, Mónaco L. La Enseñanza de la Salud Pública en el Grado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán. Universidad Nacional de Tucumán, 2001.

resultados de la implementación de este Proyecto Pedagógico de Salud Pública, aún no han sido publicados.

El Departamento Académico de Salud Pública y Atención Primaria del Reino Unido, ha realizado en el año 2007 una guía para las escuelas de medicina, sobre “La Enseñanza de la Salud Pública a los Estudiantes de Medicina”³¹. Allí se establecen los siguientes atributo que tiene que tener un médico: buen juicio para la aplicación del conocimiento en el análisis e interpretación de los datos, en la definición la naturaleza de un problema, y en la planificación e implementación de una estrategia para resolver el mismo; conocimiento sobre las ciencias biológicas, de la conducta, epidemiológicas y clínicas sobre las cuales se sustenta la medicina; comprensión de la etiología y la historia natural de las enfermedades; comprensión de los factores sociales, culturales y ambientales que contribuyen a la salud o a la enfermedad, y la capacidad de la medicina de influir sobre los mismos; comprensión de los principios, métodos y limitaciones de la medicina preventiva y la promoción de la salud; conciencia de la necesidad del médico de colaborar con otros integrantes del equipo de salud y los propios pacientes en las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, y administración; preparación para un uso apropiado de los recursos de diagnóstico y tratamiento, y apreciar las restricciones económicas y prácticas que afectan la prestación de la atención médica; entendimiento de la contribución de los métodos de investigación, e interpretar y aplicar investigaciones en otras disciplinas a la propia medicina. En la guía se afirma que los objetivos educacionales no deben ser uniformes para todas las escuelas de medicina, ya que existen diferentes contextos, y que el conjunto de objetivos educacionales a aplicar, debe ser flexible y contribuir a satisfacer las expectativas contemporáneas de la profesión médica. Además, se menciona que el desarrollo de un currículum de Salud Pública en la carrera de Medicina, debe capacitar al estudiante de medicina para: discutir la naturaleza de la salud, la enfermedad y sus determinantes sociales; demostrar una perspectiva comunitaria de la salud, la enfermedad, y el tratamiento médico; describir los principios y la

³¹ Gillam S and Maudsley G. Public Health Education for Medical Students-A guide for medical schools. Department of Public Health and Primary Care, University of Cambridge. Cambridge University Press, 2008.

práctica de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; utilizar la epidemiología, el manejo de datos, y las técnicas de la salud pública en el ejercicio de la medicina clínica basada en la evidencia; delinear métodos de control de las enfermedades de denuncia obligatoria y los alcances del rol y las responsabilidades del médico en la protección de la salud; describir los principios y la metodología de la evaluación de las necesidades de la comunidad, la planificación de la atención médica, la asignación de recursos, y la evaluación de la calidad de la atención médica; definir las características fundamentales del sistema de atención médica, considerando su estructura organizacional cambiante; discutir los logros, el potencial, y los aspectos éticos de la salud pública, y las lecciones a ser aprendidas de cómo se ha desarrollado la función de la salud pública.

Marco Teórico

Abordar la problemática de la enseñanza de la salud pública en la formación de grado requiere precisar previamente que se entiende por salud pública, cual es la vinculación de la misma con la medicina, y revisar los diferentes enfoques, modelos, teorías y paradigmas esgrimidos en el campo sanitario. Además, es necesario señalar que, en la constitución de una propuesta de enseñanza de la salud pública, es posible observar aspectos ontológicos, epistemológicos y metodológicos.

Concepciones sobre la Salud Pública

La salud pública es un espacio de convergencia interdisciplinaria y se constituye como una transdisciplina. No es posible dejarla limitada a un campo de conocimientos y a un ámbito para la acción. Además, es necesario reconocerla como una ciencia social. La OPS, la define como “el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de carácter colectivo”³²; definición que concuerda con la sostenida por los diferentes autores. En los últimos doscientos años, la salud pública ha

³² OPS. La salud y la salud pública en la historia. En: OPS/OMS. Salud Pública en las Américas. Capítulo 4: Fundamentos de la renovación conceptual. Washington D. C: OPS/OMS; 2000.

dependido de la medicina. Sin embargo, el antagonismo entre médicos clínicos y sanitaristas ha sido casi permanente. Históricamente la medicina se ha visto asociada a la enfermedad y a lo individual, y, contrariamente, la salud pública se ha visto asociada a la salud y a lo colectivo. Además, en función del significado que se le atribuya a los conceptos de sociedad y salud, es posible observar diferentes enfoques de la salud pública, que claramente representan opciones ideológicas de carácter político. En la opción de lo individual, se ubica la epidemiología clínica, la medicina preventiva, el enfoque basado en los factores de riesgo, la educación para la salud y la promoción de la salud (EEUU). En la opción de lo colectivo, se ubica la medicina comunitaria, la epidemiología social, la promoción de la salud (Canadá), la nueva salud pública y la medicina social.

En cada época, las teorías en salud pública se han relacionado con un determinado paradigma dominante en el pensamiento científico. Es el caso de la teoría del miasma, la teoría del germen y la teoría multifactorial del riesgo^{33,34}. Las teorías o pensamientos actuales en salud pública prevalecen algunas de las concepciones anteriores o mezclas de las mismas, aunque no sea una cuestión explícita³⁵.

Las diversas teorías de la salud pública han estado vinculadas a modelos explicativos del proceso salud-enfermedad o a la forma de intervención sanitaria. En relación a los modelos explicativos, podemos reconocer la teoría Preventivista, vinculada a la descripción de la historia natural de la enfermedad de Leavel y Clark, de carácter biologista, y más recientemente el modelo explicativo de los determinantes sociales de la salud, postulada por la OMS³⁶. Otras teorías, se enfocan a la práctica o intervención sanitaria, es el caso de las Funciones esenciales de la salud pública.

³³ Susser M. Glossary: causality in Public Health Science. JECH 2001; 55:377.

³⁴ La teoría del miasma, sostenía que el hecho de que hubiera una incidencia más alta del cólera en la parte baja de Londres cerca del río Támesis, que en la parte alta de la ciudad, se debía a que la afluencia venenosa del río se diluía cuando llegaba a la parte alta. Contrariamente, la teoría del germen, afirmaba que era el agua contaminada la causa principal del cólera en Londres. Posteriormente a estas teorías monocausales, apareció la teoría multifactorial de riesgo, que consideraba que la enfermedad acontecía como consecuencia a la exposición a múltiples factores.

³⁵ Álvaro Franco G. Tendencias y Teorías en Salud Pública. Rev Fac Nac Salud Pública 2006; 24 (2):119-30.

³⁶ Wilkison R, Marmot M, editors. Social determinants of health: the solid Facuss. 2nd edition. Ginebra: World Health Organization; 2003.

Los modelos médicos, principalmente el modelo biomédico y el modelo bio-sico-social, son enfoques disciplinares de tipo académico, que describen los paradigmas de la atención sanitaria. Otros enfoques, se basan en la modalidad de la intervención de la práctica sanitaria, como el modelo social, familiar o comunitario.

El modelo biomédico o biologista, representa el modelo médico clásico y se caracteriza por enfatizar sobre la dimensión biológica de la persona humana, relegando la dimensión sociocultural a un segundo plano, despojándola de toda responsabilidad en la generación de la enfermedad y consecuentemente de la respuesta sanitaria ante la misma. Este modelo entra en crisis al final del siglo XIX pero se fortalece con el modelo hospitalario que mantiene su hegemonía durante el siglo XX. Es un modelo que nace atado al principio de beneficencia y luego al de bienestar, por lo cual ha sido homologado por el Estado.

Las diferentes teorías y modelos, han ido oscilando a lo largo de la historia, fortaleciéndose o debilitándose de acuerdo a la influencia ejercida por nuevos descubrimientos, como la microbiología que dio lugar a *la teoría del germen*, y la terapéutica que contribuyó a reforzar a mediados del siglo XX, el *modelo médico biologista*.

Pero la visión de la salud pública, fundamentada en las políticas públicas, en los estilos de vida y la participación de la comunidad, se fortalece con la declaración de Alma Ata (URSS, 1978), que da origen a la estrategia de *Atención Primaria de la Salud*³⁷, y la Carta de Ottawa (Canadá, 1984), que refuerza la *Promoción de la Salud*³⁸. Todos estos constituyen hitos importantes para la aparición de lo que se denominó la *Nueva Salud Pública*. Según Ashton, la misma se define como “un enfoque que busca una síntesis entre la actuación ambiental y las acciones tanto preventivas como curativas de tipo personal; su interés está puesto en las políticas

³⁷ La atención primaria de salud fue definida hace 30 años por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”. OMS. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

³⁸ Organización Mundial de la Salud: “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”. Ottawa, 1986. En: “Promoción de la Salud: una antología”, OPS/OMS, Publicación Científica 557, 1996.

públicas, en las conductas individuales y en los estilos de vida, dentro de un contexto ecológico y con planteamientos holísticos de la salud”³⁹.

En la década del sesenta nace en Latinoamérica un campo de conocimiento y práctica denominado Medicina Social. Surge en el contexto de un movimiento político disconforme con el modelo económico vigente que mostraba mejorías macroeconómicas que no se reflejaban en el campo sanitario, como si había sucedido con el “*estado de bienestar*”. Fue el comienzo de la coexistencia de las enfermedades de la pobreza y de la riqueza. Se hizo notorio el problema de la inequidad social y de la inequidad en el acceso a los servicios de salud. En Brasil, se la denominó “Salud Colectiva”, nombre también adoptado en algunos ámbitos académicos argentinos. Esta denominación, es consecuencia de la creencia de que el proceso salud/enfermedad/atención es una construcción colectiva, desplazando del eje de la cuestión, de la enfermedad, su tratamiento, y el acto médico.

La Medicina Social manifiesta una serie de diferencias con la Salud Pública, en el enfoque teórico y metodológico de la problemática del campo sanitario. Se podría considerar que constituye una visión alterativa a la de la Salud Pública clásica. Mientras esta última considera como unidad de análisis a la población, definida como la sumas de individuos que pueden ser clasificados en grupos según ciertas características (sexo, edad, ingreso, raza, etc.), la Medicina Social considera a la población y a las instituciones sociales como totalidades cuyas características trascienden las de los individuos que las componen. Otra diferencia, entre la Medicina Social y la Salud Pública, es la forma de conceptualizar el proceso salud-enfermedad, ya sea como un proceso dinámico o estático y del efecto del contexto social. La Medicina Social interpreta el proceso salud-enfermedad como un proceso dialéctico y no como una categoría dicotómica. Además rechaza los modelos explicativos, tanto monocausales o multicausales, que no consideran que dicho proceso dinámico está afectado por los condicionantes sociales. Postulan un origen social de la enfermedad, y proponen la triangulación de métodos de análisis individual y colectivo, de manera de evitar la fragmentación de la realidad. La Medicina Social, es un campo de conocimiento y práctica, que aborda la dimensión

³⁹ Ashton J. Ciudades sanas. Barcelona: Masson; 1993.

política e ideológica desde una perspectiva crítica, rescatando el concepto marxista de reproducción económica y lucha de clases. Además, se pronuncia abiertamente contra el neoliberalismo y el libre mercado, destacando los efectos negativos de la aplicación de los mismos al funcionamiento del estado y de los servicios de salud.

La Promoción de la Salud, representa un paradigma y una estrategia sanitaria de fundamental importancia en la construcción de la salud pública actual. La perspectiva canadiense es la que ha hecho el mayor aporte en este campo. En 1974, el informe oficial del gobierno federal (White Paper), *Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses* (Lalonde, 1974) propuso la idea de que las mejoras potenciales en la situación de salud de las poblaciones en las naciones industrializadas posiblemente surgirían a partir de cambios en los estilos de vida, los entornos social y físico, las características biológicas, en lugar de la asignación de más recursos a los sistemas de prestación de servicios de atención de salud existentes⁴⁰.

En 1978, la Declaración de Alma Ata definió la Atención Primaria de la Salud (APS) como la “atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y a las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla. La APS forma parte integral del sistema de salud de un país, así como del desarrollo económico y social de la comunidad acercando la atención en salud, tanto como sea posible, al lugar donde la gente vive y trabaja, constituyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de atención de salud”⁴¹. Con frecuencia, señala la OPS, la APS es confundida con el primer nivel de atención, donde se dispensa la Atención Primaria, en cambio, la APS constituye una estrategia política en materia de salud pública. Sólo en muy pocos países se ha logrado implementar un enfoque más integral y nacional de la APS. La misma es reconocida como componente clave de los

⁴⁰ El informe Lalonde de 1974 identificó el sistema formal de atención de salud como uno de los cuatro factores determinantes de la salud (es decir, características biológicas humanas, estilo de vida, organización de la atención de salud, y entornos sociales y físicos). Lalonde M. *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1974.

⁴¹ OMS: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Op.Cit.

Sistemas de Salud; este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población. Así mismo, las experiencias acumuladas tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo han demostrado que la APS puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales. La definición de la APS, a más de 25 años de la Declaración de Alma Ata, sigue siendo la misma, pero actualmente se enfoca sobre todo el conjunto del Sistema de Salud incluyendo los diferentes sectores, públicos, privados con y sin fines de lucro y se considera aplicable a todos los países, si bien cada uno de ellos deberá desarrollar su propia estrategia para la renovación de la APS, de acuerdo a sus recursos, circunstancias políticas, capacidad administrativa y a su propio desarrollo nacional de salud⁴². La necesidad de la acción intersectorial es un componente fundamental de la estrategia de APS, como así también de la estrategia Salud de la Población (Canadá).

La publicación de la *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* (OMS, 1986) impulsó a los gobiernos a enfocarse en los factores de riesgo individuales y los comportamientos al considerar los componentes sociales, económicos y ambientales que determinan el comportamiento individual y, en consecuencia, repercuten en la salud. Además de promover políticas públicas saludables. Allí se estableció que “la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.

En 1989, miembros del Programa de Salud de la Población en el *Canadian Institute for Advanced Research* (CIAR) empezaron a avanzar en el entendimiento de los muchos factores que influyen en la situación y el funcionamiento de la salud, incluidos los factores sociales, económicos, genéticos y de atención de salud, y las interrelaciones complejas entre ellos. Suministrando evidencia científica sólida para un entendimiento más completo de los enfoques de salud y sus políticas. Finalmente, desde la perspectiva canadiense, se establecen los siguientes determinantes claves de la salud: Ingresos y nivel social, Redes de apoyo social,

⁴² OPS. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de la Salud: Estrategias para el desarrollo de equipos de APS. Serie La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas nº1. Washington DC: OPS; 2008.

Educación, Empleo/condiciones de trabajo, Entornos sociales, Entornos físicos, Prácticas de salud personales y aptitud de adaptación, Desarrollo sano del niño, Características biológicas y genéticas, Servicios de salud, Género y cultura⁴³.

La Conferencia internacional sobre Promoción de Salud de Santa Fé de Bogotá, acontecida en el año 1992, en su declaración, afirmó que el desafío de la promoción de la salud en América Latina consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo⁴⁴. A partir de la Declaración de Bogotá aparece mejor reflejada la concepción, más reciente, de la salud como producto social, concepto que Horacio Pracilio sintetizó de la siguiente manera: "La salud de la comunidad es un Producto Social, porque es la resultante y depende de las acciones que realizan, a favor o en contra, por acción u omisión, los diversos actores sociales y políticos que intervienen sobre las condiciones de vida de las poblaciones" (OPS, 1995)⁴⁵.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), creada en el año 1948 como una agencia específica de las Naciones Unidas, ha contribuido al entendimiento y a la difusión de los determinantes sociales de la enfermedad. En el año 1998, la OMS publica la Primera edición de "*Social Determinants of health. The Solid Facts*", señalando la necesidad de priorizar lo colectivo sobre lo individual, la existencia de determinantes sociales de la enfermedad claramente identificados y la cuestión de la inequidad social en salud⁴⁶. En el año 2003, se publica la segunda edición de "*Social Determinants of health. The solid Facts*", y a la luz de la nueva evidencia científica disponible, se afirma que el gradiente social, el estrés, la infancia

⁴³ Frankish CJ. Salud de la Población: Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. "La perspectiva Canadiense". Health Canada / División de Salud y Desarrollo Humano de la OPS. Washington D.C., 2000.

⁴⁴ OPS/Ministerio de Salud de Colombia: "Declaración de la Conferencia internacional sobre Promoción de Salud de Santa Fé de Bogotá". Bogotá, Colombia, 1992.

⁴⁵ Pracilio H. "La Salud como producto social. Evolución de las ideas sobre salud y enfermedad", Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria, Facultad de Cs. Médicas, UNLP, 2005.

⁴⁶ La evidencia científica que sustenta el documento de la OMS, se encuentra plenamente discutida en: Marmot M, Wilkinson RG, eds., *Social determinants of health*, publicación elaborada especialmente para acompañar la primera edición de "*Social Determinants of health. The Solid Facts*. Oxford: Oxford University Press; 1999.

temprana, la exclusión social, las condiciones laborales, el desempleo, las redes sociales, las adicciones, la nutrición y el transporte, representan determinantes sociales de la enfermedad⁴⁷. Esto representa un nuevo enfoque en materia de salud pública internacional, y un nuevo modelo explicativo del proceso salud-enfermedad que obliga a redireccionar las acciones sanitarias y las políticas públicas.

Recientemente, la OMS llevó a cabo la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, en cuya Declaración Política⁴⁸ se manifiesta la convicción de actuar sobre los determinantes sociales de la salud tal y como se acordó de forma colectiva en la Asamblea Mundial de la Salud y quedó reflejado en la resolución WHA62.14 («Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud»), en la que se toma nota de las tres recomendaciones generales de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, a saber: mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos, y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. Además de dejar claramente establecido que la equidad sanitaria es una responsabilidad compartida que exige el compromiso y la acción de los gobiernos, de la sociedad y de la comunidad internacional, bajo la premisa de que las inequidades sanitarias son política, social y económicamente inaceptables.

La breve pero imprescindible revisión realizada hasta aquí, sobre la evolución del concepto de salud y enfermedad, de los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad, y de los diferentes enfoques de la atención médica y de la teoría y praxis de la salud pública, responde a la necesidad de establecer que la enseñanza de la salud pública ha evolucionado en forma simultánea a los mismos. Toda una evolución atravesada por la ideología y la política, siendo necesario precisar que lo que se elige para enseñar en materia de salud pública se vincula, entre otras cosas, con la concepción que se tenga sobre los derechos humanos, la comunidad, el rol del estado, la universidad, la sociedad civil y el mercado. Las definiciones sobre

⁴⁷ Wilkison R, Marmot M, editors. Social determinants of health: the solid Facts. 2nd edition. Op. Cit.

⁴⁸ OMS. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro; Octubre de 2011.

estos temas son fundamentales, no habiendo lugar para posiciones que intenten ser neutras bajo la coraza de lo académico, que a su vez debe ser sólido y de la mayor calidad posible.

Concepciones sobre la enseñanza de la salud pública

La investigación sobre la enseñanza de la salud pública en la formación de grado, tiene como punto de partida el análisis de la situación curricular de la carrera de Medicina. Para lo cual vamos a adoptar la definición de *currículum* que propone Alicia de Alba⁴⁹, que lo conceptualiza como “la síntesis de elementos culturales que conforman una propuesta político educativa pensada e impulsada por diversos grupos y sectores sociales cuyos intereses son diversos y contradictorios, algunos dominantes y hegemónicos, otros opuestos y de resistencia a tal hegemonía”. Por lo tanto debemos considerarlo en su “función social en cuanto a transmisión y reproducción cultural, social, política e ideológica o bien desde una perspectiva de resistencia y lucha social así como de producción cultural”. En el mismo sentido, Dino Salinas⁵⁰ interpreta el *Curriculum* como un ámbito de reflexión, investigación y teorización, y como un proyecto de carácter social y educativo.

El análisis de la evolución del *currículum* de la carrera de Medicina en la Universidad Pública Argentina, no se puede limitar al *Curriculum* explícito, también debe incluir el *Curriculum* oculto, según la definición de Jackson⁵¹.

En la formación médica de grado, podemos decir que el *currículum* oculto está constituido por todos aquellos aspectos del ambiente universitario que, sin formar parte del *currículum* oficial explícito, contribuyen, de forma implícita, a los aprendizajes profesionales relevantes. El *currículum* oculto distorsiona los objetivos fijados institucionalmente, permitiendo que las fuerzas externas apliquen su influencia en la formación de los médicos. Tadeu da Silva⁵², sostiene que el

⁴⁹ De Alba Alicia. “Curriculum: crisis, mitos y perspectivas. Bs.As.: Ed. Miño y Dávila; 1995.

⁵⁰ Salinas D. “Curriculum racionalidad y discurso didáctico” en Poggi M “Apuntes y aportes para la gestión curricular”. Bs. As.: Kapelusz; 1997.

⁵¹ Philip W. Jackson, es el creador del concepto de "Curriculum oculto" con el cual se refiere a la variedad de influencias educativas que no están formalmente consignadas en el curriculum prescripto. Jackson PW. La vida en las aulas. 5ª ed. Madrid: Morata; 1998.

⁵² Da Silva TT. “Documentos de identidad. Una introducción a las teorías del curriculum”. Belo Horizonte: Auténtica; 1999.

currículum es un objeto que precede a la existencia de la teoría, la cual aparece para describirlo y explicarlo. Además, el autor se pregunta: ¿Quién escondió el *currículum* oculto?, y asevera que el acto de ocultar es el resultado de una acción impersonal, abstracta, estructural, y donde no hay responsables directos. Pero afirma que con el neoliberalismo, el *currículum* se torna abiertamente capitalista y ya no hay nada que ocultar. Sin embargo, en el sector salud, nadie quiere, al menos en el plano declamatorio, quedar vinculado a un discurso antisocial de la Salud Pública, por lo tanto, de un extremo al otro del arco político-ideológico, todos coinciden con la doctrina moderna de la salud pública, la cual pone énfasis en trabajar sobre los determinantes sociales de la salud, tal cual lo sostiene la Organización Mundial de la Salud y el Modelo Canadiense.

Coscarelli⁵³, sostiene que el sujeto universitario se encuentra influenciado por múltiples instituciones al mismo tiempo. En el caso de Medicina, las múltiples influencias provienen de diversas instituciones educativas, científicas y sanitarias que responden a los más variados objetivos e intereses culturales, académicos, políticos y económicos, las cuales se constituyen en auténticos sujetos determinantes del *currículum*.

El análisis se centrará, específicamente, en la valoración de las materias referidas a las ciencias sociales, habida cuenta de la lucha que se presenta en el seno de la carrera de Medicina, entre las materias basadas en las Ciencias Sociales, las materias clínicas y las materias vinculadas a la investigación básica. En luchas que van desde el desprestigio y hasta extremos como la negación de la actividad del otro. Podemos decir sin lugar a dudas que es esa lucha la que ha dado a luz a los sucesivos currículos que se han utilizado en nuestra unidad académica. El *currículum* de medicina representa una propuesta político-educativa que se encuentra interrelacionada con los diferentes proyectos político-sociales-sanitarios sostenidos por los diferentes grupos que componen el sector salud y que se constituyen como verdaderos determinantes curriculares. Observándose una clara hegemonía de las materias relacionadas con lo clínico asistencial en detrimento de la investigación y de las ciencias sociales sobre todo. Esto da como resultado una

⁵³ Coscarelli M R. "Currículum, Universidad y Sociedad". Revista de la Universidad 2007; 34:45-54.

formación médica en la que priman las cuestiones técnicas, por sobre las cuestiones humanísticas y de investigación. Lo que se ha dado en llamar, según el término acuñado por Menéndez⁵⁴, Modelo Médico Hegemónico. En dicho modelo el médico cumple cuatro funciones básicas: a) curativo preventiva; b) normalizadora; c) de control y d) de legitimación. La primera función, la curativo-preventiva es la que aparece generalmente como la única, o por lo menos como la reconocida como más importante y relevante. Y en cierta medida así lo es; en el nivel manifiesto y aparente la curación y secundariamente la prevención aparecen como las funciones más frecuentes, como aquéllas con las cuales se identifica la práctica médica.

Sin embargo, en los documentos que dan lugar a los fundamentos de la carrera, y a las bases filosóficas, éticas y morales de la misma, el discurso que se manifiesta es absolutamente contrario. Se propone la formación de un “médico general capacitado en conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para desarrollar a pleno, el ejercicio de la profesión, con un alto sentido de la responsabilidad social”.

Por lo explicitado, el análisis de la situación curricular de la carrera de Medicina se realizará, como propone Alicia de Alba⁵⁵, pensando “simultáneamente el *currículum* y la institución como concreciones y procesos mediadores de la producción social y personal situada, con visión ético valorativa”.

Finalmente, también es necesario analizar la relación entre la medicina y la salud pública. Tradicionalmente la medicina clínica se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, la promoción de la salud, el alivio del dolor y los trastornos individuales de las personas. En cambio, la salud pública se encarga de mejorar la salud de la comunidad y reducir las inequidades en salud. Los principales objetivos de la salud pública son: mejorar los servicios de salud, lo que se relaciona con la organización y el funcionamiento de servicios seguros y de calidad, para la prevención, tratamiento y cuidado; proteger la salud, lo que se relaciona con acciones de riesgo para las enfermedades infecciosas y las amenazas ambientales; mejorar la Salud, lo que se relaciona con las intervenciones sociales que no están directamente realizadas por los servicios de salud, destinadas a prevenir la

⁵⁴ Menéndez Eduardo L. “Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud”. Cuadernos Médicos Sociales Nº 33, Rosario, 1985.

⁵⁵ De Alba A. Op.Cit.

enfermedad, promover la salud, y reducir las inequidades. Es incumbencia del médico asistencial contribuir a la concreción de los objetivos mencionados. Entre las preocupaciones de la salud pública, se destacan: diagnosticar los problemas de salud de la comunidad; establecer las causas y las consecuencias de tales problemas; determinar intervenciones efectivas.

La prevención forma parte del rol profesional del médico de igual forma que lo hace la curación de la enfermedad. Los médicos deben mirar más allá de su paciente, para poder mejorar la salud de la comunidad. La educación médica, en todos sus niveles, debe garantizar que los médicos posean las herramientas necesarias para realizar tal mirada. El aprendizaje de la Salud Pública, y de las ciencias y disciplinas en las cuales se sustenta (Epidemiología y Demografía, Economía de la Salud, Estadística Médica, Sociología y Psicología social, Ciencias de la Administración), brinda beneficios tanto al ejercicio de la medicina clínica como a la comunidad.

Los médicos que posean una clara comprensión de su rol en el cuidado de la salud y la acción social, podrán influenciar favorablemente en la planificación y organización de los servicios. Lo cual generará beneficios concretos para los pacientes y la comunidad.

El estudiante de medicina necesita estar capacitado para aplicar sus conocimientos de salud pública en beneficio de sus pacientes. Se lo debe preparar al alumno para tener una perspectiva comunitaria de la salud. La necesidad del médico general de tener una perspectiva comunitaria es un ejemplo claro de la necesidad de que las herramientas de la salud pública sean una parte esencial de la educación médica. Tener conciencia de la historia y de la naturaleza cambiante de los servicios de atención médicas permitirá que los alumnos se encuentren capacitados para lidiar con los cambios que inevitablemente ocurrirán durante su carrera profesional, y aprender del pasado. Los estudiantes necesitan comprender como y porque, los intereses individuales del paciente no siempre coinciden con el interés de la comunidad, y los potenciales desafíos éticos que derivan de dicha tensión.

La adquisición de competencias puede ser menos relevante que la incorporación de las actitudes y el conocimiento necesario para lograr un profesional que en el futuro se desempeñe adecuadamente en el sistema de atención médica. La formación de médicos capacitados para una práctica segura, requiere una evaluación crítica de las técnicas, la comprensión de la conducción clínica en diferentes aspectos, y saber tomar decisiones clínicas costo-beneficio que contemplen el interés del paciente y el interés general.

Fomentar y desarrollar el rol social de la profesión médica, no implica desplazar el interés en una formación clínica de calidad, sino complementarlo para lograr una adecuada comprensión del proceso salud-enfermedad-atención.

No existe un único modelo de currículum que asegure una enseñanza efectiva de la salud pública en el pregrado. Las circunstancias locales y el contexto, determinarán las decisiones a adoptar, siendo un desafío central entusiasmar a los estudiantes, ya que su interés está focalizado en la atención de los pacientes individualmente.

Es recomendable una combinación de diferentes métodos de enseñanza, incluyendo grupos pequeños de trabajo, experiencias prácticas, etc.; de manera de satisfacer las necesidades de los estudiantes. Siempre que sea posible, los principios y el marco de funcionamiento de la salud pública se ilustran de mejor manera en el contexto de la práctica clínica diaria. El aprendizaje basado en problemas es característico de muchas escuelas médicas y en algunas todo el sistema educativo está organizado en ABP. Se requiere más evidencia para conocer la efectividad de las diferentes modalidades de enseñanza de la salud pública. La enseñanza de la salud pública necesita ser participativa y realizada entusiastamente. Se puede realizar en atención domiciliaria, centros de atención primaria, escuelas, prisiones, y otras instituciones que puedan incrementar el aprendizaje de la salud pública en la práctica.

Finalmente, cada facultad necesita aprender de otras facultades de medicina, de los hospitales escuela, de los centros de atención primaria, de los pedagogos, de la comunidad y de los pacientes mismos. Además, se hace imprescindible una adecuada articulación entre el sistema educativo y el sistema de salud.

Desarrollo Metodológico

Para la evaluación de las propuestas de enseñanza de la salud pública, se ha definido, como estrategia metodológica, el paradigma cualitativo, por considerarlo el enfoque más apropiado para realizar un análisis holístico que respete la perspectiva de los actores involucrados. Para tal fin, se ha seleccionado el método y la técnica de recolección de datos basada en el “*Análisis documental*”. El universo de estudio está constituido por el conjunto de las Universidades Públicas Argentinas, sobre las cuales se considera que deben cumplir los propósitos que justifican su existencia, y que las mismas se legitiman en la medida que ofrecen calidad en el cumplimiento de sus funciones básicas (docencia, investigación y extensión), lo que implica atender a las demandas y necesidades del contexto social, político, económico y cultural. La muestra está integrada por las Carreras de Medicina pertenecientes a las facultades de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata⁵⁶, la Universidad Nacional de Rosario⁵⁷ y la Universidad Nacional de Córdoba⁵⁸. Los casos han sido seleccionados en función de los siguientes criterios: 1- Entre las tres, exceptuando a la UBA, comprenden a la mayoría del alumnado de Medicina, correspondiente a las Universidades Públicas⁵⁹; 2- Las casas de estudio se sitúan en las ciudades capitales de las tres provincias más importantes del país, en términos demográficos, culturales y económicos. Además de ser ciudades con una larga trayectoria universitaria y altamente politizadas, donde la discusión sobre la función social de la Universidad ha sido constante; 4- Las mismas han aceptado el

⁵⁶ La Universidad Nacional de La Plata fue creada en 1906. El 27 de abril de 1918, el Consejo Superior de la Universidad Nacional de La Plata aprueba la Ordenanza de creación de la “Escuela Preparatoria de Ciencias Médicas”, que es refrendada por decreto del Poder Ejecutivo Nacional el 30 de abril de 1919. El 20 de marzo de 1934, mediante otro decreto del Poder Ejecutivo Nacional, se autoriza la conversión de la “Escuela Preparatoria de Ciencias Médicas” en “Facultad de Ciencias Médicas”, según la ordenanza sancionada por el Consejo Superior de la Universidad Nacional de La Plata el 4 de enero de 1934.

⁵⁷ La carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario fue creada por Ley Nº 10861 del 17 de octubre de 1919 y comenzó sus actividades en 1920. Se desarrolla en la Facultad de Ciencias Médicas donde se dictan otras carreras de grado y de Posgrado en Ciencias Médicas.

⁵⁸ La carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba fue creada por Ley Nro 874 del año 1877 y comienza sus actividades en 1878. Depende de la Facultad de Ciencias Médicas, en las que se dictan otras carreras de grado y posgrado en Ciencias Médicas.

⁵⁹ Sin contar la Carrera de Medicina de la UBA, que representa el 47% del total de alumnos de Medicina de las universidades de gestión estatal, entre las tres comprenden el 60% de los alumnos. Departamento de Información Universitaria. Op. Cit.

proceso de Autoevaluación y Acreditación que lleva adelante la CONEAU. Lo cual no ha sucedido con la Universidad de Buenos Aires, que no reconoce, por el momento, la pertinencia de la CONEAU en la acreditación de sus carreras de grado, motivo por el que no ha sido incorporada en este estudio, a pesar de su importancia.

Se analizaron los planes de estudio y los informes de CONEAU⁶⁰, correspondientes a las tres facultades de Medicina.

Luego de la recolección de los datos provenientes de los documentos analizados, se utilizó un instrumento de investigación diseñado específicamente para este trabajo final, que permitió categorizar los datos.

Análisis Documental

Los Documentos

El análisis documental se realiza sobre una serie de documentos que permiten evaluar y comparar las propuestas de enseñanza de la salud pública para la formación de grado de las tres carreras de medicina seleccionadas. Los planes de estudio permiten analizar el discurso de las propias Unidades Académicas, y las resoluciones de la CONEAU permiten analizar la revisión programada y sistemática que se ha efectuado en las tres fases de Autoevaluación y Acreditación, a que han sido sometidas las tres Carreras desde la creación de la CONEAU en el año 1995⁶¹

⁶⁰ La Ley Nacional de Educación Superior Nº 24.521, en el artículo 44 establece "que la evaluación de las universidades se realizará a través de dos instancias complementarias. Las universidades deberán asegurar el funcionamiento de la instancia interna de evaluación - la **autoevaluación** - que tendrá como objetivo analizar los logros y dificultades en el cumplimiento de sus funciones, así como sugerir medidas para su mejoramiento. La CONEAU conducirá y llevará adelante las **evaluaciones externas** de dichas instituciones en el marco de los objetivos definidos por cada institución. La ley citada expresa asimismo, que las evaluaciones externas considerarán las funciones de docencia, investigación y extensión y, en el caso de instituciones nacionales, la gestión institucional, que deberá hacerse como mínimo cada seis años; que producirán recomendaciones para el mejoramiento institucional cuyo carácter será público, y que se harán con participación de pares académicos de reconocida competencia".

⁶¹ La CONEAU, organismo descentralizado que funciona en la jurisdicción del Ministerio de Educación de la Nación, ha sido creada por medio de la Ley Nacional Nº 24.521 de Educación Superior de 1995, y constituye el único organismo público nacional de evaluación y acreditación universitaria. La CONEAU ha institucionalizado las funciones que le corresponden legalmente: desde 1996, evalúa proyectos institucionales; desde 1997,

y desde la incorporación de la Medicina como profesión de interés social a través de la Resolución del Ministerio de Educación N° 238/99. Las resoluciones correspondientes a las dos primeras fases de acreditación, han sido elaboradas en función de la Resolución del Ministerio de Educación N° 539/99 que establece los contenidos mínimos, la carga horaria y los 126 estándares para la acreditación de las carreras de Medicina. Las resoluciones correspondientes a la última fase de acreditación, en cambio, han sido elaboradas en función de la Resolución del Ministerio de Educación N° 1314/07 que reemplaza a la N° 533/99⁶².

Universidad Nacional de La Plata

1- Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de La Plata. Plan de Estudios de la Carrera de Medicina. Expediente 800-11039/07.

Del expediente se han extraído para el análisis, además del Plan de Estudios de la Carrera, el documento Fundamentos y Contenidos de la Reforma Curricular, donde se detalla la justificación y las características del nuevo plan, y la forma en que se realizara la transición de un plan a otro, y el texto que contiene la misión de la Facultad, los objetivos generales y específicos ordenados por áreas (Docencia, Investigación Científica y Tecnológica, Extensión Universitaria, Gestión).

evalúa informes anuales de instituciones universitarias con autorización provisoria, realiza evaluaciones externas y acredita posgrados; desde 1999, evalúa solicitudes de reconocimiento definitivo y de agencias privadas de evaluación y acreditación de carreras de grado.

⁶² En el año 2002, la AFACIMERA comienza la revisión de patrones y estándares de acreditación de las carreras de Medicina, a raíz de las dificultades de interpretación y aplicación que presentaba la Resolución ME N° 535/99, y además porque su revisión, luego del primer ciclo de acreditación, ya estaba contemplada en la propia resolución. La propuesta final fue elevada al Consejo de Universidades y aprobada con mínimas modificaciones hacia fines de 2006, siendo finalmente el sustrato de la Resolución ME N° 1314/07 que establece los nuevos patrones y estándares de acreditación de la carrera de medicina. En dicha resolución, se mantiene la organización en anexos de la Res. 535/99, los estándares son reformulados y reducidos a 67, y organizados según las dimensiones de la CONEAU. Brisson ME, Galli A, Morera MI. Estándares para la acreditación de carreras de Medicina: el proceso de revisión. Revista Argentina de Educación Médica 2011; 4(2):76-86.

2- CONEAU. Resolución nº 395/01. Acreditar por un período de tres años la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de la Plata, Facultad de Ciencias Médicas.

El documento se inicia precisando el marco legal y normativo en el cual se desarrolla el proceso de Autoevaluación y Acreditación de la carrera de Medicina. Se describen brevemente los antecedentes históricos de la Unidad Académica. Se describe minuciosamente como fue el procedimiento y quienes fueron los actores institucionales y externos que concretaron el proceso de Autoevaluación y Acreditación. Posteriormente se describe la situación de la Carrera, utilizando las siguientes dimensiones: Contexto Institucional; Plan de Estudios y Formación; Cuerpo Académico; Alumnos y Graduados; Infraestructura y Equipamiento.

Se evalúan las estrategias de mejoramiento propuestas por la Facultad para cada una de las dimensiones mencionadas. Se precisa el juicio global que la CONEAU emitió sobre la situación de la Carrera y las estrategias de mejoramiento propuestas por la Facultad y se mencionan cuales son los requerimientos necesarios para alcanzar el modelo de Carrera que configuran los estándares de acreditación (Resolución ME nº 535/99). A continuación se describe la evaluación que realizó la CONEAU, sobre las respuestas esgrimidas y los compromisos asumidos por la Facultad.

Finalmente, luego de las conclusiones derivadas del proceso de autoevaluación y acreditación, se puntualizan 4 recomendaciones o estrategias de mejoramiento⁶³ y se precisa que se ha resuelto acreditar la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata por un periodo de tres años⁶⁴.

⁶³ En respuesta a la visita del comité de pares, las autoridades de la carrera deben re-elaborar planes de mejoramiento que, luego de ser evaluados en cuanto a pertinencia y viabilidad son expresados como requerimientos a la carrera y se convierten en compromisos a ser asumidos por la institución. Martínez Marull A, Fernández CR, Jeppesen C, Caillon A. Op. Cit.

⁶⁴ CONEAU considera:

- a) Acreditación por un período de seis años, para aquellas carreras que cumplan con el perfil previsto por los estándares.
- b) Acreditación por un período de tres años para aquellas carreras que:
 - Reúnan el perfil previsto pero no tengan un ciclo completo de dictado y, por lo tanto carezcan de egresados;

3- CONEAU. Resolución nº 943/05. Extensión de la acreditación de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata por un período de tres años.

El documento retoma los compromisos y las estrategias de mejoramiento contenidos en la Resolución de CONEAU nº 395/01, y describe como se realizó la segunda fase de acreditación de la Carrera; además se mencionan las conclusiones emitidas por el Comité de Pares. Posteriormente se describe la situación de la Carrera, utilizando las siguientes dimensiones: Contexto Institucional; Plan de Estudios y Formación; Cuerpo Académico; Alumnos y Graduados; Infraestructura y Equipamiento, y en función de los compromisos asumidos y los requerimientos planteados.

Finalmente, se señala que la CONEAU ha concluido que la Facultad ha realizado cambios sustanciales en todas las dimensiones evaluadas y que luego de concluida esta segunda fase de acreditación, se dan las condiciones para acreditar la carrera de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata por un periodo de tres años, y se precisan las 11 recomendaciones emitidas.

4- CONEAU RESOLUCIÓN Nº: 897/10. Asunto: Acreditar con compromisos de mejoramiento la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata por un período de tres años.

El documento se inicia detallando el marco legal y normativo en el cual se desarrolla el nuevo proceso de autoevaluación y acreditación de la Carrera, y se

-
- A pesar de no haber logrado el perfil previsto por los estándares, presentan elementos suficientes para considerar que el desarrollo de los planes de mejoramiento permitirá alcanzarlo en un plazo razonable;
 - Frente a los requerimientos expresos de los pares efectuados en ocasión de la visita, formule planes de mejoramiento que conduzcan a delinear compromisos que permitan alcanzar el perfil de calidad previsto en un plazo razonable.

c) No acreditación, para aquellas carreras que:

- No cumplan con los criterios de calidad previstos y cuyos planes de mejoramiento sean considerados no factibles o insuficientes para poder alcanzar el perfil de calidad fijado en la resolución ministerial
- Efectuados los requerimientos del caso en ocasión de la vista, formulen planes de mejoramiento no satisfactorios para el logro de los objetivos en un plazo razonable.

CONEAU. Organización de los procesos de acreditación. Disponible en: www.coneau.edu.ar. Consultado el 6 de noviembre de 2012.

describe la actuación del comité de pares. Posteriormente se relata la situación de la carrera, comenzando por puntualizar la vasta oferta académica de la Facultad de Ciencias Médicas, que incluye la carrera de Medicina. Se detalla la estructura de gobierno y el organigrama de la Unidad Académica, las actividades de investigación, los programas de extensión y vinculación con el medio, la integración del personal administrativo, el plan de estudios, los ámbitos de formación práctica, las características de la PFO, el cuerpo docente, lo referente al ingreso, permanencias, evaluación y promoción de los estudiantes, las instalaciones de la Facultad, las características y el funcionamiento de la biblioteca. Se realiza una descripción y análisis de los déficits detectados, y de los planes de mejoras que presento la facultad para problemas relacionados con los contenidos requeridos por la Resolución N° 1314/07, la integración de los contenidos de Bioética en las actividades curriculares obligatorias, el funcionamiento de la PFO, la calificación numérica, la formación pedagógica de los docentes, las normas de bioseguridad de la Institución y la adecuación de la Biblioteca a las necesidades de la Carrera.

Finalmente, se informa la decisión de la CONEAU de acreditar la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata por un periodo de tres años, con cuatro compromisos específicos de la Institución para el mejoramiento de la calidad académica de la Carrera y seis recomendaciones realizadas por los pares en función de los déficits detectados.

Universidad Nacional de Rosario

1- Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Rosario. Plan de Estudios. Resolución CS. nº 158/2001.

El documento se inicia explicando que se trata de una propuesta debidamente fundamentada, que parte del análisis de los antecedentes históricos de la Facultad, creada en 1920 y organizada en base a al modelo paradigmático enunciado por Flexner en 1910. Este último criticado por su carácter netamente biologista, centrado en la enfermedad individual y limitado al Hospital Universitario. Posteriormente, se precisan detalladamente los fundamentos del nuevo modelo

médico elegido, así como las fuentes utilizadas para el desarrollo del nuevo modelo curricular.

Se describe minuciosamente el proceso de transformación curricular iniciado en el año 1983, que incluyó, entre otras actividades, el trabajo con asesores nacionales y extranjeros, y la realización de visitas oficiales a reconocidas facultades de Medicina de diversos países, que aportaron tanto al marco teórico como a la comprensión de las reales posibilidades y dificultades para su instrumentación, además de una interacción permanente con los organismos públicos y con la comunidad. Se menciona que el proceso de transformación curricular ha sido organizado en función de los contenidos existentes en la ley de Educación Superior nº 24521 y la Resolución nº 535/99 del Ministerio de Cultura y Educación de la Nación.

Se explicitan las finalidades y las características de la Carrera, el perfil del título, los requisitos de ingreso, la organización del plan de estudios, el modelo educativo y pedagógico, y la metodología de enseñanza aprendizaje, destacando que al ABP es el soporte didáctico pedagógico de esta nueva propuesta curricular.

Se presenta luego la denominación del título y de diferentes aspectos formales de la presentación: objetivos de la carrera, alcances del título referenciados en los requisitos que establece la Resolución Ministerial 535/99, el perfil del graduado y los requisitos de ingreso a la carrera.

2- CONEAU. Resolución nº 392/01. Acreditar la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Rosario por un periodo de tres años.

El documento se inicia con la descripción del marco legal y normativo en el cual acontece esta primera fase de acreditación de la Carrera, que se inicia a solicitud de la Universidad Nacional de Rosario. A continuación se considera los antecedentes históricos, la estructura de gobierno, la estructura departamental de la Escuela de Medicina, los convenios internacionales y nacionales firmados por la Facultad, los dos planes de estudios coexistentes (Plan 1998 y Plan 2001), la composición del cuerpo docente, la política de ingreso, y los ámbitos de la práctica. Se detalla cómo

se llevó adelante el proceso de Autoevaluación y Acreditación, lo que incluye la presentación de la Facultad, las actividades de autoevaluación, el accionar y el dictamen del comité de pares, y las estrategias de mejoramiento propuestas por la Institución. Se describe la Situación de la Carrera en ese momento, a través del análisis de las cinco dimensiones adoptadas por la CONEAU: Contexto Institucional, Plan de Estudios y Formación, Cuerpo Académico, Alumnos y Graduados, Infraestructura y Equipamiento, y se transcribe el Juicio Global que el comité de pares ha realizado sobre la situación de la Carrera. Posteriormente, se detallan las estrategias de mejoramiento propuestas por la Institución para cada una de las dimensiones, y los requerimientos planteados por el comité de pares para que la Carrera logre alcanzar el modelo que configuran los estándares de acreditación. Se evalúan las respuestas y los compromisos presentados por la carrera luego del dictamen donde se decide la postergación de la acreditación, y se precisan las conclusiones y las recomendaciones elaboradas por los pares.

Finalmente, se informa que la CONEAU ha resuelto acreditar la carrera por tres años con la condición de cumplir, antes del término de dicho plazo, con los 9 compromisos asumidos por la Unidad Académica e implementar las 4 recomendaciones realizadas por los evaluadores.

3- CONEAU. Resolución nº 954/05. Extender la acreditación - otorgada por Resolución CONEAU nº 392/01- de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario por un periodo de tres años.

El documento se inicia señalando el marco legal y normativo en el cual se encuadra la carrera y la segunda fase de acreditación de la misma, cumplido el plazo otorgado por la resolución nº 392/01, y describiendo el procedimiento de Autoevaluación y Acreditación que se inició con la elaboración y presentación por parte de la Facultad del "Informe sobre la implementación de los compromisos asumidos y del estado de situación actual con relación a las características de la resolución ministerial 535/99", continuando con la actuación del comité de pares y las conclusiones del mismo. Se describe la evaluación de las cinco dimensiones de

la Carrera: Contexto Institucional, Plan de Estudios y Formación, Cuerpo Académico, Alumnos y Graduados, Infraestructura y equipamiento; considerando para cada una el cumplimiento de los compromisos asumidos por la Unidad Académica en la primera fase de acreditación y la situación de la Carrera en el año 2005. Se transcriben las conclusiones emitidas por los pares evaluadores.

Finalmente, se informa la decisión de la CONEAU de extender la acreditación de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario por un período de tres años a partir del vencimiento de la acreditación otorgada por la Resolución CONEAU N° 392/01 del 27/11/01, con diez recomendaciones a ser cumplidas por la Universidad.

4- CONEAU. Resolución n° 750/10. Acreditar la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario por un periodo de seis años.

El documento retoma administrativamente lo referente al marco legal y normativo, y analiza la respuesta de la Facultad a los últimos requerimientos precisado en la Resolución n° 954/05. Se describe como se desarrolló el procedimiento de Autoevaluación y Acreditación, se detalla la situación de la carrera: estructura de gobierno, organización de los Departamentos, políticas de investigación, actividades de extensión y vinculación con el medio, plan de estudios (currículo integrado 2001), ámbitos de formación práctica, Práctica final Obligatoria (PFO), cuerpo docente, criterios y procedimientos para la admisión de los alumnos, los inmuebles de la Unidad Académica y la biblioteca. Se realiza la descripción y el análisis de los déficits detectados: la modalidad de evaluación en la PFO, la formación pedagógica de los docentes para la implementación de la metodología de ABP, designación y funciones de los tutores de la PFO, falta de normas explícitas de bioseguridad para los alumnos, y de los planes presentados por la Institución para subsanarlos.

Finalmente, se informa la acreditación de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario por un período de seis años con tres recomendaciones.

Universidad Nacional de Córdoba

1- Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Córdoba. Área de Salud Pública. Año 2011.

En este documento, se describe la forma en que está estructurada el área de Salud Pública y el marco teórico a partir del cual se elaboró. Se detallan los programas completos de las materias que integran el área: Salud Comunitaria I, Salud Comunitaria II, Salud Comunitaria III, Medicina Preventiva y Social I, y Medicina Preventiva y Social II.

2- Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Córdoba. Área de Ciencias Sociales. Año 2011.

El documento se inicia con la fundamentación de la Misión del Área de Ciencias Sociales en la carrera de medicina y se precisa someramente la tarea asumida por el Área. Se detallan los programas completos de las tres asignaturas que integran el área: Medicina Antropológica, Medicina Psicosocial, y Salud Mental.

3- Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Córdoba. Área de la Práctica Clínica Integrada Supervisada. Año 2011.

Se enuncia el propósito de la Práctica Clínica Integrada Supervisada (denominación de la PFO) y los diferentes escenarios donde se efectúa la misma. Se explica el “Proyecto de capacitación para profesionales de la salud”, destinado a la capacitación de formadores. Se describen las características generales de la inserción del alumno en las instituciones sanitarias. Se enuncian los objetivos generales de la práctica clínica integrada supervisada. Se explica que la PFO es la instancia para la evaluación de las competencias básicas profesionales adquiridas a lo largo de toda la Carrera.

Finalmente, se presenta el programa completo de la práctica clínica integrada supervisada, detallando los objetivos y los contenidos de los tres módulos que componen el mismo: 1- Emergentología; 2- Atención Primaria de la Salud. Medicina General y Familiar; 3- Bioética.

4- CONEAU. Resolución nº 716/00. Asunto: Acreditar la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba por un periodo de tres años.

El documento se inicia con la descripción del marco legal y normativo en el cual se desarrolla el proceso de autoevaluación y acreditación de la carrera. Se hace referencia a los antecedentes históricos. Se describe el procedimiento y se informa el dictamen del comité de pares, que analiza las cinco dimensiones establecidas por CONEAU en función de la resolución 535/99 del Ministerio de Educación: Contexto Institucional, Plan de Estudios y Formación, Cuerpo Académico, Alumnos y Graduados, Infraestructura y Equipamiento. Se presenta el juicio global que realizó el comité de pares para cada una de las dimensiones, y las propuestas de mejoramiento presentadas por la Facultad en la Guía de Autoevaluación 2000. Posteriormente, se puntualizan cinco requerimientos efectuados por el comité de pares para lograr el modelo de carrera configurado por los estándares, y se evalúan las respuestas presentadas y los compromisos asumidos por la Carrera para satisfacer los requerimientos. A continuación se detallan las conclusiones y las recomendaciones formuladas por la CONEAU para cada una de las dimensiones de la Carrera.

Finalmente, se informa que la CONEAU ha resuelto acreditarla carrera de Medicina de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba por un periodo de tres años, solicitando el cumplimiento de los 17 compromisos asumidos por la Facultad para alcanzar las características del modelo configurado por estándares, y recomendando la implementación de las 8 estrategias de mejoramiento y medidas indicadas en los considerandos de la presente resolución.

5- CONEAU. Resolución nº 694/04. Asunto: Extender la acreditación – otorgada por Res. CONEAU nº 716/00 – de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba por un periodo de tres años.

El documento se inicia dando continuidad a la Resolución CONEAU nº 716/00, que acreditó la Carrera por el lapso de 3 años a partir del 19/12/00, y describiendo el marco legal y normativo en el cual se encuadra el proceso de Autoevaluación y

Acreditación. Se describe detalladamente cómo se llevó a cabo esta nueva acreditación de la Carrera, comprendida en la segunda fase de acreditación de las carreras de Medicina, organizada por la CONEAU mediante la resolución nº 341/03, desde la elaboración institucional de el “Informe sobre la implementación de los compromisos asumidos y del estado de situación actual con relación a las características de la resolución ministerial 535/99” presentado el 24 de marzo de 2004, hasta la actuación y el dictamen del comité de pares.

Se describe la evaluación realizada sobre el cumplimiento de los compromisos asumidos por la Facultad durante la primera fase de acreditación y la evaluación de la situación actual de la Carrera. La descripción se organiza acorde a las cinco dimensiones de la resolución 535/99 del Ministerio de Educación: 1- Contexto Institucional; 2- Plan de Estudios y Formación; 3- Cuerpo académico; 4- Alumnos y Graduados; 5- Infraestructura y Equipamiento.

Finalmente, se informa que la CONEAU ha resuelto extender la acreditación de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba por un período de tres años a partir del vencimiento de la acreditación otorgada por la Resolución CONEAU Nº 716/00, con tres recomendaciones y dejando establecido que la universidad se hace responsable de completar los planes comprometidos, mediante la ejecución de las acciones pendientes, conforme se detalla en los considerandos para las dimensiones Contexto Institucional, Plan de Estudios y Formación y Cuerpo Académico.

6- CONEAU. Resolución nº 752/10. Asunto: Acreditar la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba por un periodo de seis años.

El documento se inicia detallando el marco legal y normativo en que se desarrolló el proceso de Autoevaluación y Acreditación de la Carrera, seguido de la descripción del procedimiento, el cual se realizó en función de la convocatoria que efectuó CONEAU en cumplimiento de la Resolución nº 1317/07 del Ministerio de Educación. La descripción va desde el Taller de Presentación de la Guía de Autoevaluación, a lo actuado por el comité de pares, sus observaciones y su

dictamen. Posteriormente se describe la situación de la carrera, abordando la temática de la oferta académica de la Facultad de Ciencias Médicas, la estructura de gobierno, el Departamento de Enseñanza Práctica (responsable de la PFO), las políticas de investigación, las actividades de extensión, la comparación y la coexistencia de los planes de estudios 1993 y 2002, la situación del cuerpo docente, las condiciones de ingreso, permanencia, evaluación y promoción de los estudiantes, y aspectos referentes a los inmuebles de la Unidad académica. Además, se hace una descripción y un análisis de los déficits detectados, y de los planes de mejoras presentados por la Facultad para subsanar los mismos.

Finalmente, se informa que la CONEAU ha resuelto acreditar la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba por un periodo de seis años, dejando establecidas tres recomendaciones.

Categorías de Análisis

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento de investigación compuesto por una serie de ítems planteados a modo de interrogantes. Los mismos se mencionan a continuación: ¿Existe en el *currículum* de la carrera de Medicina la asignatura Salud Pública o similar? ¿Se dictan las materias que sustentan la salud pública? ¿El Perfil profesional propuesto por la facultad, refleja los contenidos y habilidades que en materia de salud pública debe poseer un médico actual? ¿Se encuentran los objetivos del Plan de Estudios acordes a la doctrina vigente de la Salud Pública? ¿Garantiza el currículo de la carrera el aprendizaje de los contenidos mínimos contemplados en la Resolución ME nº 1314, 2007? ¿La carga horaria destinada a la enseñanza de la Salud Pública, garantiza el aprendizaje de los contenidos establecidos? ¿Es un requisito para la aprobación de la materia, el realizar un trabajo de campo orientado a la Promoción de la salud en la Comunidad? ¿Se encuentra la asignatura formando parte de un eje de Ciencias Sociales y/o de Salud Pública, partiendo de saberes previos y articulada con otra/s materias? ¿Son los escenarios dispuestos para la enseñanza de la salud pública en la formación de grado, adecuados para lograr un aprendizaje centrado en la

comunidad? ¿Incluye el plan de estudio de la carrera de Medicina, alguna actividad programada destinada a la integración de los conocimientos clínicos con los de la salud pública?

Luego de la lectura de todos los documentos y de la recolección de los datos, los ítems utilizados han sido agrupados por afinidad de contenidos y en función de la lógica interna de los documentos, en siete categorías de análisis: 1- La inserción de la Salud Pública y sus disciplinas afines en la estructura curricular; 2- El Perfil profesional propuesto; 3- Los objetivos del Plan de Estudios; 4- Los contenidos mínimos y la carga horaria; 5- Los escenarios para la enseñanza; 6- Trabajo de Campo en Comunidad; 7- Ejes temáticos e integración de disciplinas.

1- La inserción de la Salud Pública y sus disciplinas afines en la estructura curricular

a- En la Carrera de Medicina de la UNLP

La Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP (FCM-UNLP) presenta una estructura departamental basada primordialmente en las afinidades académicas de los contenidos de las materias. La misión del Departamento es integrar académicamente las Cátedras y Áreas entre sí y con el resto de los Departamentos, teniendo como objetivos fundamentales el proceso académico, la integración horizontal y vertical, la evaluación del proceso enseñanza- aprendizaje y de su propia gestión. La jerarquización de la estructura departamental fue uno de los compromisos asumidos por la facultad ante la CONEAU en la primera fase de acreditación de la Carrera. La estructura departamental está formada de la siguiente manera: Departamento de Ciencias Morfológicas; Departamento de Ciencias Fisiológicas; Departamento de Articulación de las Ciencias Básicas y Clínicas; Departamento de Medicina Interna y especialidades clínicas: Semiología; Medicina Interna; Departamento de Cirugía y especialidades quirúrgicas; Departamento de Tocoginecología y Pediatría: Ginecología; Departamento de Ciencias Sociales;

Departamento de Ciencias Humanísticas; Departamento de la Práctica Final Obligatoria.

Luego de la aprobación del plan de estudios 2004, se han agregado nuevas materias al departamento de ciencias sociales, habiendo quedado integrado por las siguientes materias: Educación para la Salud, La informática aplicada al análisis y presentación de trabajos científicos en ciencias de la salud, Introducción a la Epistemología de la Salud, Ciencias Sociales y Medicina, Epidemiología, Ecología Humana y Promoción de la Salud, Salud y Medicina Comunitaria, Salud Ambiental, Salud Pública I, Deontología y Medicina Legal, Salud Pública II.

El plan de estudios vigente preserva la estructura de cátedras. La duración de la carrera es de 6 años. El ciclo básico abarca los dos primeros años y el ciclo clínico abarca los tres siguientes, mientras que la PFO representa la actividad exclusiva del último año.

b- En la Carrera de Medicina de la UNR

La Facultad de Ciencias Médicas de la UNR (FCM-UNR) inició en el año 1998 un proceso de transformación curricular que incluyó, entre otras actividades, el trabajo con asesores nacionales y extranjeros, y la realización de visitas oficiales a reconocidas facultades de Medicina de diversos países, que aportaron tanto al marco teórico como a la comprensión de las reales posibilidades y dificultades para su instrumentación. Además hubo una interacción permanente con los organismos públicos y con la comunidad.

El proceso de transformación curricular concretó un nuevo plan de estudios basado en la metodología del ABP y con un enfoque centrado en la APS, integrando los contenidos de las asignaturas y articulando la formación básica con la formación clínica en torno a los ciclos vitales.

El nuevo plan de estudios de la carrera de Medicina está organizado en cuatro ciclos. La delimitación de los ciclos está determinada por la estructura interna del objeto de estudio, el proceso Salud-Enfermedad-Atención y la práctica de la medicina en una interacción constitutiva. El primer ciclo está destinado a comprender la importancia de la promoción de la salud y organizar el desarrollo de

los contenidos y habilidades específicas en torno al eje **“conocer para cuidar”**. El segundo ciclo de Prevención de la Enfermedad, está organizado en torno al eje **“conocer para evitar”**, propone el desarrollo de contenidos y habilidades específicas para valorar el ejercicio de una práctica centrada en la prevención, que se anticipe a “procesos deteriorantes o contravalores”, las injurias, en tanto ponen en situación de riesgo o vulnerabilidad la salud y los mecanismos de defensa. En el tercer ciclo, la enfermedad y los sistemas de atención plantean el desarrollo de contenidos y habilidades específicas, con un enfoque orientado hacia aquellas entidades prevalentes en las áreas de las prácticas médicas: Pediatría, Gineco-Obstetricia, Clínica Quirúrgica y Clínica Médica; este ciclo se encuentra organizado en derredor del eje **“conocer para curar”** poniendo énfasis en el hombre en sus tres dimensiones y su proyección comunitaria. El cuarto ciclo de práctica, a través de un Internado Rotatorio comprende actividades tuteladas e intensivas en ámbitos hospitalarios, consultorios externos y comunidad, donde se pondrán en práctica los conocimientos, habilidades y destrezas fundamentales para el ejercicio profesional.

Los ciclos se dividen en áreas de conocimientos y habilidades y se configuran en torno al eje “Ciclo Vital”, con la intención de rescatar las particularidades de cada grupo etario o etapas de la vida (Niñez, Adolescencia, Adulthood Joven, Adulthood Mayor) con relación al Proceso Salud-Enfermedad-Atención. Mientras que las áreas de Formación Específica están constituidas por módulos que refieren a los grupos etarios del Eje estructurado: Niñez, Adolescencia, Adulthood joven y Adulthood mayor. Estos módulos operacionalizan los contenidos por medio de Unidades Problema que aluden a la relación del Objeto de Estudio: el Proceso Salud-Enfermedad-Atención y cada grupo etario, a través de diversas estrategias de enseñanza aprendizaje realizadas en diferentes escenarios educativos.

El Proceso de transformación Curricular de la Carrera de Medicina se adecua a la resolución del Consejo Directivo nº 1280/2000, que fija los Lineamientos Curriculares Institucionales: “La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario como instancia cúspide del Sistema Educativo aspira a contribuir a la formación de sujetos de la determinación social y profesionales capaces de responder a las necesidades de salud de la población en lo inmediato,

de anticiparse en la interpretación de los procesos de salud en el marco de los perfiles epidemiológicos, dotados de una sólida preparación y competencias para promover la salud, prevenir las enfermedades, curar, rehabilitar y asistir a los enfermo”.

La Escuela de Medicina cuenta con 5 departamentos organizados en función de la estrategia de APS: los Departamentos de Promoción de la Salud, de Prevención de la Enfermedad, de Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación de la Salud, de Área Instrumental y, por último, de Práctica Profesional. A su vez, los departamentos han quedado integrados por espacios de confluencia disciplinar e incluyen a las cátedras.

c- En la Carrera de Medicina de la UNC

En la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC (FCM-UNC) y a lo largo de los cinco años de formación se estructuran los conocimientos de Salud Pública como eje temático de formación curricular. Se pretende no sólo enfatizar el contenido social, la perspectiva comunitaria de la salud, la promoción y prevención de la salud sobre el enfoque asistencialista, biologicista y de fuerte y acendrado centralismo en la enfermedad, sino que por el contrario, desde este eje se pretende orientar el enfoque del proceso formativo de la medicina. Es desde la búsqueda de un nuevo paradigma en la enseñanza de la medicina, que se incorpora de un modo particular el enfoque actualmente preponderante en la formación del médico general, referido a los fundamentos y práctica de la Medicina Familiar.

Por lo tanto, al área de Salud Pública se le asigna fundamental importancia en la formación del médico, ya que informa sobre la perspectiva que orienta el abordaje del proceso de salud enfermedad, permitiendo cumplir con el perfil del egresado que se pretende formar.

Lo nuclear del tema lo constituye el estudio de los procesos de salud y enfermedad que se generan en la comunidad, poniendo énfasis en las acciones de prevención de la salud en todos sus niveles.

Los contenidos están configurados en forma espiralada y cubren, desde la interdisciplina, el campo científico de las asignaturas, donde la referencia al estudio del hombre en su proceso de salud enfermedad son explicados desde los procesos sociales y psicobiológicos que determinan los estados de salud y enfermedad y la significación y comprensión de la problemática de la salud pública.

El Área de salud pública se encuentra integrada por las siguientes asignaturas: Salud Comunitaria I, cuyo objetivo general es abordar la promoción de la salud e introducir a los alumnos en las bases teóricas y prácticas de la epidemiología; Salud Comunitaria II, cuyo objetivo general es abordar la prevención de la enfermedad y efectuar descripciones y análisis de la situación epidemiológica poblacional; Salud Comunitaria III, cuyo objetivo general es conocer la organización de los Sistemas de Servicios de Salud y efectuar el análisis epidemiológico y la epidemiología y prevención de las enfermedades transmisibles; Medicina Preventiva y Social I, cuyo objetivo general es Abordar la salud integral de las personas, desarrollar acciones de prevención en cada etapa del Ciclo Vital y comprender los alcances de la Epidemiología Clínica; Medicina Preventiva y Social II, cuyo objetivo general es concretizar la ejecución de un Trabajo de Integración Final sobre diseño de programas de prevención en salud.

La misión fundamental del Área de Ciencias Sociales en la carrera de Medicina es aportar conceptos y procedimientos imprescindibles para el estudio de los procesos de salud y enfermedad, e instrumentar a los futuros profesionales de modos de pensamiento y de competencias que los preparen para un ejercicio integrado y humanístico de la medicina. Al integrar el trabajo de las tres asignaturas que conforman el Área se posibilita trabajar para el mejoramiento de los procesos de enseñanza y de aprendizaje, desde el aporte de las Ciencias Sociales a la formación de los médicos, favoreciendo la calidad de la relación médico-paciente a partir de la generación de una mirada integral de la persona sana y de la persona enferma.

El Área de Ciencias Sociales se encuentra integrada por las siguientes asignaturas: Medicina Antropológica, cuyo objetivo general es abordar la epistemología y los principios filosóficos esenciales para comprender los procesos

de salud-enfermedad, la práctica profesional y la conducta humana frente a la enfermedad; Medicina Psicosocial, cuyo objetivo general es abordar la epistemología en relación con aspectos psico-sociales de la práctica médica, la relación médico-paciente, aspectos psicopatológicos básicos, psicología social institucional e interdisciplinariedad.; Salud mental, cuyo objetivo general es encarar la salud mental con enfoque pluricausal, con habilidades para la exploración semiológica y el diagnóstico en situaciones agudas y crónicas frecuentes, para el trabajo interdisciplinario, y fundamentos del tratamiento.

2- El Perfil Profesional propuesto

a- En la Carrera de Medicina de la UNLP

La FCM-UNLP ha definido claramente el perfil profesional a alcanzar. Se trata de un “Médico General”⁶⁵ que 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.

⁶⁵ “Se denominará **Médico General**, no *médico generalista ni médico de familia*, toda vez que estas denominaciones, a pesar de sus connotaciones, implican una orientación de postgrado”. Esta aclaración ha sido extraída del Informe de Autoevaluación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata. Solicitado por CONEAU (Resolución 557/00) y presentado por la facultad el 21 de mayo de 2001.

- 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.
- 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.

b- En la Carrera de Medicina de la UNR

La FCM-UNR, ha definido el siguiente Perfil Profesional: “El egresado es un graduado universitario con sólida formación, que le permite intervenir científicamente en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, en las distintas etapas de la vida y en las diversas condiciones socio-económicas-culturales, con adecuado manejo de criterios diagnósticos y terapéuticos. Estará en condiciones de intervenir idóneamente, en la atención del Proceso Salud-Enfermedad, desde el campo teórico-práctico de la Atención Primaria en Salud de la Comunidad”. En consecuencia, el egresado deberá acreditar los conocimientos básicos y las actitudes, requeridas para garantizar dicho perfil.

c- En la Carrera de Medicina de la UNC

La FCM-UNC, ha definido como objetivo “la formación de un médico general, entendiendo como tal un profesional capacitado para resolver los principales problemas concernientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, tanto individual como familiar y comunitaria, y hacer uso racional de los recursos tecnológicos y terapéuticos disponibles, dentro de un contexto ético – moral que respete la dignidad de la persona humana como ser trascendente”.

La Facultad lleva adelante diferentes acciones para difundir el perfil de médico generalista que el plan de estudios propone formar. En este sentido, se ha recomendado a todos los profesores comenzar las clases con una explicación precisa y adecuada del perfil del médico que se busca formar con el plan de estudios vigente, y se difunde el mismo mediante transparencias y páginas Web de todas las cátedras. Además, se informa que se ha trabajado con el Departamento de Salud Pública para que en las asignaturas Salud Comunitaria I, II y III y Medicina Preventiva II el tema del perfil del egresado sea analizado en jornadas especiales. Este hecho garantiza que, de primero a quinto año, el alumno tendrá presente el debate y análisis del perfil profesional a alcanzar.

3- Los objetivos del Plan de Estudios

a- En la Carrera de Medicina de la UNLP

La FCM-UNLP, sostiene que al igual que la Universidad, ha dejado de ser una institución donde prioritariamente se realiza una trasmisión pasiva de conocimientos, habilidades y destrezas, para integrarse a la sociedad como un ente básico para mejorar los sistemas productivos y sociales, que constituyen los pilares del desarrollo de los países y por consiguiente del bienestar de sus habitantes. Además, afirma que la formación del médico debe ser dinámica, con concepto de futuro, teniendo en cuenta que la ciencia tiene un crecimiento vertiginoso, que sus aplicaciones se deben adaptar a distintos matices y proyecciones y que siempre se debe aplicar el método científico independientemente de la actividad práctica que se desarrolle. Presentando para la docencia de grado, los siguientes objetivos:

- Brindar a los alumnos una formación integral con alto nivel de exigencia académica a fin de capacitarlos para que sean protagonistas de los cambios que ocurren en la sociedad, con una visión constructiva de sus responsabilidades y una esmerada actitud profesional, que se encuadre en el Perfil del Médico definido por esta Unidad Académica.
- Alcanzar la más alta tasa de retención y avance regular de los miembros de cada cohorte, hasta la concreción de los estudios emprendidos.
- Optimizar los mecanismos de actualización curricular adecuándolos a satisfacer las necesidades emergentes de las demandas sociales, científicas, económicas y culturales de la región, del país y de los proyectos en desarrollo y crecimiento que se promuevan.

Además, la Unidad Académica señala que se propone que el alumno de la carrera participe activamente en las acciones de Salud Pública, y remarca la importancia de la APS como estrategia longitudinal en toda la carrera.

b- En la Carrera de Medicina de la UNR

La finalidad de la carrera de Medicina es la formación de un profesional capacitado para: una comprensión integral del ser humano; intervenir en el proceso salud-enfermedad-atención desde la perspectiva de la APS y reconociendo la Salud como un derecho; desempeñarse como un profesional autónomo y ético; promover la formación de equipos de salud; reconocer la importancia del autoaprendizaje y la educación continua.

El objeto de estudio de la formación del Médico de la Escuela de Medicina, es el proceso salud-enfermedad-atención. Se considera que cada sociedad tiene modos de enfermar y estilos de atender la enfermedad que le son propios. Es sobre esta realidad compleja que deben intervenir los graduados con clara comprensión de cuál es el gran marco dado por el proceso salud-enfermedad-atención.

c- En la Carrera de Medicina de la UNC

La misión y los objetivos están definidos y contemplan la formación de un profesional médico adecuado para el contexto social. Se propone principalmente:

- Orientar la formación de un médico altamente competente en la atención de los pacientes, que integre la atención de la salud individual con la de la comunidad, que promueva una atención humanizada en todas las áreas de la Atención Primaria de la Salud e integrada en el contexto familiar y comunitario.
- Promover la capacitación, actualización y perfeccionamiento de los integrantes del equipo de salud en todas las áreas de la Atención Primaria de la Salud.
- Articular la formación que se promueve con las demandas de salud de la población, identificando sus necesidades, las patologías prevalentes, e instrumentando las respuestas pertinentes orientadas al bienestar y protección del hombre.

4- Contenidos mínimos, patrones y estándares de acreditación

a- En la Carrera de Medicina de la UNLP

El plan actual tiene una carga horaria total de 5.670 horas y se desarrolla en 6 años. Las cargas horarias del plan de estudios por ciclo de formación (Tabla 1) y de formación práctica (Tabla 2) superan los mínimos establecidos en la Resolución ME N° 1314/07.

Tabla 1

	Resolución ME N° 1314/07 (horas)	Plan 2004 (horas)
Ciclo de formación básica	3900	4070
Ciclo de formación clínica		
Práctica final obligatoria (PFO)	1600	1600
Carga horaria total mínima	5500	5670

Tabla 2

Carga horaria de formación práctica	Plan 2004		Resolución ME N° 1314/07
	horas	% sobre el total de horas del ciclo	
Ciclo de formación básica	616	45%	50%
Ciclo de formación clínica	1527	60%	60%
PFO	1280	80%	80% - 1280 horas

El plan de estudios se estructura en 3 ciclos: un ciclo básico de 2 años de duración, uno clínico de 3 años y la PFO de 1 año de duración. Este plan ofrece los contenidos obligatorios y la cargas horarias exigidos por la Resolución M.E. N° 1314/07. Además, presenta un listado de materias electivas, con una carga horaria mínima a cumplimentar de 270 horas, que resulta pertinente para la formación del egresado.

b- En la Carrera de Medicina de la UNR

La carga horaria total es de 5711 horas, 3683 en las áreas de formación y 1728 en la práctica final y 300 horas para electivas. Los contenidos de estas materias electivas corresponden a los espacios de Integración Disciplinar que prevé cerrar el desarrollo de temas de las asignaturas tradicionales u orientar para la formación en investigación.

Los siguientes cuadros muestran la carga horaria del plan de estudios por ciclo de formación (Tabla 3) y la carga horaria de formación práctica (Tabla 4).

Tabla 3

	Resolución ME N° 1314/07 (horas)	Plan 2001 (horas)
Ciclo de formación básica	3900	3983
Ciclo de formación clínica		
Práctica final obligatoria (PFO)	1600	1728
Carga horaria total mínima	5500	5711

Tabla 4

Carga horaria de formación práctica	Plan 2001		Resolución ME N° 1314/07
	horas	% sobre el total de horas del ciclo	
Formación integrada (básico/clínica)	2302	62.5%	50%
PFO	1600	92.6%	80% - 1280 horas

Las cargas horarias del plan 2001 resultan adecuadas y cumplen con las fijadas en la Resolución ME N° 1314/07.

c- En la Carrera de Medicina de la UNC

El plan 2002 se estructura en cursos organizados por disciplinas, y está formado por el Ciclo Básico (2 años de duración), el Ciclo Intermedio (1 año de duración), el Ciclo Clínico (2 años de duración) y la PFO (de 1 año de duración). La carga horaria total es de 5720 horas, conformada por 5560 horas de actividades obligatorias más 160 horas de actividades curriculares electivas.

Los siguientes cuadros muestran la carga horaria del plan de estudios por ciclo de formación (Tabla 5) y la carga horaria de formación práctica (Tabla 6).

Tabla 5

	Resolución ME N° 1314/07 (horas)	Plan 2002 (horas)
Ciclo de formación básica	3900	1690
Ciclo de formación clínica		2270
Práctica final obligatoria (PFO)	1600	1600
Carga horaria total mínima	5500	5560

Tabla 6

Carga horaria de formación práctica	Plan 2002		Resolución ME N° 1314/07
	horas	% sobre el total de horas del ciclo	
Ciclo de formación básica	680	40%	50%
Ciclo de formación clínica	1451	64%	60%
PFO	1250	78%	80% - 1280 horas

Las cargas horarias del plan 2002 resultan adecuadas y cumplen con las fijadas en la Resolución ME N° 1314/07.

5- Los escenarios

a- En la Carrera de Medicina de la UNLP

En la FCM-UNLP, la formación práctica se desarrolla en laboratorios pertenecientes a la unidad académica y en 13 hospitales, sanatorios y centros de atención con los que se establece el vínculo a través de convenios específicos. A criterio de la CONEAU, los centros de formación de grado son adecuados para

alcanzar las competencias establecidas. La realidad asistencial, que evidencia una disminución progresiva de la relación paciente/alumno, y la necesidad de adquirir entrenamiento en prácticas invasivas respetando los derechos del paciente y sin poner en riesgo su seguridad, motivó la puesta en marcha de un Laboratorio de Habilidades y Destrezas con modelos de simulación.

En la realización de la PFO los estudiantes deben rotar por los servicios de 4 especialidades: Clínica Médica, Cirugía, Tocoginecología y Pediatría. Además, deben realizar un módulo de rotación en Consultorio Periférico. Para la realización de la PFO se eligieron aquellas unidades asistenciales descentralizadas que disponen de estos 4 servicios. Una vez que el alumno es asignado a un hospital, desarrolla su actividad con un régimen de 36 horas semanales que incluye guardias de 24 horas, rotando por los diferentes servicios en ciclos de 8 semanas. El módulo de Consultorio Periférico está orientado a la atención primaria de la salud. La PFO totaliza una carga horaria de 1600 horas.

Los inmuebles donde se dictan las actividades curriculares de la carrera son de propiedad de la unidad académica y los ámbitos de aprendizaje (incluidos los servicios asistenciales) que utiliza la carrera pero no pertenecen a la universidad están asegurados con convenios. La institución cuenta con un convenio firmado con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires que asegura el uso, por parte de los alumnos y docentes de la carrera, de los hospitales públicos que dependen de él. Además, cuenta con convenios con instituciones privadas de salud que permitieron ampliar los ámbitos educativos. Asimismo, la carrera cuenta con diversos convenios a nivel municipal (municipalidades de La Plata, Quilmes, Avellaneda, Florencio Varela, Berazategui, Berisso y Ensenada) que extienden la disponibilidad de espacios para el proceso de enseñanza/aprendizaje. Esos convenios posibilitan que los estudiantes tengan acceso a hospitales municipales de diversa complejidad y a unidades de atención primaria de la salud. Además, se destaca la existencia de un Módulo de "Consultorio Periférico", orientado a la atención primaria de la salud, a cargo de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria, que se desarrolla en Centros de Salud del primer nivel de atención, con contenidos y prácticas de Medicina General, Familiar y Comunitaria, incluyendo una Pasantía Rural optativa. A

criterio de la CONEAU existe una notoria disparidad en el desarrollo de las actividades prácticas realizadas por los alumnos en las unidades asistenciales descentralizadas durante el desarrollo de la PFO, que requiere ser subsanada.

b- En la Carrera de Medicina de la UNR

Las actividades curriculares de la Carrera se dictan en inmuebles que son propiedad de la Unidad Académica. Algunas actividades de la PFO se realizan en ámbitos hospitalarios municipales, provinciales y nacionales que se utilizan a través de convenios debidamente formalizados. De acuerdo al informe del comité de pares, los espacios físicos resultan suficientes para el correcto desarrollo de las actividades docentes de la carrera. Se destaca la disponibilidad de 46 boxes equipados con televisores en red y pizarras, donde se realizan actividades docentes.

Además, la carrera dispone de 4 laboratorios de habilidades (para el desarrollo de las prácticas), un consultorio escenario (área de práctica y observación con cámara Gessell, equipado con periféricos médicos y equipos de imagen y sonido), aulas y laboratorios de histología y embriología, sala multimedia, anfiteatros y espacios para el desarrollo de actividades de investigación y extensión y un bioterio que abastece de animales a la facultad y a otras universidades para la realización de investigaciones en el área de la salud.

Asimismo, la institución firmó 147 convenios específicos con instituciones vinculadas a la salud, tales como instituciones médicas, hospitales y sanatorios, tanto públicos como privados. En el marco de estos convenios se desarrollan actualmente numerosos proyectos orientados a problemas sanitarios nacionales, regionales o locales que se realizan, en general, con la Municipalidad de Rosario y el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

a- En la Carrera de Medicina de la UNC

Los docentes de diferentes cátedras participan en el seguimiento continuo y estrecho de los más de 100 centros de 1er, 2do y 3er nivel de atención donde se desarrolla la Práctica Clínica Integrada Supervisada o PFO.

Las actividades curriculares de la carrera se dictan en inmuebles que son propiedad de la unidad académica e incluyen las instalaciones docente-asistenciales de los dos hospitales universitarios, que son el Hospital Nacional de Clínicas y el Instituto Universitario de Maternidad y Neonatología así como la Escuela Práctica, ubicada en un edificio contiguo. En estos tres ámbitos se cuenta con aulas y espacios propios. Además, los convenios firmados con hospitales y organismos gubernamentales garantizan la cantidad adecuada de centros de alta, mediana y baja complejidad. Por otra parte, debe destacarse la existencia de espacios y equipamiento adecuados para la formación práctica de las áreas biomédicas y clínicas, como el Laboratorio de Habilidades y Destrezas, recientemente incorporado; el Laboratorio de Microscopía (óptica y electrónica); el Laboratorio de Anatomía Patológica; el Laboratorio de Histología; el taller de Clínica Médica; el consultorio y taller de Pediatría y el Laboratorio de preparación de cortes histológicos, entre otros.

6- Trabajo de campo en Comunidad

a- La Carrera de Medicina de la UNLP

En la FCM-UNLP, la cátedra de Salud y Medicina Comunitaria, presenta como actividad obligatoria para los alumnos que cursan la materia, la realización de un Trabajo de Campo en Comunidad. El mismo consta de dos partes. La primera parte consiste en realizar un análisis situacional de las necesidades y problemas de salud de un grupo de población a nivel local, utilizando la metodología de la planificación estratégica participativa. La segunda parte, en función de los resultados obtenidos en el análisis situacional, consiste en llevar adelante actividades de promoción de la salud, con activa participación de la comunidad, utilizando técnicas educativas, de comunicación social y otras herramientas de intervención a nivel comunitario. El Trabajo de Campo se desarrolla como una actividad semanal en un ámbito comunitario (Centro de salud, escuela, institución barrial) para la aplicación en terreno de las metodologías y consignas dadas en el aula.

La Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria también tiene a su cargo el dictado de una asignatura optativa en el segundo año de la Carrera, denominada Ecología Humana y Promoción de la Salud, en la cual los alumnos realizan en terreno un Trabajo de Campo que consiste en efectuar un análisis de la influencia de los ecosistemas en un grupo etario a través de las técnicas de la observación, la realización de entrevistas, la investigación bibliográfica, y la elaboración de un informe final.

b- La Carrera de Medicina de la UNR

En los documentos analizados se menciona que hay numerosas actividades de los alumnos en vinculación con el medio para la promoción de la salud, especialmente en campañas de vacunación, de detección de diabetes e hipertensión y otras, pero no se detallan las características de las mismas.

c- La Carrera de Medicina de la UNC

El área de Salud Pública de la carrera de Medicina de la UNC, dispone la realización de una actividad en terreno obligatoria para la aprobación de cada una de las cinco asignaturas que la componen. Por consiguiente, los alumnos realizan actividades en comunidad a lo largo de todo el eje temático.

- Durante el curso de la materia “Salud Comunitaria I”, los alumnos deben elaborar y ejecutar una actividad de Promoción de la Salud. La misma podrá llevarse a cabo teniendo como destinatarios los alumnos de escuelas, miembros de centros de jubilados u otras instituciones o grupos poblacionales.
- Los alumnos que cursan la materia denominada “Salud Comunitaria II”, deberán participar en programas concretos de prevención. Utilizando una Guía de Observación y realizando actividades de naturaleza preventiva.
- Los alumnos que cursan la materia denominada “Salud Comunitaria III”, deberán elaborar un análisis de la estructura de Servicios de Salud de un área geográfica determinada, que podrá ser un barrio o localidad de residencia u origen del alumno.

- Para la materia denominada “Medicina Preventiva I”, los alumnos participaran en tareas específicas de promoción y prevención por género y grupo de edad.
- Para la materia denominada “Medicina Preventiva y Social II”, los alumnos deberán desarrollar un Trabajo de Integración Final que incluirá un análisis de situación de salud y la elaboración de un proyecto de programación sanitaria que aborde un problema de salud. Dicho proyecto incluirá la planificación de acciones de promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad. Para orientar la formulación del proyecto a cada alumno se le asigna un docente que actúa como orientador.

7- Ejes temáticos e integración de Disciplinas

a- En la Carrera de Medicina de la UNLP

La estructura departamental de la carrera tiene como propósito integrar las materias afines. Sin embargo, la CONEAU señaló que hay superposición de temas en las materias del Departamento de Ciencias Sociales y solicitó la adecuación de los mismos. Además, la Comisión solicitó agregar contenidos obligatorios de Bioética en todas las materias que integran el Departamento.

En cuanto a la integración entre las ciencias básicas, las clínicas, y las sociales, la CONEAU solicitó reinstalar los talleres de integración horizontal y vertical del conocimiento, de las aptitudes y de las actitudes como parte de las estrategias de formación en todos los ciclos.

b- En la Carrera de Medicina de la UNR

El plan de estudios está organizado en 4 ciclos. El primero está destinado a comprender la importancia de la promoción de la salud, el segundo a la prevención de la enfermedad, el tercero al diagnóstico, tratamiento y recuperación de la enfermedad y los sistemas de atención y el cuarto a la práctica final. Al estar totalmente integrado, el plan ofrece desde los primeros años de la carrera experiencias educativas que favorecen la integración de los conocimientos. Esto

se hace a través de las áreas, las cuales incluyen contenidos de diferentes disciplinas. Como ejemplo puede citarse el Área de Nutrición, donde se integran temas de biología, química y ciencias sociales.

El Modelo Educativo está centrado en el estudiante, reconociendo al mismo como protagonista de su proceso de aprender, a través de la apropiación y uso de herramientas teóricas que le permiten: desarrollar competencias analíticas, simbólicas y comunicacionales; construir actitudes dirigidas a la búsqueda de autonomía y responsabilidad en el proceso de toma de decisiones; organizar andamiajes apropiados para sostener el autoaprendizaje y la educación continua. Además, el modelo educativo presenta un abordaje integrado del Proceso Salud-Enfermedad-Atención: desde el punto de vista epistemológico, una interpretación “unificada” de las distintas disciplinas del conocimiento; desde el punto de vista pedagógico, resolver la fragmentación de los contenidos disciplinarios. Aprendizaje basado en problemas. El método de aprendizaje basado en problemas, que es el soporte didáctico pedagógico del plan de estudios vigente, permite que el alumno se sitúe frente a la realidad sanitaria y favorece la integración de contenidos.

c- En la Carrera de Medicina de la UNC

Se destaca la existencia de módulos optativos que abordan contenidos de las especialidades que permiten ampliar y profundizar contenidos del Ciclo Básico y del Ciclo Clínico (Histología–Inmunología, Clínica–Bioquímica–Endocrinología) e integrarlos con contenidos referidos a determinantes ambientales, sociales y factores de riesgo, a través de un abordaje epidemiológico y social. Estos módulos constituyen mecanismos efectivos de articulación entre el Ciclo Básico y Clínico. La institución cuenta con una “Comisión Curricular Troncal”, que entre otras actividades, se encarga de evaluar y optimizar la integración de las actividades curriculares. El comité de pares, durante el último proceso de acreditación, pudo comprobar las acciones adoptadas para afianzar la articulación entre actividades curriculares afines pertenecientes al ciclo clínico. En consecuencia, afirma la CONEAU, el plan de estudios 2002 se desarrolla en forma coherente y articulada

con un nivel adecuado de integración que permite el tratamiento de los contenidos con la profundidad necesaria de acuerdo con el perfil del médico general.

A continuación, se presenta un cuadro comparativo de las tres carreras analizadas, señalando lo más representativo para cada categoría de análisis.

Cuadro Comparativo de las carreras, según categorías de análisis.

Carrera / Categoría	UNLP	UNR	UNC
1- La inserción de la Salud Pública y sus disciplinas afines en la estructura curricular	Inserta en el Departamento de Ciencias Sociales	La visión de la Salud Pública es la que conduce el Currículum	Inserta en el Área de Salud Pública y en el Área de Ciencias Sociales
2- El Perfil profesional propuesto	Médico General	Médico General	Médico General
3- Los objetivos del Plan de Estudios	Acordes a la doctrina vigente de la Salud Pública	Acordes a la doctrina vigente de la Salud Pública	Acordes a la doctrina vigente de la Salud Pública
4- Los contenidos mínimos y la carga horaria	Acordes a la Resolución ME nº 1314/07. Omisión de una enseñanza detallada de la realidad socioeconómica y sanitaria	Acordes a la Resolución ME nº 1314/07. Omisión de una enseñanza detallada de la realidad socioeconómica y sanitaria	Acordes a la Resolución ME nº 1314/07. Omisión de una enseñanza detallada de la realidad socioeconómica y sanitaria
5- Los escenarios para la enseñanza	Predominio de Hospitales	Predominio de centros de APS	Predominio de Hospitales
6- Trabajo de Campo en Comunidad	Si	Si	Si
7- Ejes temáticos e integración de disciplinas	Existencia de ejes temáticos y escasa integración con las disciplinas clínicas	Integración plena entre las disciplinas básicas, las disciplinas clínicas y las ciencias sociales	Existencia de ejes temáticos y escasa integración con las disciplinas clínicas

Discusión

La preocupación por la adecuación de la formación médica en general y de la enseñanza de la salud pública en la formación de grado en particular, a las necesidades de la comunidad, es una cuestión que se debate permanentemente en el ámbito universitario y sanitario. Este estudio comparativo, ha tenido como objetivo evaluar si la propuesta de la Universidad Pública Argentina permite la formación de un médico acorde a las necesidades de nuestra comunidad.

A continuación se discuten los datos recolectados y se introducen antecedentes, conceptos y referencia que facilitan su interpretación y contextualización en el ámbito de la Educación Médica y la Salud Pública.

El espacio relativo que ocupan los ciclos y las asignaturas en la composición del *currículum*, determina, en parte, si se formará o no, un profesional acorde con las necesidades de la comunidad. Cuando el porcentaje que ocupa el Ciclo Biomédico es grande se dará una formación con énfasis en las ciencias básicas, cuando el porcentaje destinado al Ciclo Clínico es grande, es manifiesta la orientación de la formación hacia el diagnóstico y tratamiento de los individuos, en cambio, cuando se otorga un espacio significativo a las asignaturas del área de las Ciencias Sociales y/o de la Salud Pública, se incorporan los contenidos necesarios para la formación de un profesional socialmente relevante. En el caso de las carreras evaluadas en esta investigación, es evidente el incremento progresivo del espacio relativo que ocupan las Ciencias Sociales y/o la Salud Pública en la composición del *currículum*, aunque, como se discutirá más adelante, la integración de disciplinas no sea satisfactoria.

Los determinantes del incremento de la especialización pueden hallarse en el contexto socio-económico-histórico-político-cultural (globalización, neoliberalismo) con su instalado paradigma de la economía de la salud, que se traduce en una estructura de atención de la salud anárquica y fragmentada que resulta imposible de ser integrada en un sistema de complejidad creciente que dé respuesta a los diferentes problemas de la comunidad. Tanto a nivel nacional como internacional, existe una divergencia entre lo que planifican las escuelas de Medicina y las decisiones que adoptan los alumnos, siendo la elección de la especialización

influenciada por factores sobre los cuales las escuelas no tienen control⁶⁶. Por lo tanto, la educación médica no puede, a través de los cambios curriculares, modificar completamente procesos que dependen principalmente de decisiones políticas. La implementación de un sistema integral de salud requiere de la formación de un recurso humano compatible con el mismo, y la instrumentación de la APS y de la especialización como categorías complementarias. La percepción de la APS y de la especialización como categorías opuestas dificulta la construcción de un currículo acorde con las necesidades de la comunidad. Dicho de otra forma, la vieja dialéctica entre lo individual y lo colectivo requiere una nueva síntesis. En el caso de la Universidad Pública Argentina en general, y en el caso particular de la UNLP y la UNC, dicha dialéctica no está aún superada. Sí parecería estarlo en el caso de la UNR, que ha logrado concretar una propuesta superadora, cuyos resultados todavía desconocemos.

Borrell Bentz⁶⁷, Consultora Regional de la OPS/OMS e integrante del Proyecto Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud, analizó recientemente en la ciudad de Córdoba, la estructura y los contenidos del currículum, afirmando que debe comprender: Salud Pública, Equidad en Salud, Determinantes sociales de la Salud, APS, Epidemiología y Estadística, Política Sanitaria y Sistemas de Salud, Salud Mundial, Ética en la Salud, prácticas Basadas en la Evidencia, Prevención y Promoción, Diversidad Cultural. Además debe evolucionar “De la intervención de agudos a la APS”, “Del cuidado fragmentado al cuidado a lo largo de la vida, de la enfermedad a la prevención y promoción, del modelo hospitalario al modelo centrado en las comunidades, del modelo médico a la inclusión de los determinantes sociales.

El médico tiene que pensarse a sí mismo como un profesional de la salud pública, lo cual implica que debe ser capaz de considerar sus pacientes individuales en su contexto social, económico y cultural, que deberá establecer nexos con las

⁶⁶ Carrera LI, Enuria GT, D'Ottavio AE. La atención primaria de la salud y la especialización médica: ¿Categorías opuestas o complementarias? *Educación Médica* 2004; 7(4):132-9.

⁶⁷ Borrell Bertz RM. ¿Es posible cambiar la Educación Médica? Conferencia brindada en el 1^{er} Congreso del Foro Argentino de Facultades y Escuelas Públicas de Medicina “El médico que el país necesita”, acontecido en la Ciudad de Córdoba, el 21 y el 22 de junio de 2012. El Congreso tuvo como objetivo principal el análisis político, social y la discusión académica de las competencias que requiere el médico.

instituciones sanitarias y sociales del nivel local, y que deberá considerar los determinantes sociales de la salud de igual manera como lo hace con los biológicos y con los psicológicos⁶⁸. La OPS señala que el egresado de las escuelas de medicina sea un médico general, en condiciones de prestar atención médica integral al ser humano en su entorno familiar y social, mediante acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con un enfoque bio-psico-social ambientalista, con la Atención Primaria de Salud como estrategia y eje transversal de su formación⁶⁹. En las carreras de medicina analizadas, la búsqueda de un profesional con un perfil de "médico general", está claramente definido. Por otro lado, es lo que establece la Resolución ME N° 1314/07.

En los planes de estudio de las tres carreras es posible observar objetivos generales muy similares, que se encuentran acordes a la doctrina actual de la Salud Pública. Además, los estándares, las pautas y los criterios para la evaluación y la acreditación de las carreras de medicina que se utilizan en nuestro país, presentan importantes coincidencias con los propuestos por la World Federal Medical Education (WFME), lo que permite afirmar que la Argentina participa de las tendencias actuales en materia de formación médica⁷⁰.

La Resolución ME N° 1314/07 establece los contenidos curriculares básicos, la carga horaria mínima, los criterios de intensidad de la formación práctica y los estándares para la acreditación de las carreras de medicina así como la nómina de actividades profesionales reservadas para quienes hayan obtenido el título de Médico. Según las competencias profesionales establecidas⁷¹, los contenidos básicos se formulan en concordancia con el concepto de "core currículum", organizados en tres ejes curriculares: 1- Fundamentos científicos de la atención del paciente; 2- Proceso salud-enfermedad-atención en las distintas etapas del ciclo vital; 3- Medicina, Hombre y Sociedad. En los dos primeros ejes los contenidos vinculados con la Salud Pública y el origen social de la enfermedad son muy

⁶⁸ Shortell SM, Swartzberg J. The Physician as Public Health Professional in the 21st Century. JAMA 2008; 300(24):2916-8.

⁶⁹ OPS. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de la Salud. Op. Cit.

⁷⁰ Galli A. Situación actual de la educación médica en Argentina. Educ Med 2009; 12(11):3-5.

⁷¹ Las competencias profesionales del médico se presentan organizadas en 4 dimensiones: Práctica clínica, Pensamiento científico, Salud poblacional y Sistemas sanitarios.

escasos. En cambio, el último eje comprende buena parte de los contenidos correspondientes a las Ciencias Sociales en general y a la Salud Pública en particular. Las tres carreras de Medicina analizadas aquí, presentan una propuesta curricular que cumple con los contenidos curriculares básicos y la carga horaria mínima que establece la resolución ministerial. Aunque es necesario señalar, que no se incluye en ninguna de las tres carreras, un detallado análisis situacional de la realidad socioeconómica y sanitaria local, provincial y nacional. Esta omisión desvincula al alumno del contexto en el cual tendrá que desempeñarse profesionalmente, y le dificulta comprender las razones por las cuales es necesario que estudie las Ciencias Sociales y/o la Salud Pública en su formación de grado.

Los escenarios utilizados para la enseñanza de la Salud Pública en la formación de grado comprenden actividades en aula en las Unidades Académicas, actividades en centros de atención primaria y en menor proporción actividades en la comunidad misma. Pero la enseñanza de la Salud Pública también se produce en el cursado de las materias clínicas, a través de la adquisición de aptitudes, valores y conocimientos que indefectiblemente responden a una determinada visión de la educación médica, la Salud Pública y del rol social del médico. En el caso de la enseñanza de las disciplinas clínicas todavía se observa un predominio de las actividades curriculares prácticas en los hospitales, por sobre las actividades que se desarrollan en los centros ambulatorios de atención primaria.

En la carrera de Medicina de la FCM-UNLP, a través de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitarias, los alumnos realizan un trabajo de campo en comunidad orientado a la promoción de la salud en el tercer año, cuando cursan la materia obligatoria "Salud y Medicina Comunitaria, y en segundo año, cuando cursan la asignatura opcional "Ecología Humana y Promoción de la Salud", pero no se realizan en el resto de las asignaturas que integran el Departamento de Ciencias Sociales. En cambio, en la carrera de Medicina de la FCM-UNC, los trabajos de campo orientados a la promoción de la salud se realizan en cada uno de los cinco primeros años, a lo largo de todo el eje de Salud Pública. En la carrera de Medicina de la FCM-UNR, se realizan diversas actividades de promoción de la salud, de las cuales no se brindan detalles.

El propósito de los trabajos de campo orientados a la promoción de la salud es iniciar a los estudiantes en la temática de la promoción de la salud, a través de la adquisición de habilidades y actitudes adecuadas, así como conocimientos sobre los métodos y las estrategias de promoción de la salud. Los mismos deben ser adecuados desde los puntos de vista científico y ético, así como debidamente supervisados. Se busca que el alumno aprenda los conceptos de la promoción de la salud, participando en actividades de promoción de la salud e involucrándose en la consideración de los aspectos científicos, políticos y éticos vinculados a la participación del médico en la promoción de la salud.⁷²

La integración de contenidos de Salud Pública en el Currículo de Medicina afronta diversas barreras, entre las que se destacan la limitante horaria y la inercia institucional. Los docentes de Salud Pública y los docentes de las asignaturas clínicas, generalmente ven el proceso educativo de diferente manera, posiblemente como consecuencia de una experiencia laboral distinta con los alumnos de sus respectivas disciplinas. Por lo que se hace necesario construir un puente entre la enseñanza de la Salud Pública y la Medicina Clínica, a la manera de un esfuerzo colaborativo donde los expertos de cada grupo puedan sumar sus conocimientos sobre los enfoques prácticos con más probabilidad de resultar útiles⁷³. Sin embargo, mucho se ha avanzado desde la existencia de la Salud Pública y la Medicina como ciencias y profesiones distintas, tal como sucedió en el siglo pasado, hasta la actualidad, donde se ha tomado conciencia de la necesidad de integrar las mismas. En ese sentido se han realizado diferentes modificaciones e innovaciones curriculares, sin embargo la integración de las disciplinas todavía es insuficiente y persiste una educación médica donde la adquisición de competencias para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad es escasa. Las modificaciones e innovaciones curriculares han sido de diferente orden, incluyen la introducción de contenidos sobre promoción y prevención en las asignaturas ya

⁷² K V Jones, Hsu-Hage B H-H. Health promotion projects: skill and attitude learning for medical students. *Medical Education* 1999; 33:585-91.

⁷³ Mahoney JF, Fox MD, Chheda SG. Overcoming Challenges to Integrating Public and Population Health into Medical Curricula. *Am J Prev Med* 2011; 41(4S3):S170-5. Este artículo contiene una síntesis de las opiniones vertidas por sus autores en un workshop que tuvo lugar en la conferencia denominada "Patients and Populations: Public Health in Medical Education", en el año 2010.

existentes, la creación de módulos dedicados exclusivamente a la promoción de la salud, la creación de nuevas asignaturas y la construcción de “áreas de concentración de la Salud Pública” integradas por las escuelas de Medicina, las escuelas de Salud Pública y el departamento local de Salud Pública.^{74, 75, 76}

En la FCM-UNLP se ha elaborado un eje de Ciencias Sociales que se desarrolla a lo largo de toda la Carrera, de manera que en todos los años se dicta una asignatura con contenidos vinculados a la Salud Pública. Sin embargo, las materias del ciclo clínico prácticamente no poseen contenidos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como tampoco se llevan a cabo los talleres de integración vertical y horizontal que ha solicitado la CONEAU. Además, es necesario mencionar que el reciente agregado de nuevas materias al Departamento de Ciencias Sociales, paradójicamente, favorece la fragmentación del conocimiento. En relación a esta problemática, se destaca que en el año 2002, el Centro INUS elaboró una propuesta de incorporación de un área de integración curricular a lo largo de toda la carrera de Medicina, destinada a la articulación de las áreas biomédica, sociomédica y clínica, y al desarrollo de competencias específicas para el desempeño profesional en la estrategia de la atención primaria de la salud⁷⁷, pero la misma no fue adoptada por la Facultad.

En la FCM-UNR el nuevo plan de estudios 2001, propone una integración total de las disciplinas pertenecientes a las ciencias básicas, clínicas y sociales, a través de un modelo curricular basado en una concepción del médico generalista desde la óptica de la Atención Primaria de la Salud y apoyado en estrategias didácticas orientadas por el Aprendizaje Basado en Problemas.

⁷⁴ Taylor W C, Moore GT. Health promotion and disease prevention: integration into a medical school curriculum. *Medical Education* 1994; 28:481-7.

⁷⁵ Amos A, Church M, Forsters F, Robertson G, Young I. A health promotion module for undergraduate medical students. *Medical Education* 1990; 24: 328-35.

⁷⁶ Stebbins S, Sanders JL, Vukotich CJ, Mahoney JF. Public Health Area of Concentration. *Am J Prev Med* 2011; 41(4S3):S237-41.

⁷⁷ La propuesta se vinculó con el PROGRAMA DE REFORMA DE LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD (PROAPS) del Ministerio de Salud de la Nación, que estuvo destinado a las Universidades Nacionales de Buenos Aires, Córdoba, La Plata y Rosario para que realicen reformas curriculares orientadas a fortalecer la formación del médico en atención primaria de la salud, y contó con el financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo. Pracilio H. La estrategia de Atención Primaria en el cambio curricular. Aportes a la reforma curricular de la Facultad de Ciencias Médicas de La Universidad Nacional de La Plata. Documento del centro INUS, 2002.

En la FCM-UNC las materias relacionadas con la salud comunitaria, la medicina preventiva y social, la medicina antropológica, la medicina psicosocial y la salud mental se encuentran estructurando dos ejes temáticos complementarios, el correspondiente al Área de Salud Pública y el correspondiente al Área de Ciencias Sociales. Las asignaturas que integran cada eje se distribuyen a lo largo de toda la Carrera, garantizando en cada año contenidos vinculados a la Salud Pública y a las Ciencias Sociales⁷⁸.

Finalmente, es necesario remarcar que se ha evaluado, a través de un estudio comparativo, la propuesta de enseñanza de la Salud Pública en la formación de grado en la Universidad Pública Argentina, la cual, no necesariamente, se asemeje en forma total con lo que verdaderamente se instrumenta y con los resultados que se logran.

Conclusiones

La propuesta de la carrera de Medicina de la FCM-UNLP comprende la Salud Pública y sus disciplinas afines, y persigue un perfil de médico general acorde con las necesidades de la comunidad. Además, los objetivos de la carrera, los contenidos mínimos y la carga horaria se encuentran acordes con la Resolución ME n° 1314/07 y la doctrina actual de la Salud Pública basada en los determinantes sociales de la salud. Las actividades curriculares prácticas todavía se realizan mayoritariamente en los hospitales. Los trabajos de campo que se realizan en comunidad permiten que los alumnos desarrollen actividades de promoción de la salud. El eje temático de las ciencias sociales ofrece contenidos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en todos los años de la Carrera, incluida la PFO. Sin embargo, la integración de las Ciencias Sociales con las disciplinas clínicas es muy escasa.

⁷⁸ Es necesario remarcar que en el marco teórico se ha definido a la Salud Pública como una Ciencia Social. Por lo tanto, ambos ejes temáticos se deben considerar como complementarios. Aunque la presencia de la medicina psicosocial y la salud Mental en el Área de Ciencias Sociales, puede considerarse como una variante de integración, al menos parcialmente, con las disciplinas clínicas.

La propuesta de la carrera de la FCM-UNR representa un cambio curricular de un modelo tradicional de formación médica a un modelo de *currículum* crítico, basado en una concepción del médico generalista desde la óptica de la Atención Primaria de la Salud (APS) y apoyado en estrategias didácticas orientadas por el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). Aquí la visión de la Salud Pública es la que conduce el *currículum* y sí bien existe una cátedra responsable de brindar los contenidos de Salud Pública, los mismos se encuentran integrados plenamente con los conocimientos de las ciencias básicas y la disciplinas clínicas. Los escenarios donde se produce la formación de los futuros médicos van desde los centros de atención primaria a los hospitales y las aulas de la Unidad Académica. Los trabajos de campo orientados a la promoción de la salud son referidos como numerosos pero no se brindan detalles de los mismos.

La propuesta de la carrera de la FCM-UNC incluye una variedad de asignaturas que ofrecen los contenidos fundamentales de la Salud Pública, busca un perfil de médico general acorde a las necesidades de la comunidad y cumple con los requisitos de carga horaria y los contenidos mínimos establecidos en los estándares de acreditación vigentes. Además, contempla escenarios para la formación médica que incluyen la comunidad y los diferentes niveles de atención médica, con predominio de las actividades curriculares prácticas en los hospitales, como así también prevé la realización de trabajos de campo orientados a la promoción de la salud a lo largo de todo el eje temático de la Salud Pública. En cuanto a los ejes temáticos y la integración de disciplinas, la propuesta posee una adecuada articulación entre los diferentes ciclos y una adecuada integración entre las disciplinas básicas, las disciplinas clínicas y las ciencias sociales.

En síntesis, el estudio comparativo entre las tres carreras de Medicina (La Plata, Córdoba y Rosario), muestra que la propuesta de enseñanza de la salud pública en la formación de Grado persigue la formación de un médico general acorde con las necesidades de la comunidad, dispone de las asignaturas de la Salud Pública, presenta objetivos acordes con la doctrina actual de la Salud Pública, reúne los contenidos mínimos y la carga horaria que establece la Resolución ME nº 1314/07, garantiza la realización en la comunidad de trabajos de campo orientados a la

promoción de la salud, utiliza variados escenarios de enseñanza con un predominio de los hospitales, se estructura en ejes temáticos de Ciencias Sociales y/o Salud Pública, y presenta grados variables de integración. Estos últimos dos aspectos, predominio del escenario hospitalario y déficit de integración, constituyen, junto a la omisión de una enseñanza detallada de la realidad socioeconómica y sanitaria local, provincial y nacional, las debilidades de la propuesta, ya que no favorecen la formación de un médico acorde a las necesidades de la comunidad.

Bibliografía⁷⁹

General

El sistema de Salud y el Sistema Educativo

- PNUD. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD; 2011.
- Tedesco JC (Comp.) ¿Cómo superar la desigualdad y la fragmentación del sistema educativo argentino? IPEE-UNESCO, Sede Regional Buenos Aires, 2005.

Educación Superior y Teoría del Currículum

- Brunner J. El proceso de Bolonia en el horizonte latinoamericano: límites y posibilidades. Revista de Educación, número extraordinario 2008, pp. 119-45.
- CONEAU. Organización de los procesos de acreditación. Disponible en: www.coneau.edu.ar. Consultado el 6 de noviembre de 2012.

⁷⁹ La citación y referenciación de autores y textos, y su presentación, ha sido realizada siguiendo los lineamientos de la última versión (2010) de los “Requisitos de Uniformidad para Manuscritos Enviados a las Revistas Biomédicas” publicados por el *International Committee of Medical Journals Editors* (ICMJE); frecuentemente denominados “Normas Vancouver”, en relación a la ciudad canadiense donde se elaboró la primera versión en el año 1978. Disponible en: <http://www.icmje.org>. Consultado el 14 de noviembre de 2012.

- Coscarelli M R. "Currículum, Universidad y Sociedad". Revista de la Universidad 2007; 34:45-54.
- Da Silva TT. "Documentos de identidad. Una introducción a las teorías del currículum". Auténtica. Belo Horizonte. 1999.
- De Alba Alicia. "Currículum: crisis, mitos y perspectivas. Bs.As: Ed. Miño y Dávila; 1995.
- Departamento de Información Universitaria, de la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU), del Ministerio de Educación de la Nación. Anuario de Estadísticas Universitarias - Argentina 2010. Disponible en: <http://portales.educacion.gov.ar>. Consultado el 6 de noviembre de 2012.
- Jackson PW. La vida en las aulas. 5ª ed. Madrid: Morata: 1998.
- Ley Nacional de Educación Superior N° 24.521. Publicada: 10 de agosto de 1995 (Boletín Oficial Nro. 28.204).
- Martínez Marull A, Fernández CR, Jeppesen C, Caillon A. Los procesos de acreditación de carreras de Medicina en la República Argentina. Análisis crítico de los Estándares, de los Procedimientos y de los Resultados de la Evaluación. CONEAU, 2005. Disponible en: www.coneau.edu.ar. Consultado el 1 de agosto de 2012.
- Salinas D. "Currículum racionalidad y discurso didáctico" en Poggi M "Apuntes y aportes para la gestión curricular". Bs. As: Kapelusz; 1997.

Específica

Doctrina de la Salud Pública

- Ashton J. Ciudades sanas. Barcelona: Masson; 1993.
- Brandt AM, Gardner M. Antagonism and Accommodation: Interpreting the Relationship Between Public Health and Medicine in the United States During the 20th Century. Am J Public Health 2000; 90:707-15.

- Frankish CJ. Salud de la Población: Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. "La perspectiva Canadiense". Health Canada / División de Salud y Desarrollo Humano de la OPS. Washington D.C; 2000.
- Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, y Merhy EE. Medicina Social Latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panam Salud Pública 2002; 2(2):128-136.
- Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1974.
- Menéndez Eduardo L."Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud". Cuadernos Médicos Sociales Nº 33, Rosario, 1985.
- OMS. "Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud". Ottawa, 1986. En: "Promoción de la Salud: una antología", OPS/OMS, Publicación Científica 557; 1996.
- OMS. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
- OMS. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro, Brasil, Octubre de 2011.
- OMS: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Alma Ata (URSS). Ginebra: OMS; 1978.
- Pracilio H. "La Salud como producto social. Evolución de las ideas sobre salud y enfermedad", Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria, Facultad de Cs. Médicas, UNLP, 2005.
- Susser M. Glossary: causality in Public Health Science. JECH 2001; 55:377.
- Virgolini M. Modelos Médicos y Alternativos de Atención de la Salud. Cátedra de Salud, Medicina y Sociedad, Facultad de Cs. Médica – UNLP; 2001.
- Wikilson R, Marmot M, editors. Social determinants of health: the solid Facts. 2nd edition. Ginebra: World Health Organization; 2003.

Educación Médica

- AFACIMERA - Carrera de Medicina: Contenidos Curriculares Básicos, Carga Horaria Mínima, Criterios de Intensidad de la Formación Práctica, Estándares para la Acreditación y Actividades Profesionales Reservadas. Resolución N° 1314. Buenos Aires: Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología; 2007.
- Borrell Bertz RM. ¿Es posible cambiar la Educación Médica? Conferencia brindada en el 1^{er} Congreso del Foro Argentino de Facultades y Escuelas Públicas de Medicina "El médico que el país necesita", acontecido en la Ciudad de Córdoba, el 21 y el 22 de junio de 2012. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/>. Consultado el 28 de octubre de 2012.
- Cumming A, Ross M. The Tuning Project for Medicine-learning outcomes for undergraduate medical education in Europe. *Medical Teacher* 2007; 29:636-41.
- Galli A. Situación actual de la educación médica en Argentina. *Educ Med* 2009; 12(11):3-5.
- Galli A. Situación Actual de la Educación Médica en la República Argentina. Publicación n° 24. OPS/OMS, 1990.
- Godue C, Borrell RM, OPS/OMS. Ideas principales de la conferencia Beyond Flexner: Misión social de la Educación Médica. Tulsa, Oklahoma, 15 al 17 de mayo de 2012. <http://www.observatoriorh.org/>. Consultado el 28 de octubre de 2012.
- Informe de Autoevaluación de la facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de La Plata. Solicitado por CONEAU (Resolución 557/00) y presentado por la facultad el 21 de mayo de 2001.
- Lobato RD, Lagares A, Alén JF, Alday R. El desarrollo del proceso de "Bolonia" y el Grado de Medicina: Situación actual y expectativas para su implantación definitiva. *Neurocirugía* 2010; 21:146-56.

- Resolución del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología N° 1314. Contenidos curriculares básicos, carga horaria mínima, criterios de intensidad de la formación práctica y estándares para la acreditación de las carreras de Medicina, nómina de actividades profesionales reservadas para quienes hayan obtenido el título de Médico. Buenos Aires, 4 de septiembre de 2007.
- Torino M, Roccatagliatta G. El médico que el país necesita. Visión académica. FACULTAD DE MEDICINA. Universidad de Buenos Aires. Exposición realizada en el 1^{er} Congreso del Foro Argentino de Facultades y Escuelas Públicas de Medicina "El médico que el país necesita", acontecido en la Ciudad de Córdoba, el 21 y el 22 de junio de 2012. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/> Consultado el 28 de octubre de 2012.
- World Federation for Medical Education and Association for Medical Education in Europe. Statement on The Bologna Process and Medical Education. Copenhagen; 2005. Disponible en: www.educmed.net Consultado el 1 de agosto de 2012.
- World Federation for Medical Education. The Edinburgh Declaration. Med Educ 1988; 22:481.
- XVI Conferencia Panamericana de Educación Médica. Autoevaluación y acreditación en tiempos de cambio. Educ Med 2003; 6(Supl 1): S7-27.

La enseñanza de la Salud Pública

- Álvaro Franco G. Tendencias y Teorías en Salud Pública. Rev Fac Nac Salud Pública 2006; 24 (2):119-30.
- Amos A, Church M, Forsters F, Robertson G, Young I. A health promotion module for undergraduate medical students. Medical Education 1990; 24: 328-35.
- Carrera LI, Enuria GT, D'Ottavio AE. La atención primaria de la salud y la especialización médica: ¿Categorías opuestas o complementarias? Educación Médica 2004; 7(4):132-9.

- Cravioto A. La Enseñanza de la Salud Pública en la Formación del Médico. *Salud Pública de México* 1995; 37 (5):383-4.
- Gillam S and Bagade A. Undergraduate public health education in UK medical schools – struggling to deliver. *Medical Education* 2006; 40(5): 430-6.
- Gillam S and Maudsley G. Public Health Education for Medical Students-A guide for medical schools. Department of Public Health and Primary Care, University of Cambridge. Cambridge University Press, 2008.
- Grupo de Estudio de la OMS. La educación del personal de salud centrada en la comunidad. Serie de Informes Técnicos 746. Ginebra: OMS; 1987.
- K V Jones, Hsu-Hage B H-H. Health promotion projects: skill and attitude learning for medical students. *Medical Education* 1999; 33:585-91.
- Llamado a la acción de Toronto, *Hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas*, OPS, Salud Canadá y el Ministerio de Salud de Ontario y *Long Term Care*. Toronto, Canadá; octubre de 2005.
- Mahoney JF, Fox MD, Chheda SG. Overcoming Challenges to Integrating Public and Population Health into Medical Curricula. *Am J Prev Med* 2011; 41(4S3):S170-5.
- OMS. A network of community-oriented educational institutions for health sciences. Report of the inaugural meeting, Kingston, Jamaica 4-8 June 1979. Documento HMD/79.4. Ginebra: OMS; 1979.
- OMS. La educación del personal de salud centrada en la comunidad. Serie de Informes Técnicos 746. Ginebra: OMS; 1987.
- OPS. La Administración Estratégica. Lineamientos para su desarrollo: Los contenidos educacionales. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington DC: OPS; 1995.
- OPS. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de la Salud. Serie La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas n°2. Washington DC: OPS; 2008.

- OPS. La salud y la salud pública en la historia. En: OPS/OMS. Salud Pública en las Américas. Capítulo 4: Fundamentos de la renovación conceptual. Washington D. C: OPS/OMS; 2000.
- OPS. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de la Salud: Estrategias para el desarrollo de *equipos de APS*. Serie La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas nº1. Washington DC: OPS; 2008.
- Pracilio H. La estrategia de Atención Primaria en el cambio curricular. Aportes a la reforma curricular de la Facultad de Ciencias Médicas de La Universidad Nacional de La Plata. Documento del centro INUS; 2002.
- Riegelman RK. Undergraduate Public Health Education. Past, Present, and Future. Am J Prev Med 2008; 35(3):258–63.
- Shortell SM, Swartzberg J. The Physician as Public Health Professional in the 21st Century. JAMA 2008; 300(24):2916-18.
- Stebbins S, Sanders JL, Vukotich CJ, Mahoney JF. Public Health Area of Concentration. Am J Prev Med 2011; 41(4S3):S237- 41.
- Tamblyn R, Abrahamowicz, Dauphinee D, et al. Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered graduates: historical cohort comparison study. BMJ 2005; 331:1002-5.
- Taylor W C, Moore GT. Health promotion and disease prevention: integration into a medical school curriculum. Medical Education 1994; 28:481-7.
- The Network: Towards Unity for Health. Position Paper on Problem-Based Learning. Education for Health 2003; 16 (1):98-113.
- Viñas M, Mónaco L. La Enseñanza de la Salud Pública en el Grado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán, 2001. Disponible en: <http://www.medicinaysociedad.org.ar> Consultado el 1 de agosto de 2012.

Anexo A: Plan de Estudios (Gráfico). La Plata.

Introducción a la vida Universitaria y Esquema Curricular	1 semana	5	Biología	Cuatrimestral	40	* Informática Básica (Hasta inicio Ciclo Clínico)
Anatomía	Anual	250	Ciencias Exactas	Cuatrimestral	60	
Citología, Histología y Embriología	Anual	190				
Biología	Anual	60				
Ciencias Sociales y Medicina (Ej: Antropológico)	Bimestral	50				
Taller de integración horizontal	Último mes	40				
Totales de Horas		595			100	
Segundo Año						
Fisiología y Física Biológica	Anual	250	Ecología Humana y Promoción de la Salud	Bimestral	50	* Inglés Médico (Hasta 4º año)
Bioquímica y Biología Molecular	Anual	250				
Psicología Médica	Bimestral	50				
Epidemiología	Bimestral	40	Historia de la Medicina	Bimestral	60	
Taller de Integración del Ciclo Básico (Vertical)	Último mes	60				
Totales de Horas		650			110	
Ciclo Clínico						
Tercer Año						
Patología	Anual	210	Genética	Bimestral	50	* Informática Médica (Hasta 5º año)
Farmacología Básica (General y Farmacodinamia)	Anual	140	Inmunología	Bimestral	50	
Semiología	Anual	200	Salud Ambiental	Bimestral	50	
Microbiología y Parasitología	Anual	150	La informática aplicada al análisis y presentación de trabajos científicos en Ciencias de la Salud	Bimestral	50	
Salud y Medicina Comunitaria	Cuatrimestral	50				
Oftalmología **	Bimestral	30				
Taller de integración horizontal	Último mes	40				
Totales de Horas		800			200	
Cuarto Año						
Farmacología Aplicada	Cuatrimestral	100	Filosofía Médica	Bimestral	50	
Salud Pública I	Cuatrimestral	60	Bioquímica Clínica I	Bimestral	50	
Medicina Interna I (Clínica y Terapéutica)	Anual	200	Introducción a la Epistemología de la Salud	Cuatrimestral	50	
Cirugía I	Anual	120				
Dermatología **	Bimestral	30				
Neurología **	Bimestral	30				
Diagnóstico y Terapéutica por Imágenes I	Bimestral	50				
Otorrinolaringología **	Bimestral	30				
Psiquiatría I	Bimestral	50				
Ortopedia y Traumatología **	Bimestral	30				
Infectología	Cuatrimestral	80				
Urología **	Bimestral	30				
Taller de integración horizontal	Último mes	40				
Totales de Horas		850			150	
Quinto Año						
Medicina Interna II (Clínica y Terapéutica)	Anual	200	Bioética	Bimestral	50	
Cirugía II	Anual	120	Bioquímica Clínica II	Bimestral	50	
Pediatría	Anual	190	Trasplante de Órganos y Tejidos	Semestral	100	
Toxicología **	Bimestral	25				
Deontología Médica y Medicina Legal	Bimestral	50				
Salud Pública II	Cuatrimestral	60	Educación para la Salud	Cuatrimestral	50	
Obstetricia	Bimestral	50				
Ginecología	Cuatrimestral	70				
Psiquiatría II	Bimestral	40				
Diagnóstico y Terapéutica por Imágenes II	Bimestral	40				
Taller de Integración (Incluye Emergentología) (Vertical)	Último mes	40				
Totales de Horas		885			250	
Sexto Año						
Práctica Final Obligatoria		1.600				
Total Horas Ciclo Básico (Práctico 40%)		1.245				
Total Horas Ciclo Clínico (Práctico 60%)		2.555				
Total Materias Obligatorias		3.780				

Anexo B: Plan de Estudios (Gráfico). Rosario.

Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario

MAPA CURRICULAR CARRERA DE MEDICINA 2001						
Objeto de estudio	0 Ciclos	Áreas Específicas				Área Instrumental
		Eje estructurante: Ciclo Vital				
		Niñez	Adolescencia	Adulthood Joven	Adulthood Mayor	
P R O C E S O S A L U D E N F E R M E D A D / A T E N C I O N	PROMOCION DE LA SALUD (72 Semanas)	<u>CRECIMIENTO Y DESARROLLO</u>				INGLES INFORMATICA METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION
		<u>NUTRICION</u>				
		<u>SEXUALIDAD GENERO Y REPRODUCCION</u>				
		<u>TRABAJO Y TIEMPO LIBRE</u>				
		<u>EL SER HUMANO Y SU MEDIO</u>				
	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD (36 Semanas)	<u>INJURIA</u>				
		<u>DEFENSA</u>				
		<u>ELECTIVAS</u>				
	DIAGNOSTICO TRATAMIENTO RECUPERACION (72 Semanas)	<u>CLINICA PEDIATRICA</u> (25 Semanas)		<u>GINECO – OBSTETRICIA</u> (18 Semanas)		
		<u>ELECTIVAS</u>		<u>CLINICA QUIRURGICA</u> (18 Semanas)		
<u>CLINICA MEDICA</u> (47 Semanas)						
PRACTICA FINAL (1728 Horas)	<u>PEDIATRIA</u>					
	<u>CLINICA MEDICA</u>					
	<u>CLINICA QUIRURGICA</u>					
	<u>GINECO - OBSTETRICIA</u>					

Anexo C: Plan de Estudios (Gráfico). Córdoba.

ASIGNATURAS DE LA CARRERA DE MEDICINA	
1º Año	
	ANATOMIA NORMAL
	BIOQUIMICA BIOLOGIA MOLECULAR
	MEDICINA ANTROPOLOGICA
	SALUD COMUNITARIA I
	SALUD COMUNITARIA II
	INFORMATICA MEDICA
2º Año	
	FISIOLOGIA HUMANA
	FISICA BIOMEDICA
	BIOLOGIA CEL. HISTO. Y EMBRIOLOGIA
	MEDICINA PSICOSOCIAL
	SALUD COMUNITARIA III
3º Año	
	PATOLOGIA
	SEMIOLOGIA
	BACTERIOLOGIA Y VIROLOGIA MEDICA
	PARASITOLOGIA Y MICOLOGIA
	FARMACOLOGIA GENERAL
4º Año	
	CLINICA MEDICA I
	CLINICA QUIRURGICA I
	CLINICA DERMATOLOGICA
	CLINICA OFTALMOLOGICA
	CLINICA NEUROLOGICA
	SALUD MENTAL
	DIAG. X IMAGENES
	CLINICA GINECOLOGICA
	MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL I
	CLINICA INFECTOLOGICA I
	FARMACOLOGIA APLICADA I
5º Año	
	CLINICA MEDICA II
	CLINICA QUIRURGICA II
	CLINICA ORL
	CLINICA UROLOGICA
	CLINICA INFECTOLOGICA II
	CLINICA TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA