

30 Años de Educación Médica Centrada en la Comunidad

- De “Salud, Medicina y Sociedad” a “Salud y Medicina Comunitaria”
- Bases pedagógicas de la Educación Basada en la Comunidad
- Experiencias de trabajo comunitario
- “El Humanismo Médico”, por Pedro Lain Entralgo
- Un saludable encuentro de culturas en La Pampa
- Proyectos de investigación y extensión universitaria

Editorial de la Universidad Nacional de La Plata
47 N.º 380 / La Plata B1900AJP / Buenos Aires, Argentina
+54 221 427 3992 / 427 4898
edulp.editorial@gmail.com
www.editorial.unlp.edu.ar

ISSN 2545-6334



debates



30 años de Educación Médica Centrada en la Comunidad

Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria
Facultad de Ciencias Médicas

/ saludmys@med.unlp.edu.ar /

Dirección: Dr. Horacio O. Pracilio

Coordinación Periodística: Lic. Jorge P. Asuaje

Diseño y diagramación: Paula Romero (DCV)



INDICE

EDITORIAL

- "30 años de educación médica centrada en la comunidad". H. Pracilio. 4
- Acto y Seminario del 30º Aniversario 6

DE "SALUD, MEDICINA Y SOCIEDAD" A "SALUD Y MEDICINA COMUNITARIA"

10

BASES PEDAGÓGICAS

1. "La educación médica centrada en la comunidad". (Alconada J., Pracilio H.) 15
2. "Las promesas de las ciencias sociales para cambiar la formación médica" (Dalto S.) 28
3. "El trabajo de campo como estrategia pedagógica de integración" (Bessuejols G, Bordagaray O., Cabrera M., Cambareri C., Domancich N., Flores S., Zozaya P., Radosinsky A.) 34
4. "La formación del docente universitario en el siglo XXI" (Cabrera M., Radosinsky A.) 36
5. "El aprendizaje basado en competencias en la formación del Médico General" (Ana Bo) 42

EXPERIENCIAS EN LA COMUNIDAD

1. "Caminemos juntos: proyecto de Intervención en la emergencia post inundación" (Fallosca V.) 45
2. La Cátedra en los Jardines de Infantes. (Alconada Magliano J.P., Fryd D.) 48
3. "Construyendo otra salud". Experiencia del trabajo territorial con alumnos de PFO en Los Hornos (Bo Ana) 50
4. Ecología Humana y Promoción de la Salud (Cambareri Cecilia) 51

CONFERENCIAS DE DOCENTES INVITADOS

1. "El Humanismo Médico". Conferencia del Dr. Pedro Laín Entralgo (España), en el aula magna, el 17 de junio de 1985. 53
2. "Los valores en el campo de la salud". (Conferencia del Dr. Prebst sobre la enseñanza de los valores en medicina, en 2009) 61
3. "Nuevos paradigmas en nuevos escenarios docentes: formación integral de futuros profesionales de la salud". (Conferencia de Josefina Quintero Fleites, Cuba, 2013). 64

PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

1. "Un encuentro entre culturas: Primer Encuentro de Salud y Medicina de los Pueblos Indígenas", Toay, La Pampa, mayo 1994 (Asuaje J.) 66
2. "Análisis Situacional de Salud de Comunidades Toba – Qom", en Pampa del Indio y General San Martín, Chaco (Domancich N., Rodríguez Monti C.) 69

TESTIMONIOS	
1. Ensenada y la Cátedra de Salud. (<i>Omar Resa</i>)	72
2. Hay un camino más largo... pero es el único. (<i>Jorge Pastor Asuaje</i>)	74
3. "Sigo aprendiendo con los alumnos". (<i>Eduardo Pablo Martínez</i>)	76
4. Un granito de arena a la salud comunitaria. (<i>Mariana Cabrera</i>)	77
5. Un Trabajo de Campo "casi ideal". (<i>Jorge Agueda</i>)	79
ESTUDIOS DE INVESTIGACION	
1. "Estudio Epidemiológico de los Accidentes de Tránsito en La Plata" (<i>Marín G.</i>)	81
2. "Evaluación de intervenciones escolares de promoción del consumo de frutas y verduras en provincias de argentina" (<i>Virgolini M., Fallocca V.</i>)	84
3. "Uso abusivo de tecnologías digitales y su relación con conductas de riesgo y factores protectores en estudiantes de nivel medio de la Ciudad de La Plata". (<i>Fallocca V., Virgolini M.</i>)	86
PROYECTOS DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA	
1. "Adolescencia y trinchera psico-social en el siglo XXI", (<i>Fallocca V., Virgolini M.</i>)	88
2. "El desafío de prevenir la violencia", (<i>Radosinsky A, Sanchez A.</i>)	90
3. "La Plaza de la Salud", La Plata. (<i>Pracilio H, Zelayeta A.</i>)	92
PROGRAMAS	95
ENCUESTAS A ALUMNOS	107
RECONOCIMIENTO	110
EQUIPO DOCENTE (2015-2016)	111
PUBLICACIONES DE LA CÁTEDRA	114

30 años de educación médica centrada en la comunidad

Horacio Oscar Pracilio

Médico Sanitarista. Profesor
Titular de Salud y Medicina
Comunitaria. FCM-UNLP.



El retorno de la democracia a nuestro país, a principios de la década de los 80, no solo significó una recuperación del sustento político y jurídico del Estado, que devolvió la vigencia de los derechos humanos, sociales y políticos a los argentinos, sino que también permitió iniciar un nuevo proceso de democratización de las instituciones básicas de la sociedad y el Estado. Así, la Universidad argentina fue de las primeras en iniciar un proceso de normalización institucional para retornar al modelo de gestión participativa impuesto por la Reforma Universitaria de 1918.- Al mismo tiempo, se comenzó el debate sobre los necesarios cambios curriculares de las carreras de grado, para adecuar la formación de los profesionales a las verdaderas necesidades de la comunidad.

La Universidad Nacional de La Plata fue entonces el escenario privilegiado de los debates por el rol de la Universidad pública en la recuperación democrática, y la Facultad de Ciencias Médicas no fue entonces una excepción a la búsqueda de una transformación del modelo curricular vigente, para orientar la educación médica hacia la formación de médicos comprometidos con la realidad social y el cuidado integral de la salud

individual y colectiva. Fue así que por decisión del Consejo Académico Normalizador, la Comisión Curricular y el Decano Normalizador, se crea una materia propedéutica con contenido humanístico y social, denominada "Salud, Medicina y Sociedad", que diera inicio a un cambio curricular orientado a la formación de un médico general para la atención primaria de la salud.

Como correspondía a los nuevos aires democráticos, todos los cargos fueron asignados por concurso de antecedentes y oposición, y tuve el honor de ser elegido Profesor Titular entre seis postulantes, algunos de amplia trayectoria sanitaria, por un jurado integrado por profesores, alumnos y graduados comprometidos con la necesidad de un cambio curricular. A ellos debo agradecerles la oportunidad que me dieron de contribuir al comienzo de un largo camino hacia la transformación curricular desde un modelo biomédico basado en la atención médica de la enfermedad, a un modelo bio-psico-social orientado al cuidado primordial de la salud.

Sin embargo, el esperado cambio curricular general que permitiera la incorporación de este modelo a lo largo de toda la carrera de medicina, nunca se llegó a concretar a lo largo de estos treinta años, a pesar de algunos intentos en base a las recomendaciones de las entidades científicas y de educación médica, organismos internacionales y nacionales de educación y salud pública, así como la CONEAU. El principal motivo ha sido la resistencia del mismo claustro docente, mayoritariamente formado por docentes de las materias biomédicas y clínicas. Nunca más precisa la sentencia del epidemiólogo norteamericano Kerr White al respecto: "Cambiar el currículo de una Facultad de Medicina es tan difícil como trasladar un cementerio, porque los de adentro no colaboran".

*A pesar de las limitaciones curriculares, la Cátedra de Salud, Medicina y Sociedad, y en los últimos años Salud y Medicina Comunitaria, fue desarrollando su actividad docente según el modelo pedagógico de la **educación centrada en la comunidad**, propuesto en 1987 por la OMS a partir de numerosas experiencias de escuelas de medicina de todo el mundo, cuyos fundamentos se desarrollan en esta publicación, acompañado de algunas reflexiones conceptuales y experiencias más recientes de nuestra Cátedra, relatadas por distintos integrantes del plantel docente actual. Se incluyen también algunas conferencias magistrales de invitados especiales vinculadas con la temática y filosofía de la Cátedra, resúmenes de trabajos de investigación y extensión universitaria realizados o en marcha, y la crónica de algunos eventos importantes organizados por la Cátedra, como el último Seminario de Promoción de la Salud con motivo de los 30 años.*

Como lo expresé en el Aula Magna en el acto del aniversario, debo agradecer en primer lugar a quienes decidieron la creación de esta Cátedra, el Consejo Académico Normalizador y al Decano Prof. Dr. Oscar Giacomantone, y luego a todos los docentes que han integrado la Cátedra a lo largo de todos estos años, algunos de ellos fallecidos, cuyos nombres se incluyen en esta publicación. A los Profesores Adjuntos, Jefes de Trabajos Prácticos y Ayudantes Diplomados que me han acompañado durante este largo período, algunos de los cuales desde el comienzo, como Mario Virgolini y Alicia Radosinsky. Una Cátedra universitaria es fundamentalmente un proyecto pedagógico colectivo, que requiere de un trabajo en equipo y de la renovación generacional para mantener y transmitir en cada actividad docente, en nuestro caso a los futuros médicos, la vocación de servicio a la comunidad que debe prevalecer en los profesionales del siglo XXI.

Finalmente, mi especial agradecimiento a la Universidad Nacional de La Plata, la institución madre que nos cobija, por el apoyo para esta publicación y a los proyectos de extensión universitaria, lo que fortalece nuestro orgullo de pertenecer a una de las universidades más prestigiosas de America Latina.



El Dr. Horacio Pracilio en el Acto del 30° Aniversario.

Acto y Seminario del 30º Aniversario

La actividad académica principal de la celebración del trigésimo aniversario de la Cátedra fue el Sexto Seminario de Promoción de la Salud, que se realizó entre el 9 y el 11 de abril de 2015 en la facultad, auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud y con la participación del Ministerio de Salud de la Nación y del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Fue en el marco de la Maestría en Salud Pública, curso de postgrado dictado por el Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud (INUS), certificado por el Departamento de Posgrado de la Facultad de Cien-

cias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata y acreditado por la CONEAU. La Maestría en Salud Pública se inició en 2003 y lleva ya seis ciclos bianuales habiendo formado ya más de doscientos profesionales de distintas disciplinas y de distintos países. Se trata de una actividad orientada por los nuevos enfoques de la administración estratégica y en base al concepto de la denominada “nueva salud pública”, que reconoce la necesidad de la articulación intersectorial y la participación social en la búsqueda de la equidad y la producción social de la salud.



En esta ocasión el seminario adquirió una dimensión muy especial, ya que contó con la presencia de representantes de organismos municipales, provinciales, nacionales e internacionales y con invitados especiales de reconocida trayectoria. Su participación se dio en paneles de expertos, en conferencias, en mesas redondas, en una mesa de debate, en un teatro foro y en una teleconferencia internacional desde Medellín, Colombia.

Las actividades se desarrollaron en el Aula Magna y en el Anfiteatro I (Prieto Díaz) del edificio principal de la facultad y el Auditorio del Hospital Universitario Integrado. En este último lugar se cerró la conmemoración con un almuerzo el último día en el buffet.

El panel inaugural desarrolló el tema La promoción de la salud como paradigma sanitario, y estuvo a cargo del Doctor José María Paganini, Profesor Extraordinario y Director del Centro INUS.

Ese mismo día, por la tarde, en el Aula Magna, con posterioridad al Acto Académico, se desarrolló la Mesa Redonda sobre el tema Políticas públicas de Promoción de la Salud, coordinada por la Doctora Adriana Moiso, Profesora Titular de la Cátedra de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP; tomaron parte el Doctor Sergio Del Prete, Subsecretario de Políticas de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, y el Odontólogo Omar Resa, Secretario de Salud de la Municipalidad de Ensenada y Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra.

Paralelamente a la misma en el Anfiteatro Prieto Díaz, coordinada por la Doctora Diana Fryd, Jefa de Trabajos Prácticos de la Cátedra, se realizó la presentación de trabajos de campo de alumnos de grado y postgrado de la Cátedra, de Salud Pública del ESCS_UNICEN, del Postgrado de Salud Social y Comunitaria del INUS, y de Odontología Preventiva y Social de la Facultad de Odontología de la UNLP.

La jornada finalizó con el panel de expertos en Promoción de la salud sexual y reproductiva, que coordinó la Doctora Liliana Romero, docente de la Cátedra, y con la participación del Doctor Orlando Forestieri, Profesor Titular de Ginecología de la Facultad; el Doctor Eduardo D'Agostino, Profesor Adjunto de Bioética de la UCALP y de la Licenciada Marisa Matía, Jefa del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

El día siguiente comenzó con la Mesa Redonda sobre

Promoción de la salud mental y familiar, coordinada por la Psicóloga Mariana Cabrera. En ese espacio fue presentado el Teatro Foro, integrado por Roberto Manuele, Consuelo Machicote, Pablo Negri y María Laura Vicente. Luego la Psicóloga Alicia Radosinsky, Profesora Adjunta de la Cátedra, y el Doctor Saulo Ciocchini, Profesor Adjunto de la Escuela Superior de Ciencias de la Salud de la UNICEN, protagonizaron una Mesa Debate cuyo tema fue El desafío de prevenir la violencia.

Esa misma mañana se presentó el Panel de Expertos en La construcción de entornos urbanos y viales sostenibles, que contó con la presencia de un representante de la Subsecretaría de Transporte de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, del Licenciado Felipe Rodríguez Laguens, Director de la Administración Nacional de Seguridad Vial, y del Licenciado Rodolfo Domnanovich, docente de la cátedra de Planificación Territorial de la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la UNLP.

En horas de la tarde se concretó la teleconferencia con el Doctor Juan Eduardo Guerrero Espinel, docente de la Universidad de Antioquia, de Medellín, Colombia, quien desde su ciudad expuso sobre Los desafíos de la Nueva Salud Pública.

Finalizó la jornada con la Mesa Redonda de Promoción de la Salud a nivel municipal y local, coordinada por el Doctor Aldo Madeo, con la intervención del Doctor Luis Croveto, Director Provincial de Atención Primaria del Ministerio de



El Dr. Oscar Giacomantone en el Acto del 30° Aniversario.

Salud de la Provincia de Buenos Aires; el Doctor Sergio Lazo, Profesor Titular de Odontología Preventiva y Social de la UNLP, y del Doctor Alfredo Henen, Secretario de Salud y Medicina Social de la Municipalidad de La Plata.

El último día tuvo como primera actividad la Mesa Redonda de Alimentación Saludable, coordinada por el Doctor Adrián Zelayeta, docente de la Cátedra. Fueron sus invitados la Nutricionista Agustina Malpeli, docente del Instituto de Investigaciones Pediátricas del Hospital de Niños de La Plata; la Odontóloga Claudia Andrea Méndes, docente de Odontología Preventiva y Social de la UNLP; el Doctor Marcelo Tavella, Profesor Adjunto de la Escuela Superior de Ciencias de la Salud de la UNICEN, y el Licenciado Mario Barrera, Docente de la UTN e Investigador de la UNICEN.

El seminario se cerró con una exposición sobre Prácticas corporales en entornos saludables, llevada a cabo por el Profesor Mario Valentín Mamonde, docente de Educación Física IV de la UNLP, y por el profesor Cristian Jorgensen, Director de Deportes y Recreación de la Municipalidad de La Plata.

Acto académico por el Aniversario

El día de la apertura se realizó también el Acto Académico, que fue presidido por el Doctor Leopoldo Acuña, Jefe del Departamento de Ciencias Humanísticas de la Facultad, junto al titular de la Cátedra, Doctor Horacio Oscar Pracilio. Estuvieron presentes profesores titulares y adjuntos de diversas cátedras de Medicina; docentes de las subseces de Olavarría, Mar del Plata y La Pampa de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria; docentes y alumnos de la Cátedra y de la Facultad y colaboradores docentes de centros de salud de distintos municipios de la Provincia de Buenos Aires.

Tras las intervenciones de los doctores Acuña y Pracilio hizo uso de la palabra el Doctor Oscar Giacomantone, quien fuera Decano Normalizador de la Facultad luego de la Dictadura Militar, entre los años 1984 y 1987, durante cuyo mandato se aprobó la creación de la Cátedra. Tras recordar las vicisitudes sufridas en ocasión de la anterior interrupción del orden democrático en 1966, cuando fue uno de los pocos que cumplió con el compromiso que habían asumido en una asamblea, de renunciar masivamente como forma de protesta, el doctor Giacomantone se refirió al proceso

de creación de la Cátedra. En ese sentido se preocupó por aclarar que se trató de una decisión colectiva del Consejo Académico de ese momento, el año 1984, y no de un mérito exclusivamente suyo. Y explicó además los fundamentos por los cuales dicho consejo decidió crear una cátedra con las características de la que nacería con la denominación de Salud, Medicina y Sociedad el 8 de abril de 1985, para convertirse en la actual Salud y Medicina Comunitaria.

Tras esa alocución se realizó la entrega de distinciones a los docentes que cumplieron 30, 25 y 20 años en la Cátedra. Finalmente, se realizó la entrega de certificados a profesionales de distintas disciplinas de Centros de Salud municipales, que se desempeñaron en el año 2014 como colaboradores docentes ad honorem de esta Facultad de Ciencias Médicas, realizando la tutoría de los alumnos que realizan prácticas en los Centros de Salud del Módulo de Medicina General, Familiar y Comunitaria en la Práctica Final Obligatoria.



VI Seminario de Promoción de la Salud de la Maestría en Salud Pública
En el 30º Aniversario de la Cát. de Salud y Medicina Comunitaria

9 al 11 de abril 2015
Facultad de Ciencias Médicas | UNLP, Avenida 60 y 120, La Plata

Temas centrales
La promoción de la salud como paradigma sanitario.
Políticas públicas de promoción de la salud.
Ciudades, municipios y comunidades saludables.
La construcción de entornos urbanos y viales sustentables.
Alimentación saludable.
Actividad física para la salud.
Promoción de la salud mental y familiar.
Promoción de la salud sexual y reproductiva.

Organizan
Centro INUS y Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria Facultad de Ciencias Médicas | UNLP.

Colaboran
Dirección Provincial de Atención Primaria de la Salud, Ministerio de Salud de la Prov. de Bs. As.
Secretaría de Salud y Medicina Social, Municipalidad de La Plata.
Instituto Nacional de Epidemiología "Juan H. Jara", Mar del Plata.
Comisión de Investigaciones Científicas de la Prov. de Bs. As.
Cátedras de la Facultad de Ciencias Médicas | UNLP.

Destinatarios
Participantes de la Maestría 2014/15 y anteriores.
Participantes del Posgrado de Salud Social y Comunitaria.
Profesionales y técnicos de todas las disciplinas que integran el equipo de salud.
Directivos políticos y de organizaciones sociales de nivel provincial y municipal.
Funcionarios de instituciones públicas, privadas y comunitarias vinculadas con la salud, el ambiente y la calidad de vida.
Docentes y alumnos universitarios de carreras de Cs. de la salud.

Arancel: \$ 150 (incluye certificado y CD con material bibliográfico actualizado)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS | UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

De salud, medicina y sociedad a salud y medicina comunitaria

En 1984, con el retorno de la democracia y en el marco de la normalización universitaria, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata decide la creación de la Cátedra de "SALUD, MEDICINA Y SOCIEDAD" como un principio de reforma curricular orientada a la formación de un *médico general* para la atención primaria de la salud. Se trató de una experiencia pionera en la Argentina en cuanto a la incorporación de las ciencias sociales en los primeros años de la carrera de Medicina, que luego se extiende a otras facultades del país, tendiente a formar médicos con una visión humanística, un enfoque integral de la salud y una práctica profesional con base ética y compromiso social.

Por decisión del Consejo Académico y el Decano Normalizador, Prof. Dr. Oscar Giacomantone, y aunque se trataba de una materia propedéutica experimental, todos los cargos de la nueva Cátedra fueron asignados por concurso de antecedentes y oposición, designándose en el cargo de Profesor Titular al médico sanitarista Horacio O. Pracilio, y como Profe-

sores Asociados a la médica sanitarista Dra. Myrtha Escudero, en el área de Epidemiología, al Lic. en Antropología Mario Virgolini en el área de Antropología, al médico psiquiatra Dr. Luis Dapino en Introducción al Método Científico, al médico psiquiatra Dr. Alberto Bertoldi en Deontología Médica y al Dr. Herbert Chappa, médico psiquiatra en Introducción a la Psicología Médica, cada uno acompañado con un equipo de Auxiliares Docentes. El 8 de abril de 1985 se inicia el primer curso para un grupo de más de tres mil alumnos ingresantes a la carrera de medicina, y a pesar de las dificultades iniciales derivadas del gran número de alumnos, el curso fue evaluado con resultado positivo a juicio del Consejo Académico Normalizador, que decide la continuidad a partir del año 1986, aunque con ciertos cambios tendientes a la integración de objetivos y contenidos programáticos, lo que deriva en una reducción del plantel docente.

En 1987, por Resolución del Consejo Académico N° 206/87, se elimina la condición de propedéutica, se divide en dos



Acto inaugural del II Congreso Argentino de Medicina Familiar, co-organizado por la Cátedra en la Facultad (1986).

módulos cuatrimestrales y la materia es incorporada oficialmente en el Plan de Estudios de la Carrera de Medicina como asignatura regular de primero y segundo año. De este modo, se logra un comienzo de continuidad curricular de los contenidos humanísticos y sociales a lo largo de la carrera, propósito que motiva la creación del Departamento “El hombre y su medio”, que comienza a funcionar en 1988 integrado por las Cátedras de “Salud, Medicina y Sociedad”, “Higiene, Medicina Preventiva y Social”, “Medicina Legal y Toxicología”, “Humanidades Médicas” y “Psicología Médica”.

En 1991 se logra iniciar un proceso de integración docente-asistencial con Centros de Salud del primer nivel de atención de algunos municipios de la provincia de Buenos Aires, incorporando a sus profesionales como colaboradores docentes de la Cátedra, apoyando la labor de los mismos en el desarrollo de actividades de promoción y protección de la salud, y brindando a los alumnos una formación basada en el contacto con la realidad social y sanitaria y la efectiva práctica en terreno.

Desde entonces, durante el mes de agosto de cada año se organizó la “Semana de la Salud Comunitaria”, en la cual los alumnos que cursaron la materia presentan a sus pares que la inician, los Trabajos de Campo realizados en los distintos municipios, todos vinculados a tareas de diagnóstico sanitario, promoción y protección de la salud comunitaria.

Por esta experiencia de integración docente asistencial, en 1995 la Cátedra fue beneficiaria del subsidio de la Univer-

sidad Nacional de La Plata correspondiente a la Facultad de Ciencias Médicas de los Proyectos de Extensión Universitaria, que fue destinado a la capacitación de los profesionales de los Centros de Salud que participaban como colaboradores docentes, para fortalecer las actividades de atención primaria en los mismos. Así, entre 1996 y 1997 se desarrolló un Curso de “Evaluación y promoción de la salud comunitaria”, de 100 horas de duración, que contó con la participación de más de cincuenta profesionales de distintas disciplinas que se desempeñan en establecimientos del primer nivel de los municipios de La Plata, Berisso, Ensenada, Florencio Varela y Quilmes. Con el mismo propósito, en 1996 se concretó la firma de tres convenios de cooperación técnica e integración docente-asistencial para el desarrollo de acciones de acciones de promoción y protección de salud, con los municipios de La Plata, Berisso y Ensenada.

En 1998 se crea en la Facultad de Ciencias Médicas el *Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud (INUS)*, bajo la dirección del Dr. José María Paganini, que reúne para actividades de investigación, extensión y posgrado a las Cátedras del área social que para entonces integran el nuevo Departamento de Ciencias Sociales. Los Profesores Titulares de dichas Cátedras integran el Comité de Conducción, y gran parte de los docentes de Salud, Medicina y Sociedad participan activamente en los proyectos de posgrado como la Maestría en Salud Pública, el Posgrado de Salud Social y Comunitaria, el Programa de Educación Continua en Medicina General Familiar (MGF21), y también de asesoría y extensión universitaria como el Proyecto SIMBEL para Berisso, Ensenada y La Plata, con el apoyo de la Fundación W.K.Kellogg, reconocido por la OPS como el primer proyecto para el desarrollo de Municipios Saludables en la Argentina.

En 2000 la Facultad se somete al proceso de acreditación por parte de la Comisión Nacional de Acreditación y Evaluación Universitaria (CONEAU), la cual en su informe respecto al Plan de Estudios y Formación, señala la “necesidad de reforzar los contenidos y acciones de atención primaria de la salud”, así como de lograr una “mayor participación de los alumnos en actividades prácticas, en especial en los primeros años, referidos al tema de atención primaria de la salud, con concurrencia a hospitales de diferente complejidad y Centros de Salud”, destacando en tres partes del informe la tarea de la Cátedra de Salud, Medicina y Sociedad en tal sentido.



Los Profesores Dr. Pracilio y Lic. Virgolini en los primeros años de la Cátedra.

En 2001, en el marco del Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS), el Ministerio de Salud de la Nación decide apoyar 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. Con tal motivo, la Facultad firma un acuerdo por el cual se compromete a incorporar, en el marco de la reforma curricular en marcha, módulos de Atención Primaria de la Salud, con el fin de fortalecer la formación del estudiante para la APS y la salud de la familia. El Decano de la Facultad encomienda dicha tarea al Centro INUS y designa al Profesor Titular de Salud, Medicina y Sociedad para coordinarla, quién elabora una propuesta curricular con eje en la creación de áreas de integración a lo largo de toda la carrera, utilizando las modernas metodologías pedagógicas del aprendizaje basado en problemas y la educación centrada en la comunidad. Sin embargo, esta propuesta no es incorporada por la Comisión Curricular en el nuevo Plan de Estudios, que comienza a regir a partir del año 2004. El nuevo Plan reduce a cinco años la duración de la carrera de medicina, con un año de Práctica Final Obligatoria, y la materia Salud, Medicina y Sociedad pasa a denominarse “*Salud y Medicina Comunitaria*”, pero con una reducción del 40 % de su carga horaria, por lo cual algunos contenidos pasan a desarrollarse en dos materias optativas a cargo de la Cátedra: “*Ecología Humana y Promoción de la Salud*”, en 2° año, y “*Salud Ambiental*” en 3° año.

En 2008, por Resolución 09/2008 del Consejo Académico: *Salud y Medicina Comunitaria I* pasa a dictarse en el tercer año de la carrera, en un curso cuatrimestral, y se dispone que los contenidos de *Salud y Medicina Comunitaria II* se deberán dictar en la Práctica Final Obligatoria, como parte de un nuevo módulo denominado “*Consultorio Externo Periférico*”, cuyo dictado se encomienda a la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria. Por sus contenidos teóricos y prácticos, la Cátedra propone que este Módulo sea denominado como “*Medicina General, Familiar y Comunitaria*”, el cual comienza a dictarse en 2009. Desde entonces, todos los alumnos que cursan las prácticas de la PFO en distintos hospitales, cursan este Módulo de MGFC con la supervisión de docentes de la Cátedra, en general médicos generalistas, realizando las prácticas en distintos CAPS de La Plata, Berisso, Ensenada, Florencio Varela, Berazategui, Magdalena y

Mar del Plata, con la tutoría de colaboradores docentes de los mismos.

La Cátedra en el posgrado:

Desde 1991 la Cátedra de Salud, Medicina y Sociedad realiza actividad de posgrado en Salud Pública y Administración de Salud, sobre la base de una experiencia de diez años del Profesor Titular y otros docentes en la organización de Cursos de posgrado de Administración de Salud en varios ámbitos institucionales: el Departamento de Salud Pública de la Escuela Superior de Sanidad de la Provincia de Buenos Aires, el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, y la Organización Panamericana de la Salud. Estos Cursos tienen una marcada orientación al desarrollo de la estrategia de atención primaria y los sistemas locales de salud.

Uno de los primeros cursos desarrollados por la Cátedra fue el Curso de Planificación Local de Salud, de 250 horas, destinado a la capacitación de recursos humanos que administran sistemas de salud a nivel de Regiones Sanitarias, Municipios y Áreas programáticas de establecimientos asistenciales, que durante los tres ciclos lectivos desarrollados con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, se formaron recursos que ocupan niveles de conducción estratégica de distintos Municipios de esa Provincia y muchos profesionales que luego se sumaron a participar como docentes o colaboradores de la Cátedra en el pregrado.

En 1993, este Curso se dictó además en la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos, en colaboración con el Ministerio de Salud y Acción Social de esa Provincia y la asistencia de profesionales del interior provincial. En ese mismo año se dictó el Curso de Administración de Salud, enfocado a la administración de sistemas locales de salud, en Viedma, Provincia de Río Negro, en coordinación con la Fundación Proyecto Sur de esa Provincia, curso que en 1994 se dictó también en el Hospital San Felipe de San Nicolás de los Arroyos, Provincia de Buenos Aires, y entre 1996 y 1998 se realizaron tres cursos nuevamente en la Provincia de Entre Ríos, dos en la ciudad de Paraná y uno en Concordia.

En 1995 la Cátedra inició, conjuntamente con el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires (Distrito I), y con

el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, el Curso de Especialización en Salud Pública y Administración de Sistemas Locales de Salud, de dos años de duración, que culminó en diciembre de 1996, otorgando el título de especialista en Salud Pública del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires.

A partir de 1997, con la creación del Centro INUS, la actividad de posgrado se fortalece con la participación de las cuatro Cátedras del área social y en el marco de proyectos de extensión universitaria con financiamiento internacional. Así, como parte del Proyecto *‘Enseñanza y practica de una nueva salud pública para la promoción de la salud en el municipio’*, denominado Proyecto SIMBEL (Salud Integral Municipal para Berisso, Ensenada y La Plata), con el apoyo de la Fundación W.K.Kellogg, se desarrollan en 1998 y 1999 dos Cursos destinados a la capacitación de funcionarios municipales y líderes comunitarios locales en la nueva salud pública: Gerencia Municipal para la Salud y Planificación Local de Salud, orientados a impulsar la estrategia de promoción de salud y el desarrollo de Municipios Saludables en esos distritos bonaerenses. Como parte del mismo proyecto, en 2000 se dictan otros tres cursos: Comunicación Social en Salud, Gestión de Proyectos Locales y Participación Social. El equipo docente de la Cátedra de Salud, Medicina y Sociedad asume un rol fundamental en la dirección, coordinación y docencia de estos cursos así como del proyecto en general.

También a través del Centro INUS, pero por iniciativa de la Cátedra de Salud, Medicina y Sociedad, la Facultad convocó en 1996 a las dos entidades científicas de la especialidad, la *Federación Argentina de Medicina General y el Equipo de Salud*, y la *Asociación Argentina de Medicina Familiar*, para cooperar en el desarrollo de un programa de formación de posgrado en Medicina General Familiar, que culminara con la creación de la Carrera de Especialización. Con tal propósito, con la colaboración de varias Cátedras de la Facultad y diversas entidades profesionales locales, el Centro INUS comenzó a desarrollar un Curso de Introducción a la Medicina General Familiar, que entre 1998 y 2002 fue dictado en cinco ciudades de la Provincia de Buenos Aires, en San Luis, Santa Rosa (La Pampa) y Paraná (Provincia de Entre Ríos).

Con este importante antecedente, y a partir de una iniciativa de la Residencia de Medicina General Familiar del

Hospital “Ricardo Gutiérrez” de la ciudad de La Plata, el equipo docente de la Cátedra propone al Centro INUS un *PROGRAMA DE EDUCACION MEDICA A DISTANCIA EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR*, denominado “MGF21”. Este Programa se desarrolla en acuerdo con la Federación Argentina de Medicina General y el Equipo de Salud (FAMG), y con dos instituciones extranjeras: el Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara, de Cuba, y la Sociedad Valenciana de Medicina General y Comunitaria, de España, pertenecientes a los dos países de habla hispana con mejor desarrollo de la atención primaria. El Programa MGF21 fue desarrollado entre 2001 y 2005 en las Provincias de Santa Fé, La Pampa, San Luis, Entre Ríos, Río Negro y Buenos Aires, capacitando a más de 700 profesionales que se desempeñan como médicos generales en ciudades y pueblos del interior del país.

En 2003 comienza a desarrollarse, a través del Centro INUS, una Maestría en Salud Pública en base a una propuesta pedagógica elaborada por el Dr. Pracilio para la Organización Panamericana de la Salud sobre Administración Estratégica de los Sistemas Locales de Salud, bajo la dirección del Dr. José María Paganini. Con el aporte de todas las Cátedras integrantes del INUS, la Maestría se organiza en base a tres orientaciones, una de las cuales queda bajo la dirección del Dr. Paganini, otra a cargo del Dr. Horacio L. Barragán, Profesor Titular de Salud Pública, y la dirección de *la Maestría en Salud Pública con orientación en Sistemas Municipales de Salud*, queda a cargo del Dr. Horacio Pracilio, con el apoyo de gran parte del equipo docente de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria.

A partir de 2005, la Facultad de Ciencias Médicas firma un convenio con el Ministerio de Salud de la Nación para el dictado del Posgrado en Salud Social y Comunitaria, en el marco del Programa de Médicos Comunitarios orientado al fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud en todo el país. La UNLP se hace cargo de esta capacitación en las provincias de La Pampa, Río Negro, Santa Cruz y varios municipios de la Provincia de Buenos Aires, a través del Centro INUS. La Dirección del Posgrado es asignada a los Profesores Titulares de las Cátedras de Salud Pública y Salud y Medicina Comunitaria, y por su formación específica en el tema la mayor parte de los coordinadores en las distintas sedes del posgrado es encomendada a docentes de Salud y Medicina Comunitaria. El Dr. Pracilio asume directamente la dirección de la quinta

y sexta cohorte, y a partir de la octava cohorte la misma queda a cargo de la Profesora Adjunta Psic. Alicia Radosinsky.

Dentro de la Maestría en Salud Pública, la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria se hizo cargo además de un curso optativo, el Seminario de Promoción de la Salud, desarrollado cada dos años en forma intensiva en la ciudad de Mar del Plata, en base a un convenio con el Instituto Nacional de Epidemiología (INE). Pero al igual que el primero en el año 2004, el VI Seminario se realizó nuevamente en La Plata en abril de 2015, con motivo del 30° Aniversario de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria.

La investigación y la extensión universitaria

Las actividades de educación centrada en la comunidad, representadas por los Trabajos de Campo que realizan los alumnos de la Cátedra en diversos contextos e instituciones comunitarias, bajo la supervisión de los docentes, con la metodología de la planificación estratégica participativa, constituyen en general trabajos de investigación cualitativa a escala local, sobre análisis de la situación de salud de algún grupo comunitario. Por otra parte, varios integrantes del equipo docente han dirigido o participado en diversos estudios de investigación social, epidemiológica, pedagógica o de intervenciones en promoción de la salud, algunos de los cuales se presentan resumidos en esta publicación.

Sin embargo, la principal fortaleza de la Cátedra ha sido la extensión universitaria, con numerosos proyectos acreditados y subsidiados por la Universidad Nacional de La Plata en sus convocatorias anuales, como también otros reconocidos y financiados en el marco de programas del Ministerio de Salud de la Nación, de la Organización Panamericana de la Salud y otras instituciones. Además del mencionado proyecto SIMBEL, financiado por la Fundación W.K.Kellogg, orientado al desarrollo de municipios saludables en Berisso, Ensenada y La Plata, la Cátedra ha presentado y ejecutado en los últimos años varios proyectos de extensión en

conjunto con otras Unidades Académicas de la UNLP, sobre diversas problemáticas y en distintos ámbitos comunitarios. Algunos de los proyectos más recientes y en ejecución, relacionados en general con actividades de promoción de la salud, también se presentan resumidos en esta publicación.

A lo largo de sus treinta años de existencia como espacio académico en la Facultad de Ciencias Médicas, la Cátedra ha organizado o participado en la organización de varios eventos vinculados con la salud pública o comunitaria. Entre ellos, merecen destacarse los siguientes: en primer lugar, la organización del *II Congreso Argentino de Medicina Familiar*, realizado en nuestra Facultad de Ciencias Médicas en octubre de 1986; el *Primer Encuentro de Salud y Medicina de los Pueblos Indígenas*, en la localidad de Toay, Provincia de La Pampa, en mayo de 1994, del cual se informa en esta publicación; un *Seminario Taller sobre Educación Médica Centrada en la Comunidad*, en octubre de 2010, en conmemoración de los 25 años de la Cátedra, y seis *Seminarios de Promoción de la Salud* de la Maestría en Salud Pública, el último de los cuales se realizó entre el 9 y 11 de abril de 2015 en el marco del 30 Aniversario de la Cátedra, que también se incluye en esta publicación.



Alumnos y docentes de la Maestría en Salud Pública (2015).

“La educación médica centrada en la comunidad”

Juan P. Alconada Magliano

Médico Pediatra. Ayudante Diplomado de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP.

Horacio O. Pracilio

Médico Sanitarista. Profesor Titular de Salud y Medicina Comunitaria. FCM-UNLP.

Introducción

La formación de los recursos humanos adecuados para responder a las necesidades de salud de la comunidad, representa una cuestión central en el desarrollo sanitario de un país, a fin de formar los profesionales necesarios para darle sustento al modelo sanitario definido en el contexto de una política de salud. 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 pueda satisfacer las necesidades de la comunidad en materia de salud.

La adecuación de la formación de grado en medicina 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 Flexner¹ 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 medicina, 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 formación de los médicos 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 argentinos².

En el año 1988, en la ciudad de Edimburgo, se llevó a cabo la primera Conferencia Mundial de Educación Médica³, 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.

1 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.

2 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*.

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

En el documento conjunto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional de Médicos de Familia (WONCA) denominado *"Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia"* se plantean los desafíos actuales para los sistemas de atención de salud, la práctica y la educación médica, entre los cuales cabe mencionar los siguientes:

- "La práctica médica se ha orientado en forma creciente a la enfermedad, se ha centrado en órganos y sistemas, está basada en hospitales y se ha desconectado de los servicios públicos de salud. La sobre-especialización de los médicos ha fragmentado, y creado barreras adicionales, a la provisión de servicios esenciales a individuos en el contexto de sus comunidades".
- "Aunque los sistemas de salud necesitan médicos entrenados para afrontar una amplia gama de necesidades de salud de la comunidad, los estudiantes de medicina son formados generalmente en el estrecho marco de la especialización basada en hospitales y en el manejo de problemas de pacientes totalmente irrepresentativos de los de la comunidad en general".
- "La educación médica debe responder a las necesidades de la gente a nivel individual, comunitario y nacional, mediante la formación de un número suficiente de médicos capaces de brindar atención médica equitativa, apropiada, calificada y costo-efectiva. La escuela de medicina debe contribuir a la formación de un sistema de atención de salud socialmente responsable".

En la Cumbre Mundial sobre Educación Médica de 1993 se concluyó que forma parte de la función de los médicos promover la salud, prevenir la enfermedad y transformarse en asesores de las comunidades y proveedores de atención primaria. En esa misma dirección apunta la propuesta de la Organización Mundial de la Salud en la cual se impulsa a las Facultades de Medicina a que organicen programas de estudios que comprometan a los docentes y a los estudiantes con una educación médica "centrada en la comunidad"⁴.

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

Asimismo, la Cumbre Mundial de Decanos y Expertos en Salud y Educación Médica, realizada en Buenos Aires del 3 al 7 de septiembre de 1996, ratificó entre sus consensos la necesidad de producir en todas las escuelas de medicina los cambios curriculares para formar médicos especialmente aptos para la atención primaria de la salud.

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"⁵; iniciativa vinculada a "La Declaración de Bolonia", que promueve la armonización de la Educación Superior en Europa⁶. 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^{7,8}.

En la ciudad de Tulsa, Oklahoma (USA), en mayo de 2012, durante la conferencia denominada: *"Beyond Flexner: Social Mission 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 trabajar en función de los determinantes sociales de la salud y señalando que "la misión de la Educación Mé-

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

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

7 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.

8 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.

dica 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 medibles⁹.

Aunque algunas de las mencionadas 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 nuestro país.

A nivel nacional, se puede destacar como antecedente el establecimiento, a través de una ley nacional, de los principios de la salud a enseñar, en el año 1960¹⁰. 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 2007¹¹. 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.

En 2007, la Resolución 1314/07 del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología establece los contenidos curriculares básicos para las carreras de medicina, en base a los estándares propuestos por la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina (AFACIMERA), necesarios para la acreditación de las carreras de las universidades públicas y privadas, tarea que se encomienda a la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CO-NEAU), organismo descentralizado creado por la Ley 24.521 de Educación Superior de 1995. Finalmente, el recientemente creado Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas (FAFEMP), en un documento de abril de

2014, propone la revisión de los estándares de acreditación de las carreras de medicina de la Resolución 1314/07¹².

En 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 AFACIMERA¹³, 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. Entre los principales conceptos de este informe se destacan:

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 Primaria 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,

9 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.

10 Ley n° 115.767, de la Enseñanza de los Principios de la Salud; promulgada el 25 de octubre de 1960.

11 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.

12 FAFEMP. Estándares de acreditación de carreras de medicina de la República Argentina. Documento para la revisión de la Resolución 1314/07 del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. Buenos Aires, abril 2014.

13 Galli A. Situación Actual de la Educación Médica en la República Argentina. Publicación n° 24. OPS/OMS, 1990.

- 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”*

Los nuevos enfoques en la educación médica

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 biomédico y con lo clínico asistencial para la interven-

ción sobre el individuo enfermo, en detrimento de las ciencias socio-médicas y las prácticas de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y las intervenciones a nivel comunitario. Esto da como resultado una 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 Menéndez¹⁴, *“Modelo Médico Hegemónico”*; en el cual la curación y secundariamente la prevención, aparecen como las funciones del médico más frecuentes con las cuales se identifica la práctica médica.

Sin embargo, en la mayoría de los documentos que dan lugar a los fundamentos de las carreras de medicina, 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”*. De tal manera que el discurso formal no se corresponde con el currículo real, entendido como el conjunto de experiencias que el estudiante de medicina atraviesa en su período de formación.

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 social¹⁵.

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

15 *“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”* (Pracilio H.). OPS. La Administración Estratégica. Lineamientos para su desarrollo: Los contenidos educacionales. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington DC: OPS; 1995.

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 medicina. 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, 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.¹⁶

Borrell Bentz¹⁷, Consultora Regional de la OPS/OMS e integrante del Proyecto Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud, propone que el currículo de la carrera de medicina 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"*.

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 pedagógicas 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.

Entre los nuevos enfoques integrales de educación médica se pueden identificar algunas propuestas de enseñanza

y aprendizaje que, de alguna manera, son complementarias y representan una evolución en el sentido de adecuar la formación médica a las necesidades de la comunidad. Ellas son: la *Educación Médica Orientada a la Comunidad (EMOC)*, la *Educación Basada (o Centrada) en la Comunidad (EBC ó ECC)*, y la *Formación en Medicina Orientada a la Atención Primaria de la Salud (FMO-APS)*. Estas estrategias curriculares se complementan en general con métodos de enseñanza-aprendizaje como el *Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)*, y el *Aprendizaje Basado en el Estudiante (ABC)*.

La Educación Médica Orientada a la Comunidad (EMOC), tiene el objetivo de formar profesionales que sean capaces de ejercer en sus comunidades y que puedan manejar efectivamente los problemas de salud a nivel primario, secundario y terciario¹⁸. Esta propuesta parte del cuestionamiento al modelo tradicional de la educación médica, sesgada hacia la cura de individuos en la atención terciaria de la salud, cuyos problemas representan sólo la punta del iceberg de los problemas de salud comunitarios vigentes. Ya el clásico estudio de Kerr White de utilización de servicios de salud, señalaba que la educación médica se centraba en los pacientes hospitalizados en establecimientos de alta complejidad que funcionaban como hospitales-escuela, los cuales representaban el 1 por mil de las personas adultas con necesidades de atención de la salud.

Las principales características de esta estrategia han sido señaladas por Magzoub, Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Gezira, Sudán, en un trabajo realizado en la Universidad de Maastricht¹⁹. La EMOC tiene que ver con el propósito institucional de una Escuela de Medicina, en el sentido de que todo el currículo de la carrera debe estar orientado a que los futuros profesionales puedan responder a las necesidades de salud de una comunidad. Esto debe estar reflejado en los objetivos del Plan de Estudios: los objetivos

16 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.

17 Borrell Bertz RM. ¿Es posible cambiar la Educación Médica? Conferencia brindada en el 1° 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.

18 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.

19 Magzoub, Mohi Eldin, Studies in Community-based Education: Programme implementation and student assessment at the Faculty of Medicine, University of Gezira, Sudan. Maastricht, 1994.

de aprendizaje, las competencias a alcanzar y los contenidos se relacionan con los problemas prioritarios de salud de la comunidad. Los ámbitos de enseñanza-aprendizaje son variados, las aulas tradicionales, aulas de pequeños grupos, los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención, la comunidad y sus instituciones. En general, la EMOC se asocia con la Educación centrada en la comunidad, que se analiza más adelante, donde se utiliza la comunidad como el principal entorno de aprendizaje, pero no siempre es así, aunque los programas están orientados al estudio de los problemas prevalentes de la comunidad, en algunos casos los alumnos permanecen en las aulas de la universidad.

La Educación Basada en la Comunidad (EBC) es una propuesta pedagógica 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. Consiste en actividades educativas que utilizan la comunidad ampliamente como un entorno de aprendizaje en el que no sólo estudiantes, sino también profesores, profesionales de los servicios de salud, miembros de la comunidad, y representantes de otros sectores participan activamente en toda la experiencia educativa. El equipo de salud no interviene sobre la comunidad en forma externa, sino que forma parte de la misma. Esta estrategia se fundamenta en que la identificación de necesidades en una comunidad proveen las bases necesarias para proponer los objetivos de aprendizaje y los contenidos de los programas de educación para los profesionales de la salud. Entre las principales características de esta propuesta, se destacan las siguientes: contribuye a solucionar la inequidad en salud, produciendo recursos humanos con un perfil adecuado para tal fin, refuerza el proceso de aprendizaje, 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.

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

Esta propuesta, definida también por la OMS como **Educación Centrada en la Comunidad (ECC)**²⁰, constituye entonces una aplicación concreta de la metodología de la “problematización” a la formación del médico, ya que reconoce que la misma debe partir de la identificación de los problemas y necesidades *reales* de una determinada comunidad, a fin que la respuesta preventiva y asistencial sea lo más adecuada a las características sociales, epidemiológicas y culturales de la misma. Un programa de aprendizaje centrado en la comunidad tiene lugar dentro de una comunidad, o en uno de diversos contextos de servicios de salud en los niveles primario o secundario de atención, y comprende: a) la asignación a una o más familias para el cuidado de su salud durante un determinado período; b) el trabajo en una comunidad urbana, suburbana o rural concebido de modo tal que el estudiante pueda llegar a entender, por un lado, la relación del sector de la salud con otros sectores dedicados al desarrollo de la comunidad y, con el sistema social; c) la participación en una encuesta de la comunidad o en un plan de diagnóstico y acción orientado hacia la comunidad, por ejemplo, de inmunización, de educación sanitaria del público, de nutrición o de atención de la niñez; d) el trabajo supervisado en un establecimiento de atención primaria, por ejemplo, un centro de salud, un dispensario o un hospital de atención secundaria, rural o de distrito.

Resulta necesario aclarar que la educación basada en la comunidad no es sinónimo de medicina comunitaria, aunque los Departamentos de salud pública pueden jugar un papel clave en la implementación. La Educación Centrada en la comunidad debe ser responsabilidad de toda la escuela de medicina, y preferentemente también de otras instituciones fuera de la escuela por ejemplo, los servicios de salud, el gobierno, otras facultades, etc. La responsabilidad compartida asegura el compromiso del personal, los estudiantes y las instituciones colaboradoras, y además, es una garantía hacia la sostenibilidad del programa. La participación comunitaria mediante la planificación participativa de los programas de salud y formativos debe ser su rasgo principal.

Por último, para la implementación de un plan o reforma curricular en base a los enfoques de la EMOC, la EBC ó ECC, la Organización Mundial de la Salud señala ciertos requisitos muy importantes a tener en cuenta:

1. Debe existir un plan claramente estructurado donde las actividades de los estudiantes deberán estar relacionadas con los propósitos y objetivos educativos y con las competencias a alcanzar y los contenidos nucleares a desarrollar.
2. Las actividades en y con la comunidad deberán ser introducidas desde el principio de la experiencia educativa.
3. Estas actividades deberán continuar a lo largo de todo el programa educativo.
4. Estas actividades no deberán ser vistas o consideradas como actividades periféricas o secundarias en importancia o casuales, sino como una parte integral, integrada y continua del proceso educativo.
5. El trabajo de los estudiantes durante su formación y entrenamiento deberá ser “trabajo real” claramente relacionado con su perfil profesional como médico.
6. Los estudiantes deberán ser expuestos completamente al ambiente social y cultural y de este modo entender los elementos importantes de la vida en la comunidad y la relación de estos elementos como los modos, condiciones y estilos de vida, con los factores y actividades relacionadas con la salud.
7. Exposición temprana de los estudiantes al trabajo realizado por los servicios de salud haciéndose parte integrante del Equipo de Salud.
8. El programa deberá exponer al estudiante a los diferentes escenarios y situaciones que tengan pertinencia en el desarrollo de la salud o en el daño de ella por su exposición.
9. El programa deberá proveer experiencias en las diferentes metodologías de investigación.
10. El programa deberá proveer experiencias para evaluar la accesibilidad, articulación, calidad y adecuación de los servicios de salud.
11. El programa deberá brindar oportunidades para desarrollar habilidades epidemiológicas desde una perspectiva social, de manera tal que le permita relacionar las enfermedades con los aspectos socioculturales, identificar grupos de riesgo, planificar el uso de los recursos de forma costo-efectiva.

El **Aprendizaje Centrado en el Estudiante (ACE)** es un enfoque pedagógico acorde con los métodos mencionados

anteriormente, especialmente apto para la educación de adultos, y por lo tanto particularmente útil en la formación profesional del médico. A diferencia del método tradicional de transmisión del conocimiento del docente al estudiante, que representa un modelo paternalista con más en la enseñanza que en el aprendizaje, el ACE promueve que el estudiante aprenda a aprender, a buscar la información y a cotejarla con la realidad, a criticarla. El docente juega el papel fundamental como facilitador y como apoyo en la comprensión de los conceptos, apuntando al entendimiento más que al uso excesivo de la memoria. Asociado con el método de Aprendizaje Basado en Problemas, permite al estudiante adquirir herramientas de aprendizaje para que sea un estudiante de por vida, ya que la ciencia está constantemente entregando nuevas informaciones que modifican los enfoques de promoción, protección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud, así como de los métodos de intervención y gestión sanitaria.

El **Aprendizaje Basado en Problemas** (ABP, o PBL (problem based learning), es un método desarrollado paralelamente por las Universidades de Maastrich (Holanda) y Mc Master (Canadá), con algunas diferencias instrumentales en la aplicación del método. Es un sistema flexible de aprendizaje que permite, según los antecedentes y el nivel de responsabilidad que los alumnos han ido tomando, centrar la atención en las necesidades educacionales del estudiante. A medida que se va profundizando en el manejo mismo de problemas, las necesidades de aprendizaje son cada vez más próximas a las que se requieren para resolver el problema, es decir, para la realidad de la práctica profesional. Ya sea con la técnica de los **siete pasos** del modelo de Maastrich, o del **salto triple** de Mc Master, en todos los casos la metodología se basa en la formulación e identificación de un problema (real o simulado), la búsqueda de información para explicar el problema, y el análisis creativo para la propuesta de solución en base a la explicación más adecuada.

Tamblyn y cols.²¹, han publicado un estudio de cohorte histórica comparativa, que comparó a dos grupos de profe-

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

sionales médicos (en total 751): en una rama, la formación de los estudiantes fue basada en el *Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)* y *Orientado a la Comunidad (EMOC)*, 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.

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 población²². La iniciativa FMO-APS, 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

22 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 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.

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.

La formación en salud pública y comunitaria

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 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 que generará beneficios concretos para los pacientes y la comunidad.

La incorporación de contenidos de Ciencias Sociales y Salud Pública en la formación de los médicos tiene un doble propósito a partir del reconocimiento de la necesidad de resolver la crisis paradigmática a favor del fortalecimiento del nuevo modelo de atención: por una parte promover en los estudiantes su compromiso con el nuevo paradigma de la salud, y por otra contribuir a la progresiva transformación de los servicios de salud hacia el nuevo modelo, reconociendo que *“los cambios en los sistemas sociales se realizan a partir de la transformación de los sujetos que los componen, y la educación es el mecanismo para lograrlo”* (Davini, 1990).

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 que las herramientas de la salud pública deben ser una parte esencial de la educación médica. Tener conciencia de la historia y de la naturaleza cambiante de los servicios de atención médica 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.

Para la enseñanza de la salud pública, es recomendable una combinación de diferentes métodos didácticos, 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. 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. Además, se hace imprescindible una adecuada articulación entre el sistema educativo y el sistema de salud.

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 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.

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 útiles²³. 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. Aunque se han realizado diferentes modificaciones e innovaciones curriculares, 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. Los cambios curriculares han incluido la introducción de contenidos sobre promoción y prevención en las asignaturas ya 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.^{24, 25, 26}

23 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.

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

En relación a la enseñanza de la salud pública o comunitaria 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 y 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.

Conclusiones

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.

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.

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

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

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

con las 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 psicológicos²⁹. 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 formación³⁰. Sin embargo, esta formación básica del egresado con una clara orientación hacia la medicina general, no debe confundirse con la necesaria formación de posgrado del médico generalista, de familia o familiar comunitario, que con diversas denominaciones en los distintos países del mundo, es reconocida ya como una nueva especialidad de la Medicina, con residencias y programas de formación de posgrado similar al resto de las especialidades.

Las disciplinas sociales o sociomédicas intentan complementar la formación teórico-práctica de los estudiantes de medicina, aportando una visión integral de la atención de la salud, contextualizando el acto profesional en el marco de la realidad social de los pacientes, la comunidad, el servicio y el sistema de salud, pero finalmente apunta a promover en el profesional el compromiso con la salud de la población, así como con la calidad y la gestión de los servicios de salud.

Sin embargo, los aportes conceptuales y metodológicos de las disciplinas sociomédicas no podrían cumplir con el propósito de transformar los modelos de práctica profesional si no fueran acompañados de los nuevos enfoques pedagógicos mencionados anteriormente. En las experiencias curriculares de educación centrada en la comunidad, a partir de los aportes de las disciplinas sociales y humanísticas como la Antropología, se encuentra el germen del nuevo modelo, biopsicosocial o antropológico, de la salud. Con

la Epidemiología, disciplina básica de la salud pública, se realiza la aplicación de la metodología científica al análisis de problemas de salud de la población, perfeccionando las habilidades en el uso de las herramientas estadísticas, de registro y procesamiento de información útiles no solo para la elaboración de trabajos en el campo sanitario sino en cualquier área o disciplina profesional.

El eje metodológico se nutre de la concepción de la pedagogía de la problematización, a fin de incorporar los problemas de la realidad en la enseñanza en base a los instrumentos de análisis socio-epidemiológico, de planificación estratégica, intervención sanitaria y gestión de servicios de salud. Por otra parte, considerando el carácter fundamentalmente formativo de las disciplinas sociales, el método de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) constituye el instrumento pedagógico para la reflexión y adquisición de los fundamentos teórico-conceptuales necesarios para el análisis bioético, socioantropológico y político de la realidad sanitaria.

Este es el desafío que tienen las Ciencias Sociales en la educación médica, a fin de contribuir con el propósito de formar profesionales con la mejor calidad científica, pero también humana y socialmente responsable, para que la atención de la salud en nuestros hospitales, centros de salud y en todos los servicios públicos y privados sea representativa de la verdadera concepción de la moderna medicina, entendida actualmente no solo como la atención de la enfermedad, sino como la institución social y la profesión dedicada a aplicar el conocimiento de diversas disciplinas científicas, biomédicas y sociomédicas, al cuidado integral de la salud de las personas y la comunidad. Como lo expresó el Profesor Pedro Laín Entralgo en 1985 en la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, en ocasión de recibir el título de Profesor Honoris Causa: *"La Medicina, además de ser humana y humanitaria, sabe dar razón científica de esta doble condición"*³¹.

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

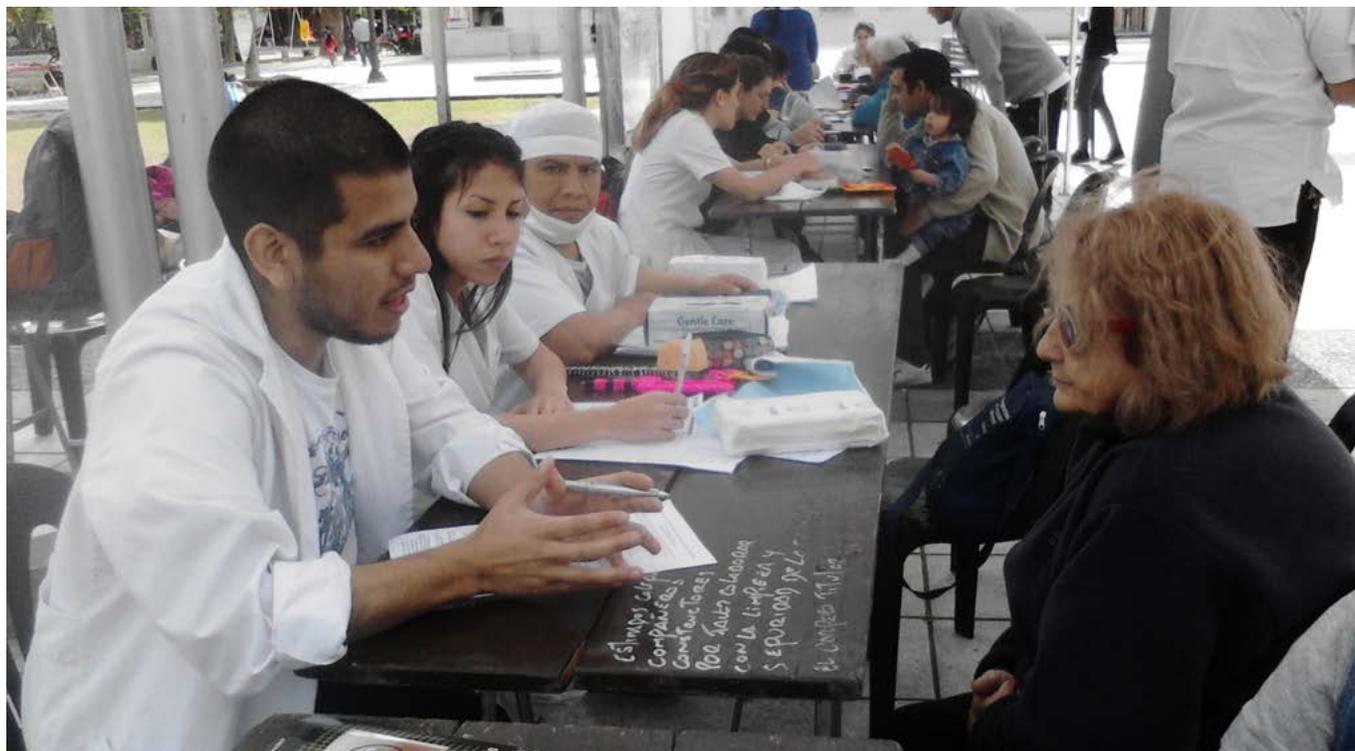
30 OPS. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de la Salud. Op. Cit.

31 Laín Entralgo P.: "El Humanismo Médico". Publicación especial de la Secretaría de Extensión Cultural y Difusión de la Universidad Nacional de La Plata, La Plata, 1985. Documento reproducido en esta de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria, 2015.-

Bibliografía

1. Coscarelli M R. "Currículum, Universidad y Sociedad". Revista de la Universidad 2007; 34:45-54.
2. De Alba Alicia. "Currículum: crisis, mitos y perspectivas. Bs.As: Ed. Miño y Dávila; 1995.
3. Ley Nacional de Educación Superior N° 24.521. Publicada: 10 de agosto de 1995 (Boletín Oficial Nro. 28.204).
4. 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.
5. Menéndez Eduardo L. "Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud". Cuadernos Médicos Sociales N° 33, Rosario, 1985.
6. OMS. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
7. 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.
8. Virgolini M. Modelos Médicos y Alternativos de Atención de la Salud. Cátedra de Salud, Medicina y Sociedad, Facultad de Cs. Médica – UNLP; 2001.
9. 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.
10. 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/>.
11. Galli A. Situación Actual de la Educación Médica en la República Argentina. Publicación n° 24. OPS/OMS, 1990.
12. 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/>.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. World Federation for Medical Education. The Edinburgh Declaration. Med Educ 1988; 22:481.
18. XVI Conferencia Panamericana de Educación Médica. Autoevaluación y acreditación en tiempos de cambio. Educ Med 2003; 6(Supl 1): S7-27.
19. Álvaro Franco G. Tendencias y Teorías en Salud Pública. Rev Fac Nac Salud Pública 2006; 24 (2):119-30.
20. 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.
21. Cravioto A. La Enseñanza de la Salud Pública en la Formación del Médico. Salud Pública de México 1995; 37 (5):383-4.

22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. OMS. La educación del personal de salud centrada en la comunidad. Serie de Informes Técnicos 746. Ginebra: OMS; 1987.
26. OPS. La Administración Estratégica. Lineamientos para su desarrollo: Los contenidos educacionales. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington DC: OPS; 1995.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. Shortell SM, Swartzberg J. The Physician as Public Health Professional in the 21st Century. *JAMA* 2008; 300(24):2916-18.
32. The Network: Towards Unity for Health. Position Paper on Problem-Based Learning. *Education for Health* 2003; 16 (1):98-113.



Las promesas de las ciencias sociales para cambiar la formación médica

Santiago R. Dalto

Magister en Sociología, Profesor Adjunto de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP.

Palabras que me dijeron en otros tiempos las oigo hoy:
Vivir es el mejor aprendizaje y la mejor de las docencias.
Por eso es necesario que nos dejen vivir. Y, por sobre ello, honrar la vida.

En ella uno aprende a conocer a la gente. Una de las funciones del docente es conocer a los alumnos y comprenderlos.

No es su función pedirles que se suban a un taburete, ni inculcarles normas o intentar convencerlos de algo, sólo comprometerse a ayudarles a crecer.

Se debe elegir el difícil camino de una responsabilidad compartida y preferir entregar con humildad el servicio a un considerable grupo de personas, que a trechos puede equivocarse, pero que camina sin desmayos avanzando cada día, para enfrentarse tanto a los anacrónicos recalcitrantes como a los engreídos impacientes.

Entendemos que los deberes docentes deben extenderse más allá de las aulas, para ayudar a miles de hombres y mujeres que aún no han aprendido a leer ni a aprender, que todavía no saben escribir ni escribirnos, a que se establezcan en el terreno de la dignidad, sin la cual no es posible ser hombres integrales.

Es necesario conseguir junto a los alumnos ese mundo fantástico en que la fuerza no sea la razón, encontrar en ellos lo que se puede percibir entre muchos docentes: una razón escondida en cada gesto, para que no pierdan siempre los mismos; los estudiantes, los pobres, los enfermos, los ancianos, los discapacitados.

Las promesas científicas y sociales

El rápido cambio que se vino produciendo en la morbilidad; crónicas por agudas, creciente incapacidad, aparición de nuevas enfermedades, resurgimiento de pestes olvidadas, incurabilidad de algunas de ellas, reclaman la urgencia de hacer converger a las ciencias sociales con la medicina.

Ya en el Siglo XXI, y mientras en nuestro país seguimos debatiendo acerca de la inserción de las ciencias sociales en la medicina, en los países del primer mundo, más del 10% de sus científicos se dedican solamente a la sociología de la salud.

Nuestro objetivo es valorizar las ciencias sociales en la medicina. Me pregunto: ¿qué razón escondida habrá detrás de este gesto de escribir esto hoy?

Ser docente es brindarse y comprometerse, con aquellos únicos a los que un docente se debe: sus alumnos. Cada día debe ser una prueba, ante sí mismo, los estudiantes y la sociedad.

Por eso, pese a las dilaciones más fatigosas y a las desilusiones más penosas que nos puedan aquejar, intentamos dar la mejor clase, transmitiendo sentimientos, actitudes, valores de la medicina, más que conocimientos.

Por eso la actividad docente tiene algo de magia; ella es la forma con la que el hombre intenta apoderarse de la naturaleza, del animal o, finalmente, atraer a los demás hombres.

Los cambios científicos son más veloces que los culturales. Por ello, no es casual que hoy la gente se pregunte por la persis-

tencia de enfermedades crónicas, de altos costos sociales y económicos para controlarlas, y el regreso de pestes del pasado.

Precisamente estas enfermedades dependen más del modo y las condiciones de vida de la gente, de sus costumbres, de la sociedad que de las ciencias.

En resumen: las determinantes sociales, culturales, económicas, políticas, legales y demográficas que delimitan una forma particular de vivir y morir en las sociedades actuales y, probablemente en las futuras, tienen el más alto valor explicativo de la prevalencia de enfermedades.

También es relevante medir con exactitud, el impacto que el crecimiento cuanti y cualitativo de la oferta de recursos, sobre todo médicos y tecnológicos, han tenido en la salud de la población. La hipótesis a comprobar podría expresarse así: el explosivo ingreso de la medicina en el mercado no elevó, proporcionalmente, los niveles de salud y bienestar de la gente.

La certeza que poseían algunos economicistas que intentando asimilar los procesos fabriles a los servicios de salud, en el sentido de que a más recursos y más procesos, mejores resultados, no pudo confirmarse. Por ahora se sabe, que los mejores niveles de salud, se hallan más vinculados a los más altos niveles de vida, medidos en educación, alimentación, ingresos, vivienda, condiciones del ambiente y modos del comportamiento, que al consumo de atención médica.

Aquí, quizá es necesario aclarar que hoy, precisamente, no son los médicos los que se benefician de esta modalidad de financiar entre todos la salud. En la puja distributiva por mejores ingresos, los médicos están transitando un proceso rápido y al parecer irreversible, de proletarización devenido, en parte de su número que aumenta a un porcentual superior al de la población general (5 en relación al 2%), lo que incrementa más rápidamente la oferta que la demanda y, en parte, por la creciente incapacidad de la población para pagar mayor número de prestaciones, más complejas y caras.

Entre las prestaciones, los medicamentos y las tecnologías diagnósticas, y entre los prestadores, las grandes empresas, que producen y comercializan servicios, son los que mayores réditos extraen hoy en día del proceso salud enfermedad.

Es imprescindible entonces, desde las ciencias sociales, aportar al estudio del mercado de trabajo médico y explicar la tendencia que conduce a estos profesionales a ser intermediarios entre estas verdaderas industrias de servi-

cios y los pacientes; e investigar cómo el oficio médico se ve progresivamente desbordado en su libertad clásica, para depender cada vez más de instrumentos de diagnóstico, de tratamiento y de nuevas formas de organización social como hospitales, clínicas, universidades.

Estas instituciones sociales requieren nuevos modos de gerenciarlas, de instrumentos idóneos y contenidos renovados que las ciencias sociales pueden ofrecer, para interpretarlas e instalarlas en los tiempos que corren.

Las ciencias sociales pueden contribuir a explicar los cambios que la medicina ha aparejado entre los que ejercen su profesión. La creciente especialización, es más evidente en ella que en ningún otro campo. Algunas se basan en partes o funciones del cuerpo (cardiología), otras en enfermedades específicas (diabetes), otras en una clase especial de enfermos (pediatría), otras por las técnicas que aplican (cirugía plástica).

Con la especialización actual y las nuevas tendencias que se perfilan, las ciencias sociales pueden aportar a partir del estudio de la trama de relaciones informales derivadas del continuo pasaje del enfermo por los distintos servicios. Posiblemente la perspectiva se oriente en dirección a una atención más personalizada, de menores costos económicos y sociales para los pacientes, que incorpore definitivamente la idea de una medicina integral.

Para los estudiantes, la Facultad es un agente de socialización, pues representa el contexto en el cual se corre la carrera de ser médico. No sólo se incorporan conocimientos y experiencias, sino también actitudes y valores de la profesión, y probablemente, sean éstos los más importantes de aprehender.

A esta función social, también pueden aportar las ciencias sociales. Por ejemplo, verificando aquella hipótesis sociológica que conjetura respecto a la vacilación de los estudiantes que eligieron esta carrera por razones humanitarias, a diferencia de aquellos que lo hicieron por sus aspectos científicos, que suelen ser más firmes en su aprendizaje.

El perfil de los ingresantes a la Facultad, su permanencia y desarrollo en el sistema y la calidad técnica y humana de los egresados son aportes que también pueden hacerse desde este espacio.

La difusión de oportunidades a los estudiantes y recién egresados es otra de las misiones que desde aquí se pue-

de realizar. Es necesario insistir que todavía existen muchas áreas inexploradas en la propia medicina. Especialidades críticas y que si abrimos un debate franco y de amplia mira, hay lugar para muchos. Así habrá estudiantes con más inclinación por las ciencias básicas, otros por las aplicadas, unos con más orientación biológica y otros social.

Unos con más vocación por la investigación, otros por la docencia. Algunos por la atención primaria, otros la especializada. Unos más científicos, otros más humanistas. Todos ellos son necesarios e importantes.

Si promovemos a las personas y creemos en sus capacidades para aprender, y les ayudamos a crecer no nos preguntaremos más qué mundo le dejaremos a nuestros hijos, para asegurarnos los hijos que le dejaremos al mundo.

También será importante hacer un balance que dimensione si el esfuerzo que venimos realizando durante estos años para capacitarnos y administrar sistemas y servicios de salud, ha tenido el impacto esperado en los mismos, estudiando las formas alternativas de redistribuir el conocimiento adquirido.

En tal sentido, el cambio de currícula debe realizarse con el aporte de todas las disciplinas que pueden contribuir a mejorar el nivel de salud de la población, porque los que gestamos esta propuesta estamos tan convencidos como Bachelard, cuando dice: "debemos construir un nuevo conocimiento, transdisciplinario. Y esa construcción debemos hacerla entre todos. Porque, mientras el objeto sea exterior a los sabios, cada ciencia habrá de ser simplemente un enfoque y nunca habrá forma de desempatarlas, porque para ello ser necesario elevarse a un nivel superior y no existe ninguna superciencia".

Esa construcción debemos realizarla entre todas las ciencias que forman el amplio complejo de las llamadas ciencias médicas, entre las cuales, obviamente están las ciencias sociales.

Ciencias Sociales y Salud

Hay que alejarse del órgano y volver al hombre. Esta es la exigencia que plantea la nueva medicina.

Hoy, todavía, algunos profesionales y muchos estudiantes se preguntan para qué ciencias sociales en la medicina. Las ciencias sociales estudian al hombre y por tanto estas

materias les ayudarán a diferenciar a la medicina humana de la veterinaria.

La medicina es la ciencia y arte de prevenir y curar las enfermedades humanas. En su sentido más amplio, la medicina no es más que un campo o región de la sociedad.

Tres principios fundamentales, de actualidad absoluta justifican la inserción de las ciencias sociales en la medicina:

1. La salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad, no sólo a los médicos.
2. Las condiciones sociales y económicas tienen importante efecto en la salud y en la enfermedad, y esas relaciones deben estar sujetas a investigación científica.
3. Las medidas para combatir las enfermedades deben ser tanto sociales como médicas.

Es más, los cambios que reduzcan los niveles de enfermedad parecen depender más de los avances que se produzcan en las ciencias y condiciones sociales que en las naturales. Del poder explicativo y predictivo que aquellas posean para dar cuenta del comportamiento y de las actitudes de las personas ante el enfermar. De las formas alternativas de resolver los problemas que enfrentan para vivir. Del peso que están dispuestas a cargar las poblaciones para sobrevivir en un mundo cada vez mas deteriorado en su ambiente natural y social.

Para hoy inscribir a las ciencias sociales en plenitud, probablemente debamos realizar mayores esfuerzos que aquellos que hicieron los investigadores de la anatomía, histología y fisiología, en su tiempo, para producir el nacimiento de la medicina científica. La euforia de este alumbramiento, probablemente no les permitió visualizar con claridad que subyacente a las causas observables en laboratorios se encontraba la fuerte causalidad social en la determinación del enfermar y morir. Como lo señala Hanlon: "mientras la etiología de una enfermedad era incierta, se tuvieron en cuenta como causas posibles las condiciones sociales, pero a medida que las explicaciones se fueron encontrando en virus y bacterias, "lo social", fue reduciendo su importancia y aquellas condiciones quedaron relegadas."

Hoy las cosas están cambiando. Las enfermedades, una forma particular de rotular las desviaciones, cambian con el tiempo y el devenir de las sociedades. De algún modo, podemos decir que la forma de designarlas y de tratarlas es

una moda social. Muchas de aquellas que produjeron miedos y estigma en grandes grupos sociales del pasado, hoy pueden pasar inadvertidas, algunas que se presumía erradicadas resurgen, y otras nuevas

aparecen. Merece estudiarse qué raros procesos interactúan para producir nuevas enfermedades cuando se está por vencer el flagelo de otras anteriores, en una secuencia sin fin: tuberculosis, cáncer, SIDA, es importante investigar si es casual que la mayoría de ellas tengan un fuerte contenido social tanto en su etiología, como en las formas de sobrellevarlas.

Hoy se sabe que los estilos de vida y formas de comportamiento son tan importantes para reducir su incidencia y/o prevalencia como la misma atención médica. Con ello, intentamos revertir la tendencia a reparar el aparato de una medicina con lazos de parentesco más fuertes con la mecánica, que con las ciencias sociales, enfocando, desde ellas, una imagen integral del hombre en sociedad.

Si bien hoy sabemos que no es natural el verse libre de enfermedad, angustias, miedos, muerte, tampoco lo es privarse de luchar contra estos males. Se oye lejana la frase que promueve el completo estado de salud física, psíquica y social, cuando uno tiene frente a sí a niños que todavía mueren por causas evitables, adolescentes que pretenden evadirse a otros mundos, adultos que padecen sufrimientos olvidables, y ancianos que esperan, más tiempo y en instituciones totales, su muerte. Resulta difícil decirlo: pero las distintas generaciones sufren la existencia, y la padecen en nombre de una ciencia que nos ha convertido en dependientes de grandes organizaciones, que no manejamos, y nos prometen mejorar la calidad de vida.

Esa calidad de vida donde no encontraremos, seguramente, a jubilados parados frente a los bancos, o sentados en los otros bancos intercambiando dolencias, mujeres esperando cama para tener sus hijos, hombres trabajando en condiciones insalubres, jóvenes estudiantes sentados en los umbrales de las Facultades, esperando para resguardarse en ellas, niños que van a la escuela para aprender a comer; una demografía social patética, que algunos podrían llamar como a la persona: enferma.

También es cierto que los científicos sociales tenemos una gran responsabilidad en transformar muchas de estas cosas. Quizá no hemos hecho lo suficiente. Nos debemos

una revisión de algunas concepciones del pasado, que siguen teniendo vigencia en algunos autores: tomando prestados términos de la medicina, clasifican a las sociedades en sanas o enfermas, graves, en crisis terminales, a las que se dice, es necesario extirpar algo, operar sin anestesia, cicatrizar sus heridas; en general aplicarles prácticas más cercanas a la cirugía que a la clínica.

La historia social de la medicina demuestra que esto se puede transformar. Desde siempre, el hombre trató sus enfermedades, fue resolviendo los problemas que el medio ambiente natural y social le provocaba, apelando a diferentes alternativas. La cultura fue almacenando esos conocimientos en la memoria colectiva, y los transmitió a las generaciones siguientes.

Las formas de aprendizaje de la enfermedad, de reconocerlas, de evaluar a qué medicina concurrir, el uso de servicios y la continuidad de la atención son estudios que las ciencias sociales pueden y deben realizar y ofrecerlos para mejorar la calidad de atención.

Otra razón importante para integrarse a este proyecto es que consideramos necesario que nos juntemos para analizar los marcos prospectivos en los cuales se desarrollan los sistemas de salud y seguridad social en los próximos años. Es visible que en estos tiempos los cambios se están produciendo a un ritmo vertiginoso, no sólo en nuestro país, sino en el mundo. Cuando los Estados, están en la mira y, aún, en la crítica, de los ciudadanos, para reducirlos, hacerlos más eficientes, se nos dice que es un deber ineludible de aquellos asegurar la salud de toda la población. ¿Cómo lo haremos? ¿Qué metodologías emplearemos para establecer prioridades? ¿Qué marcos éticos utilizaremos para cumplir con ambas finalidades?

Cuando los principios declarados de la seguridad social: solidaridad, cobertura universal, equidad, integralidad y calidad, se internalizan en la población, es cuando parece más necesario verificar su cumplimiento.

Parece contradictorio, ingenuo o al menos muy lejano, que en un medio de violencias, hambre, soledad, marginaciones y enfermedades, se proclame el derecho al completo estado de bienestar físico, psíquico y social.

Nuestra preocupación no surge tanto de las normas, sino de la realidad. De lo que le ocurre a la gente. Es necesario proclamar menos y fijarse metas posibles de alcanzar; com-

promisos cumplibles, evaluables y creíbles para la población. Ir haciendo aproximaciones sucesivas a los principios fundamentales de la salud y la seguridad social.

Es imprescindible desarrollar programas que reduzcan el riesgo de incrementar los problemas sociales, ante la evidencia de una distancia excesiva entre las expectativas de la población y la realidad que los circunda. Esta metodología que parte de la microsociología probablemente sea más útil para evitar que las leyes, resoluciones, disposiciones sean letra escrita, que pocos entendidos pueden entender y, en algunos casos, las estudien para ubicar resquicios donde instalar sus propios intereses, más que los del bien común.

Economía

En este marco, será posible también estudiar la fuerte vinculación entre economía y medicina. Explicar y difundir cómo los distintos modos de producción, las formas de transporte y comercialización y la pertenencia de esos medios establecieron, históricamente, las formas de enfermar y morir, diferencial entre los grupos sociales.

Hoy, la medicina se encuentra con la economía en otro punto. No sólo ahora puede reproducir esa fuerza de trabajo, sino también producir riqueza directa. Ello ha llevado progresivamente a la profesión médica a desempeñar un relevante papel económico, delimitado por un particular sistema social.

Se institucionaliza así una relación preexistente entre medicina y macroeconomía. La enfermedad, y hasta la salud, juegan como variables de ajuste. La seguridad social, cuya aspiración fue el asegurar las mismas posibilidades de recibir atención médica y, con ello, reducir las desigualdades en los ingresos, tampoco pudo escapar a las duras reglas del mercado. Por el contrario, en general, las reforzó: el hecho esperado, que la seguridad social realizara las transferencias sociales positivas hacia los más pobres, no se cumple. La tasa de uso de servicios de salud sigue estando en relación directa a los niveles más altos de estratificación social y, con ello, la seguridad social suma un impuesto indirecto más a los más pobres. Su retracción al uso de servicios de atención médica, por incapacidad de pago directo, al momento de la consulta o de sus derivados, hace que los grupos más débiles financien el consumo, en ocasiones abusivo, de los más fuertes.

La medicalización de problemas sociales

El fenómeno de la medicalización, por el cual los problemas sociales pasan al campo de la medicina hizo, durante largo tiempo, que casi todos los fenómenos de la vida social y diaria de las personas, ingresen en terreno médico. Una de las razones de su status deriva de su excesiva intervención en los dos acontecimientos más importantes del hombre: el nacer y el morir.

Aquella transferencia de responsabilidades de un campo social a otro, no hizo más que reflejar, a su tiempo, la imposibilidad de los grupos primarios de contener los problemas. Hoy, el cambio de las enfermedades, la necesidad que tienen las personas de aprender a convivir con ellas por mucho tiempo y la incurabilidad de algunas, conducen a la gente a medicinas alternativas o bien a refugiarse en sus propias creencias para sobrellevarlas, hechos que merecen una particular intervención de las ciencias sociales para estudiar este proceso desmedicalizador.

La gente duda, cada vez con mayor frecuencia y razón, que la medicina pueda resolverle muchos de sus problemas, que en muchos casos son prioritarios respecto de su salud: hambre, falta de vivienda y abrigo, violencia y marginación, soledad. Posiblemente nunca debió hacerlo, pero solicitó su intervención de momentos que quedó desamparada en una sociedad violenta.

Ante todos estos problemas la gente se siente insegura, enferma, dependiente. Estamos dejando de ser personas para ser individuos, masa, pacientes, clientes, consumidores.

Aun quedan fuertes procesos medicalizantes, sobre los que es necesario hacer docencia: Los medicamentos, consumidos con verdadera adicción por las sociedades modernas: para dormir, para no hacerlo, para estar más activo, para calmarse, para problemas psicósomáticos, etc. señalan claramente la importancia de estudiar las posibles iatrogenias derivadas de las vacilaciones que la población tiene para enfrentar un mundo desconocido, que cambia más rápido que sus posibilidades de percibirlo y comprenderlo.

Algunas propuestas para el cambio

La propuesta que hacemos desde aquí es instalar el escenario, comprometer nuestra actuación responsable e invitar

a todos a participar de este proyecto que intenta no sólo cambiar la historia natural de los acontecimientos, sino también anticiparla.

Será necesario también hacer docencia con los graduados para aumentar el nivel de conciencia respecto a la crisis que atraviesa la seguridad social; la cual, aún admitiendo su permanencia, no puede seguir financiando el sobre consumo de prácticas complejas y caras, por unas minorías privilegiadas, mientras observa el infraconsumo de una mayoría silenciosa, que no llega a los niveles mínimos de uso de servicios, indispensables para preservar su salud.

Para integrar las ciencias sociales en plenitud es necesario asegurar que ellas no pueden permanecer en la educación médica sólo para humanizar la medicina, o ingresar para flexibilizar la currícula, porque así no le adosarán nada más que un barniz a la formación. Deben innovar con nuevas metodologías y técnicas que le otorguen prestigio entre los docentes y alumnos. Renovar sus contenidos en función de los hechos sociales que se están produciendo y que vendrán en las sociedades.

El deslumbramiento por la fusión de materias sociales, por las multidisciplinas, la moda de las ciencias humanas aplicadas a la medicina, encubren la vacilación de un discurso que no nos conforma. Es necesario desarrollar otras estrategias que aseguren inserción real.

Se propone la realización de seminarios conjuntos entre las distintas Cátedras, que le otorguen a las docentes de las áreas sociales una perspectiva más amplia en sus contenidos, y enriquezcan a los estudiantes con una inmersión mayor en la práctica. Por ejemplo, en farmacología, clínica, cirugía, obstetricia y otras, se pueden abordar temas de interés mutuo que desde la perspectiva de las ciencias sociales se pueden resumir en: explicar y predecir comportamientos respecto al uso de medicamentos, al abandono de tratamientos, a miedos y angustias ante problemas terminales, a la elección de profesionales, y establecimientos, y otros.

Resulta preocupante la dualidad pedagógica que se ha establecido entre la Facultad y el Hospital. Entre asistenciales y sanitarios, entre los investigadores, y docentes, entre las materias básicas y especialidades. Entre teoría y práctica.

Es nuestra intención que esta propuesta sea un paso hacia la integración docencia-investigación-servicio.

Al énfasis por los estudios de caso, hay que corresponderle con similar esfuerzo para estudiar fenómenos epidemiológicos, que reviertan la corriente de una medicina individualista. Es preciso incorporar el enfoque del hombre integral que vive en sociedad: que tiene una familia, un trabajo, un estudio, una vivienda, o no los tiene, y que se halla inmerso en una cultura.



“El trabajo de campo como estrategia pedagógica de integración”

Dra. Graciela Bessuejols - Lic. Oscar Bordagaray - Lic. Mariana Cabrera - Lic. Cecilia Cambareri - Lic. Norma Domancich - Dr. Saúl Flores - Lic. Paola Zozaya - Psic. Alicia Radosinsky

Docentes de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria.

El trabajo de Integración o trabajo de campo que los alumnos desarrollan en terreno, constituye un componente integrador fundamental que atraviesa toda la cursada, otorgándole un sentido lógico a la totalidad de las actividades desarrolladas durante la misma.

Consiste en la realización de un análisis situacional destinado a la identificación de los principales problemas de salud y su priorización, con la participación activa de integrantes y representantes de la comunidad. El trabajo culmina con la elaboración y ejecución de un proyecto de intervención de promoción y/o protección específica, destinado a contribuir a la solución del problema priorizado, en claro beneficio tanto para los alumnos como para la comunidad.

Se sostiene en la perspectiva de que la **salud comunitaria** comprende a la salud de la población en general, pero parte de la consideración de que los problemas que aquejan a una comunidad no son de carácter individual sino que residen en las relaciones interpersonales, contextuales y sociales, por lo tanto requiere de enfoques y de métodos de abordaje diferentes.

El abordaje comunitario implica considerar la trama compleja de relaciones interpersonales e intergrupales y de significaciones culturales que rigen sus acciones, los modos de vida, valores, representaciones sociales; implican la promoción y realización de los derechos sociales con la finalidad de transformar las condiciones de vida y existencia de las poblaciones de mayor vulnerabilidad, fortaleciendo la participación y organización social. En este sentido, se promue-

ven los procesos participativos comunitarios para fortalecer el protagonismo ciudadano y generar condiciones de equidad. Al decir de uno de nuestros docentes: *“serán buenos médicos si nunca se olvidan que tratan con seres humanos, por lo que principalmente deben respetar sus derechos y comprometerse en hacerlos cumplir cuando ven que otros no los respetan”*.

El trabajo de integración coloca a los estudiantes en un contacto directo con la comunidad, permitiéndoles conocer y comprender la vida de las personas, las familias y los grupos, las condiciones de vida y su interrelación con los factores determinantes de la salud.

La salud como **producto social**, está condicionada a una determinada visión del bienestar que es propia para cada cultura, y por lo tanto es definida y materializada de manera autónoma por cada sociedad o conjunto social. En tal sentido, las estrategias y estilos de vida son los comportamientos habituales de las personas y las familias frente a sus condiciones de vida, y no a la inversa. Como **producto social**, la salud es el resultado de las relaciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en una determinada sociedad y que generan las condiciones de vida de las poblaciones.¹

1 Pracilio H. et. al: La administración estratégica en los sistemas locales de salud. Los contenidos educacionales. Publicación HSS-SILOS-32, OPS-OMS, Washington DC, 1995.

Esta experiencia en terreno, les permite a los estudiantes, que concurren a los diferentes espacios comunitarios, **apreciar la bondad de un medio que ofrece elementos no presentes en toda su amplitud en el hospital.** Conocer, atender y escuchar a las personas en su propio medio, pasa a completar el espectro de situaciones vividas que un estudiante de medicina debe experimentar durante el pregrado, habitualmente no satisfechas en el medio hospitalario.

Como se ha señalado los ejes: "El análisis situacional de los problemas de salud de un grupo poblacional" y "Las acciones de promoción de la salud con perspectiva comunitaria", apuntan esencialmente a fortalecer el **"rol del médico en la comunidad"**, en concordancia con "El Perfil de Médico General"², elaborado por esta Facultad, con el cual nuestra Cátedra busca contribuir con las siguientes competencias:

- *"El profesional debe estar capacitado en conocimientos, habilidades y actitudes para la protección y promoción de la salud en niños y adultos (prevención primaria)".*
- *"Desde la primera infancia hasta la cuarta edad, en el ciclo vital".*
- *"debe tener una alta solidaridad humana, con la persona y su grupo, así como un fuerte compromiso social con su medio y",*
- *"estar capacitado para gestionar equipos locales de personal de salud con participación comunitaria".*

En general pervive en el imaginario de nuestra facultad, el modelo hegemónico biomédico, centrado en el individuo y la enfermedad más que en la población y en la salud. Particularmente, los estudiantes llegan con una fuerte expectativa en la práctica de la medicina asistencial en el ámbito hospitalario y centrado en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, eventualmente en su prevención. No obstan-

te, el reconocimiento alcanzado por las Ciencias Sociales, ha aportado nueva luz sobre las complejas realidades del hombre y la sociedad, a la vez que han hecho significativa la influencia de los factores socioculturales en el proceso de salud-enfermedad, tornando relevantes los aspectos psicológicos, sociológicos y antropológicos tanto en la teoría como en la práctica médica.

Precisamente, nuestra Cátedra busca colocar el eje *en la práctica profesional centrada en el cuidado de la salud colectiva, desde una perspectiva comunitaria, familiar y de la salud de las personas, con fundamentos científicos, éticos y compromiso social.*

Como señala una integrante de nuestro equipo, a propósito de reflexionar sobre la experiencia en terreno: *"aprendieron que serán buenos médicos si están cerca de la gente, si aprenden y respetan su cultura, si escuchan sus necesidades, si buscan soluciones a sus problemas de salud junto con la misma comunidad, si permiten y respetan sus decisiones a partir de su real participación y sobre todo si se desenvuelven con humildad, sin juzgar, con un vocabulario entendible y no creyendo tener la solución de todo".*

No puede dejar de destacarse la alta motivación que les genera esta propuesta de trabajo, valorada y dimensionada como aporte a su formación. El hecho de que los estudiantes sean jóvenes y de espíritu abierto, facilita enormemente la comunicación con los miembros de la comunidad, cualquiera sea el grupo etario con el que trabajen, pero particularmente con los adolescentes, con quienes se establece una comunicación fluida y un fuerte compromiso, en parte por pertenecer prácticamente a una misma generación y al mismo tiempo, ser admirados como modelos, teniendo en cuenta que se trata de adolescentes pertenecientes a medios socioculturales más vulnerables.

2 FCM. H.C.A. Comisión Curricular. Propuesta 2002.

“La formación del docente universitario en el siglo XXI”¹

Mariana Cabrera

Psicóloga. Ayudante Diplomada de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria.

Alicia Radosinsky

Psicóloga, Profesora Adjunta de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria.

En esta primera parte del trabajo nos interesa abocarnos a consignar y analizar a modo de “estado de arte” o “estado de cuestión” acerca de la relación pedagógica y la experiencia formativa en el ámbito áulico, en nuestro caso como docentes de la Facultad de Ciencias Médicas, en la cátedra de Salud y Medicina Comunitaria.

Algunos interrogantes que nos planteamos en nuestra tarea como docentes estarían vinculados con ciertas cuestiones referidas a: ¿Qué enseñamos los docentes universitarios?, ¿Cómo lo hacemos?, ¿Hacia dónde va orientada la formación del docente? ¿Hacia su formación específica en el área, hacia su formación humana o hacia ambas? ¿En qué contexto desarrollamos nuestra actividad? ¿Qué profesional de la salud queremos formar?

A partir de estos interrogantes trataremos de profundizar acerca de los desafíos para la profesionalización del nuevo docente universitario dadas las demandas educacionales del nuevo siglo, como docentes de una universidad pública, en primer lugar, luego como docentes de la facultad de Medicina y como integrantes de una cátedra interdisciplinaria y con un enfoque biopsicosocial del proceso salud-enfermedad.

¹ Síntesis del trabajo final presentado en el Seminario de Pedagogía y Universidad a cargo de la Mg. María Gabriela Marano, en el marco de la Carrera de Especialización Docente, año 2008.

El “estado del arte”

La Educación Superior en general ha arribado al siglo XXI abocada al reclamo de la pertinencia, a satisfacer la necesidad de contribuir al desarrollo económico, a ocupar cada vez mayor espacios en la construcción de conocimiento, en el contexto de sus misiones en el campo de la enseñanza, la investigación y la extensión universitaria. La nueva visión de la educación superior requiere que se combinen las exigencias de universalidad del aprendizaje superior con el imperativo de mayor pertinencia para responder a las expectativas de la sociedad en que funciona.

En el informe, La Educación Superior en el Siglo XXI- la perspectiva estudiantil de la UNESCO se señala que los cuatro pilares en los que se debe fundamentar la enseñanza de los jóvenes universitarios son: aprender a ser, aprender a hacer, aprender a conocer y aprender a vivir con los demás. Para poder cumplimentar con estos objetivos se requiere docentes no solo especialistas en sus materias, sino con vocación pedagógica.

Así mismo se plantea que los profesores además del conocimiento de la materia y de conocimiento general pedagógico, como profesionales que se precien deben desarrollar un conocimiento específico: cómo enseñar su materia específica y luego cómo trasladar / transformar ese conocimiento (saber académico) en representaciones escolares comprensibles, proceso denominado “**transposición di-**

dáctica". *Profesorado. Revista de currículum y formación del profesorado*, 92 (2005).

En la Declaración Mundial sobre Educación Superior en el Siglo XXI (1998), se señala explícitamente que es necesario una revisión de los métodos pedagógicos vigentes, trasladando el énfasis puesto actualmente en la transmisión del conocimiento hacia el proceso de su generación, posibilitando de este modo que los estudiante adquieran los instrumentos **para aprender a conocer, a convivir y a ser**.

Según Guzmán-Barón (2000); Cataldi, Z, Lage, F. (2004) universidades de reconocido prestigio, luego de realizar una revisión de numerosos estudios sobre características del profesor, concluyen en los siguientes aspectos:

- El profesor es tanto más efectivo, desde el punto docente, cuanto más positiva es la visión de sí mismo, cuanto más se identifica con los demás y cuanto más abierto está a las experiencias.
- La efectividad docente es mayor cuando se procura que los alumnos descubran los significados que cuando sólo se les transmite información.
- La imagen varía de unos grupos a otros. Los estudiantes además de valorar los aspectos didácticos, valoran mucho ciertos rasgos de personalidad tales como comprensión e interés por los problemas del alumno, honradez, imparcialidad e incluso sentido del humor.

Un poco de historia

Hasta hace unas pocas décadas, la exigencia al profesor universitario se reducía a la transmisión de su conocimiento, generalmente mediante la clase magistral, sin importar mucho qué aprendía el estudiante. Desde esta concepción, el profesor lo sabe y lo puede todo, mientras que el alumno no sabe nada y es totalmente dependiente (Freire-concepción bancaria de la educación) Aunque de estas consideraciones han pasado ya muchos años, más de 30, la rigidez de estas posiciones que niegan la educación como proceso de búsqueda del conocimiento, aún se mantiene presentes en el sistema educativo actual.

La pedagogía estaba aislada de las aulas universitarias, incluso se negaba la posibilidad de que la docencia universitaria tuviera un fin más allá de la transmisión de ciertos contenidos. La acción formativa de la docencia, presente en

solo pocas instituciones, se limitaba a suscitar algún compromiso ideológico o político, pero sin llegar a considerar, ni remotamente, la posibilidad de una finalidad de **formación humana y social como compromiso propio de la enseñanza universitaria**.

Hoy, las exigencias van mucho más allá de la mera intención de transmitir contenidos. Se busca que el docente produzca conocimiento e impacte en el entorno -ámbito social de su desempeño-. Lo que ha llevado a que el docente del siglo XXI, deba desempeñar roles complejos, no solo transmitir conocimientos, sino intentar generarlos, mediante la investigación, y lo que es más difícil todavía, generar en los estudiantes el aprendizaje autónomo, modificando el papel de "dispensador" de conocimiento a **mediador o facilitador** entre el conocimiento y los estudiantes.

La formación del docente universitario representa un gran desafío ante un contexto social dominado por el discurso de la globalización, por tal motivo, es necesario que el docente asuma una actitud **crítica** desde y en su propia formación, la cual lejos de centrarse solamente en la actualización en los últimos avances del conocimiento de su materia específica, debe ser asumida desde la perspectiva de la formación integral: ética, pedagógica, científica, humanística y tecnológica.

Las demandas educacionales del nuevo milenio se comprometen a realizar modificaciones sustantivas de la docencia afectando las decisiones principales del rol docente. Como decíamos en párrafos anteriores, esto implica cambiar supuestos básicos de la docencia convencional, tradicional, implica hacerse cargo de otras tareas y aplicar varios tipos de conocimientos que se han destacado como importantes en investigaciones recientes sobre la docencia universitaria eficaz.

El docente, hoy, además de aplicar su conocimiento experto disciplinario, debería estar en condiciones, mediante la profesionalización de la docencia, de aplicar otros conocimientos que faciliten un proceso formativo que afecten tanto la forma de pensar, como la de sentir y actuar de los estudiantes, de acuerdo con las nuevas demandas educacionales.

El cambio fundamental y central en el rol docente se traduce en pasar de la transmisión de conocimientos y contenidos tipo académico hacia la construcción por parte de

los estudiantes de nuevas competencias y capacidades que les permitan aprender y seguir aprendiendo en forma permanente. Los contenidos de carácter teórico conceptual no se abandonan sino que se redefinen en función de hacerlos más significativos, actualizados, profundos, generativos de nuevos aprendizajes y según las necesidades formativas de los alumnos.

Se requiere “mentes bien hechas, que no sólo sepan buscar información, procesarla y transferirla como estrategias de solución y problemas concretos, sino que también, las pueden transferir de forma flexible y polivalente a nuevos escenarios organizacionales, situaciones y problemas que van surgiendo y que requieren generar conocimientos, aprender y desaprender” (Domínguez, 2004).

Es así que el nuevo énfasis está puesto en la enseñanza de procesos, estrategias y habilidades de pensamiento utilizando el conocimiento disciplinario y cultural como medio para el crecimiento personal.

El contexto socio-económico y cultural

Si bien nos vamos a analizar aquí los múltiples y vertiginosos cambios que caracterizan el fin de este nuevo milenio y el comienzo de un siglo signado por lo “postmoderno”, intentaremos bosquejar algunas notas de este nuevo contexto socioeconómico y cultural que impacta directa o indirectamente sobre la situación de formación docente que es necesario considerar:

- La globalización inequitativa y excluyente por un lado y el predominio de la lógica de mercado donde el trabajo es un bien de uso que se compra al menor precio posible
- Entre los principales efectos sociales se ubican: el aumento, al parecer imparable, de la desigualdad, de la pobreza y del empobrecimiento hasta niveles impensables de miseria, la precarización del empleo, el desempleo abierto o encubierto, la violencia social.
- El impacto de los nuevos desarrollos científicos y tecnológicos, particularmente de la informática y de la comunicación a través de todos los medios.
- Las culturas híbridas. Predominio de la imagen sobre el texto escrito, la inmediatez, la incertidumbre.
- La valorización de las diversidades, incluidas las étnicas, de la sexualidad, de lo local y regional.

Toda esta enunciación es para dar cuenta de este nuevo escenario en el que se espera consolidar la instalación de las nuevas funciones docentes, como así también plasmar las funciones de estos nuevos estudiantes concordantes con sus nuevos roles y ambientes de trabajo con nuevos códigos que respondan a esta nueva realidad.

La crisis en el campo de la Salud Pública

En el campo de la salud, se reconoce que existe una crisis de la salud pública, crisis que tiene connotaciones teóricas, epistemológicas y éticas. La práctica médica durante las últimas décadas del siglo XX y el nuevo siglo evidencian una modificación sustancial que se traduce en la consolidación del complejo médico empresarial, priorizando la salida al mercado de productos farmacéuticos, medios diagnósticos y terapéuticos de última tecnología. Las intervenciones sobre salud y enfermedad resultan hoy un campo propicio para la inversión financiera y la gestión de empresa, significando el cambio del modelo de atención estatal que floreciera en la primera mitad del siglo XX, a modelos orientados al mercado.

En estas condiciones la formación de los profesionales se ha visto modelada por los cambios en una manera de practicar la medicina, que la ha alejado de las necesidades sociales. El acelerado desarrollo científico tecnológico ha fortalecido la racionalidad fundada en la lógica de las disciplinas bio-naturales como si este significara el único modelo válido y eficaz.

Fernández Sacasas por su parte demuestra que la situación de la educación médica se caracteriza por el “paradigma formativo bio-médico centrado en la enfermedad, la curación y el hospital, con una ética de mercado por encima del humanismo y el altruismo que debe caracterizar a los profesionales de la salud”. Critica además el papel de la Universidad, que se ha ocupado de replicar las prácticas de salud hegemónicas, reproduciendo el modelo educativo al modelo biomédico, que promueve como eje diagnóstico el uso de tecnología sofisticada y como eje terapéutico recursos y procedimientos de punta dirigidos a una capa minoritaria de consumidores.

Nuevas tendencias en educación médica

Ahora bien, ante las exigencias derivadas de cambios en la práctica en el marco de organizar la educación médica, en los últimos años las facultades se han preocupado por la transformación curricular la búsqueda de una mayor eficiencia educativa.

Este hecho puede explicar el auge de modelos educativos basados en la integración docente asistencial y la adopción de diversas innovaciones. Entre estas innovaciones contamos con el surgimiento de las Nuevas Tecnologías de Información y Comunicación (NTIC), que han propiciado nuevas formas de educación.

En el último tiempo, en nuestro país como en buena parte del mundo, se asocia reformas en educación médica a **aprendizaje basado en problemas (ABP)**. Es de las pocas reformas en educación médica que ha resistido 30 años de críticas, evaluaciones y estudios. El sistema ABP fue implementado por primera vez en medicina en la Faculty of Health Sciences de la Universidad de McMaster (Hamilton, Canadá) en 1968. Esta metodología de aprendizaje presenta un enfoque totalmente diferente a los modelos tradicionales imperantes. Esto genera reflexiones y toma de posición por parte de los docentes, que son claves en este proceso. Es que cualquier proceso de reforma requiere de ellos una participación activa y totalmente diferente de la que se espera en los programas tradicionales.

En nuestra Cátedra creemos que el ABP provee un aprendizaje contextualizado, lo que significa un aprendizaje relevante y centrado en torno casos o escenarios clínicos. Creemos que este proceso permite una colaboración activa entre los estudiantes, y de éstos con el tutor, los estudiantes encuentran una forma más placentera de aprender, en comparación a asistir a una clase teórica, y permite el desarrollo de habilidades para resolver problemas, sin perder los conocimientos básicos, sino más aún, integrar éstos con conocimientos clínicos.

La Cátedra trabaja con el enfoque de **Educación Centrada en la Comunidad**. La Educación centrada en la Comunidad es un medio para que sea relevante a las necesidades de la comunidad y, en consecuencia, para ejecutar un programa de aprendizaje centrado en la comunidad. Se compone de actividades que emplean ampliamente a la comu-

nidad como contexto de aprendizaje, en las cuales no solo los estudiantes, sino también los profesores, los miembros de la comunidad y los representantes de otros sectores participan activamente en toda la experiencia grupal.

La participación en actividades de educación centrada en la comunidad:

- Da a los estudiantes un sentido de responsabilidad social, pues les permite comprender claramente las necesidades de una comunidad local y los problemas que ésta y el país en su conjunto tienen ante sí. Entender la relación recíproca entre la salud y otros factores que hacen al desarrollo de la comunidad.
- Pone a los estudiantes en condiciones de vincular el conocimiento teórico con la formación práctica y les prepara mejor para la vida y para su futura integración en el medio de trabajo.
- Ayuda a eliminar las barreras entre los profesionales capacitados y el público y a establecer una comunicación más estrecha entre los establecimientos de enseñanza y las comunidades a las que sirven.
- Permite que los estudiantes se integren más íntimamente en la vida de la comunidad.
- Facilita la actualización del proceso educacional, pues continuamente pone a los estudiantes ante la realidad, un factor muy importante en el desarrollo.
- Asimismo, ayuda a elucidar y encontrar soluciones a los problemas. De este modo, la educación contribuye al desarrollo.

Cabe destacar los aportes de Lic. Silvia Carrió, al señalar en su artículo: "Aproximaciones a la Medicina Narrativa", (Revista Hospital Italiano Bs. As. marzo 2006), que la sofisticada medicina que se practica hoy deja insatisfechos a médicos y pacientes, porque vuelve difícil su encuentro y se revela insuficiente para abarcar la experiencia de sus mutuos padecimientos. El de los enfermos en particular y el de quienes tienen a su cargo el cuidado, generando en ellos frustración, impotencia o agotamiento. La medicina moderna, dice esta autora tiene pocas herramientas para "medir" y dar lugar a los significados personales de los pacientes, para acercarse al sufrimiento interior, el dolor moral, la desesperación y la pena que casi siempre acompañan las enfermedades que padece la gente.

La medicina narrativa, o medicina basada en narraciones, es un movimiento liderado por médicos que pretenden revisar sus modelos profesionales tomando en cuenta su práctica asistencial, tanto como sus propias experiencias como pacientes. Esta corriente empezó en EE: UU y se está difundiendo en otros países. Como por ejemplo Italia, que ya ha introducido en varias de sus facultades de medicina ((Milán, Turín, Roma, Florencia), cursos obligatorios para los estudiantes, con el objeto de enseñar la práctica de la comunicación y la capacidad de escuchar e interpretar las historias de los pacientes. El movimiento de la medicina narrativa apunta a acercara la medicina a los estudios humanísticos.

El énfasis está puesto en que el alumno adquiera la capacidad de formular el problema del paciente en el formato estructurado y estandarizado que es la historia clínica. Con el auge de la biomedicina, las habilidades de comunicación y de generar empatía que alguna vez fueron inherentes al rol del médico, pasaron a tener un papel secundario, electivo y de dejó libada su adquisición a los intereses de los estudiantes.

Esta capacidad comunicativa, intenta hoy ser reinstalada como una de las competencias centrales, dice la autora, de la práctica profesional que la educación médica debe asegurar. Es el fin de la modernidad, el saber eterno, que requería una mirada objetiva y descarnada, se quebró. Ante situaciones poco definidas, de incertidumbre, singularidad y conflicto, como dice Schon, es necesario reconstruir un camino ahora ya no de certezas sino de verdades provisorias. Expresa, **“como educadores, frecuentemente nos encontramos buscando formas más efectivas y poderosas de producir y compartir conocimiento. Los desafíos de la formación profesional para enfrentar los problemas más relevantes de la práctica, han abierto una etapa de reflexión crítica sobre las limitaciones de aplicar una racionalidad técnica, basada exclusivamente en el conocimiento científico, para resolver situaciones poco definidas, “de incertidumbre, singularidad y conflicto” (Schon 2002).**

Desafíos y Reflexiones Finales

Consideramos necesario resaltar, la importancia de la **formación integral** del docente de educación superior,

como una alternativa necesaria en tiempos de cambio. Esto quiere decir que sean capaces de percibir la realidad como una sola, como una unidad compleja y no como un conjunto de parcelas de conocimiento separadas.

Nosotros como docentes de la Facultad de Ciencias Médicas, nos preguntamos y reflexionamos acerca de si -por ejemplo-, además de que los estudiantes tengan los conocimientos y las herramientas para comprender los mecanismos básicos de la glucogenólisis, comprendan la importancia de la polución de las ciudades y su relación con el asma o, conocer los mecanismos de las drogas para el tratamiento de la tuberculosis como la inequidad en el acceso a los cuidados de la salud y su impacto en a la maduración de los niños en comunidades marginales.

La labor de académico reviste un nuevo compromiso social, derivado en parte de una nueva etapa marcada por los acelerados cambios tecnológicos y de información, así como por los nuevos conflictos sociales y ecológicos. Su labor hoy, debe dirigirse hacia la conformación de una actitud propositiva e interdisciplinaria, capaz de obtener conexiones entre las disciplinas, fomentar una participación más cercana hacia los problemas de su entorno y estar abierto a las críticas que puedan mejorar sus aportes científicos (Cervantes, 1999).

En resumen, cabe reflexionar sobre si es que estamos preparando a nuestros estudiantes para lo que encontrarán en la realidad de sus carreras profesionales. En definitiva, con qué modelo le damos las mejores armas para su vida profesional.

El siguiente párrafo es una buena expresión de lo que consideramos debe ser la enseñanza: **“hay una errónea idea de que la enseñanza es la transmisión de un saber adquirido inmutable y definitivo. Eso la hace rutinaria, basada en la memoria verbal. Por el contrario ella debe basarse en hechos, desarrollar el contacto con los hechos, desarrollar el espíritu crítico y el juicio propio, y la capacidad de aprender durante toda la vida. Nuestra enseñanza es dogmática y pasiva. No desarrolla en el alumno la noción de deberes sociales o los que se tiene para consigo mismo, sus semejantes y con las futuras generaciones...” (Bernardo Houssay, 1958).** Este es nuestro desafío como docentes.

Bibliografía

1. Macchiola V (2006) El conocimiento de los profesores universitarios ¿de qué tipo de conocimiento estamos hablando? Colección de cuadernillos de actualización para pensar la Enseñanza Universitaria. Año1 N° 5, mayo. Universidad nacional de Río Cuarto, Argentina.
2. Cayetano de Lella (1999). Modelos y Tendencias de la Formación Docente. Seminario Taller sobre Perfil Docente y estrategias de Formación, Organización de Estados Iberoamericanos. Lima, Perú, septiembre.
3. Lucangioli, A (1997): "La Docencia Universitaria como campo profesional: el modelo de universidad y la inserción laboral docente. Algunas notas". Ponencia al 2° Encuentro de la Universidad como objeto de Estudio. Bs. As.
4. Díaz Barriga, Ángel (2005). El profesor de educación superior frente a las demandas de los nuevos debates educativos. Perfiles educativos, N° 108, México.
5. Schon, D (1992). La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje de las profesiones. Paidós, Bs. As.
6. Freire, Paulo (1985): "Pedagogía del oprimido". Cap.II. Edit. XXI. Bs. As.
7. Montero, P. Roles para la docencia universitaria concordantes con las demandas educacionales del nuevo siglo: reencuentro, análisis de problemas universitarios. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana, 2004.
8. Profesorado. Revista Curriculum y Formación del Profesorado, 9, 2 (2005).
9. (2001). Congreso Nacional de Didácticas Específicas. Granada. Grupo Editorial Universitario.
10. Transmisión de saberes. Discurso Universitario. Discurso Pedagógico. Revista Perfiles Educativos N° 60 (abril- junio) UAAM-SSA.
11. "La investigación de la relación educativa en el salón". Claves Universitarias. Perfiles Educativos. 45-46, julio-diciembre.
12. Norelkys, Espinoza y Maricarmen Pérez Reyes. La Formación Integral del Docente Universitario. Fermentum, Mérida, Venezuela. ISSN 0798. Año 13-N° 38 Septiembre-diciembre, 2003.
13. Smidt, H. G. (1983). Aprendizaje basado en Problemas, fundamento y descripción. Revista Educación 17, 11-16.
14. García Diéguez, Marcelo, Durante, Eduardo: "El uso de problemas en la educación médica". Revista de Educación Médica. Hospital Italiano de Bs.As.
15. Branda La, García Diéguez, M. Nuevos Modelos educativos en medicina: el aprendizaje basado en problemas. En: Alonso C, Bongiorno P, Kremer A, Milone H, editores. Avances en Medicina Ambulatoria 2001. Bs. As: Sociedad Argentina de medicina, 2001. 1-6.
16. Carrió, Silvia: Aproximaciones a la Medicina Narrativa. Departamento de Docencia e Investigación. Hospital Italiano de Bs. As. Revista de Educación Médica, enero, 2006.
17. La Educación del personal de salud centrado en la comunidad. Fascículo N° 4. Curso: Diseño de propuestas pedagógicas para la enseñanza de A.P.S. INUS. Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud. UNLP. Facultad de Ciencias Médicas. Dpto. de Pedagogía.



El aprendizaje basado en competencias en la formación del Médico General

Ana Bo

Médica Generalista. Jefa de Trabajos Prácticos de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP.

La **Medicina General** es una especialidad de posgrado que tiene 4 años de capacitación a partir del cumplimiento de una residencia, desde su inicio masivo en la provincia de Buenos Aires en 1984. Sin embargo muchas de sus competencias se encuentran fragmentadas y distribuidas en distintas Cátedras de la formación de grado de nuestra facultad. Hasta el momento no existe una cátedra que la represente en su totalidad, sino en algunos aspectos. **Sería un logro integrar todos sus saberes y competencias en un espacio académico que lleve su nombre.**

Una forma de ir vislumbrando alguna de sus áreas es la rotación por el Primer Nivel de Atención de la Práctica Final Obligatoria de nuestra facultad. Espacio otorgado para su gestión a la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria, y cuyas competencias fueron construidas por los **Generalistas** de la Facultad de Ciencias Médicas y los profesionales de distintas especialidades que desarrollan sus actividades en el primer nivel de atención. Todos/as integrantes de la cátedra.

Esta rotación promueve para los alumnos un **nuevo escenario de aprendizaje**; una **nueva modalidad** para abordar las cuestiones vinculadas a la promoción/atención /cuidado del proceso salud enfermedad. El mismo es propicio para **identificar prevalencias**; conocer **sus determinaciones**; valorar el **aporte interdisciplinario** para su abordaje y comprender la **gestión intersectorial** requerible para alcanzar algún grado de resolutivez. **Todas cuestiones que no pueden aprenderse en el ámbito hospitalario.**

También permite la visualización de **la persona sana**, en su hábitat natural: su familia y su barrio; la comprensión de todas las interacciones requeribles para la salud de la misma y la de su familia; la satisfacción de sus derechos y la participación activa en la solución de sus problemas. **Estas realidades que forman parte del abordaje de un diferente modelo de atención, mas vinculado a las necesidades de la gente.**

Es sabido en la bibliografía que el conocimiento biomédico puro excluye de su solución numerosas cuestiones que no está preparado para abordar. *"En la actualidad en los centros urbanos desarrollados, alrededor del 75% de las muertes ocurren sin que la acción médica pueda alcanzar eficiencia: en las enfermedades crónicas no transmisibles, el cáncer, las causas externas(homicidios, suicidios y todas las cuestiones psicosociales como las adicciones y la violencia)"*¹ A esto le sumamos, las percepciones y diversidades culturales, los patrones de consumo alimentario, las inequidades, la pobreza, las barreras a la accesibilidad, todas limitantes de la posibilidad de implementar muchas veces, una indicación o acceder al sistema sanitario

Desde aquí nos planteamos **la visualización de un esquema de abordaje más inclusivo e integral, que tenga en cuenta todas las cuestiones que influyen en el pro-**

1 ABEL LUIS CESAR Alcances y Limitaciones del modelo biológico Cap VI. Programa salud social y comunitaria MODULO 1.

ceso salud-enfermedad. Acorde a la realidad local. Que alcance el mayor nivel posible de resolutivez, que influya en las causas de morbilidad y genere satisfacción de la gente.

Quisimos como cátedra, desde una posición autocrítica, al decir de ABRAMHSON: "salir de los programas tradicionales, de los contenidos fragmentados en asignaturas donde los estudiantes tienen un papel de receptor pasivo limitado a la incorporación de conocimiento previamente procesado"². Y construir **Competencias** vinculadas a la medicina general y el primer nivel de atención. Que puedan tutoriarse desde una capacitación en servicio, dentro de un contexto comunitario, en el marco de equipos multidisciplinarios, evaluables desde nuevos procesos: "los conocimientos, destrezas y aptitudes necesarias para ejercer una profesión, que pueda resolver los problemas de forma autónoma, flexible, capacitada para colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo."³

Competencias generales: Un conjunto acotado de capacidades genéricas o transversales relacionadas entre sí, que se ponen en práctica frecuentemente en la mayoría de los actos médicos⁴.

Detallaremos las **competencias generales**, las cuales pueden ser compartidas parcialmente por otras especialidades. En su totalidad son las que más claramente plasman el modelo del generalista. Cada una describe una dimensión diferente, significativa del quehacer profesional

1. Comunicarse eficazmente con los pacientes

- Ser capaces de tener una escucha activa en las entrevistas individuales y colectivas ,(Observar los comportamientos no verbales (gestos, expresiones, movimientos, actitudes)⁵ MC WINNEY).
- Obtener información integral en la entrevista.

2 Educación médica nuevos enfoques , y métodos ,Venturelli .OPS.nº8 2003.

3 Propuesta teórico-metodológica para la evaluación de planes de estudio en educación superior, en serie: Ponencias, Nº1. Zaragoza, UNAM, México.

4 Diseño de propuestas pedagógicas para la enseñanza de APS.(curso) Universidad Nacional De La Plata .INUS 2000.

5 MAC WHINNEY módulos de la Cátedra de salud y Medicina Comunitaria.

- Validar las percepciones y síntomas expresados por la persona,
- Explicar y acordar los procedimientos, tratamientos y planes a seguir al paciente y su familia.
- Asegurar que la persona comprendió la respuesta ofrecida.
- Proporcionar información oral y escrita clara a personas y grupos de diversa procedencia.
- Redactar y comunicar la información y resultados de manera técnicamente apropiada .

2. Lograr una relación medico paciente horizontal

- Una relación sujeto-sujeto. Tomando al paciente como protagonista de su vida y su enfermedad.
- Tratándolo con respeto y cordialidad , creando un clima de confianza en la consulta propicio para la comunicación adecuada, libre de prejuicios
- Analizar con los pacientes los beneficios y perjuicios de determinadas intervenciones

3. Aceptar la diversidad y respetar la cultura

- Estar preparado para desempeñarse en diferentes escenarios, con diferentes estratos sociales, etnias, y pautas culturales, libre de prejuicios de género y discriminación

4. Actuar con compromiso personal y responsabilidad en el seguimiento de las problemáticas

- Ser capaces de dar continuidad y respuesta satisfactoria a cada paciente asistido arribando a un resultado final; con eventual resolución de la problemática realizando todas las articulaciones necesarias para tal fin en la parte del sistema de salud que compete.

5. Planificar Las estrategias adecuadas realistas y contextualizadas. Las disciplinas que puedan aportar ,

los programas, los recursos sectoriales y extrasectoriales .Con el paciente como protagonista del proceso

6. Adquirir las competencias en el uso de las herramientas específicas que se requieren para el accionar en el primer nivel de atención

- Ser capaces de identificar todas las determinaciones que influyen en el proceso salud –enfermedad; los factores

de riesgo y protectores, planificar las acciones individuales, interdisciplinarias e intersectoriales necesarias para su respuesta.

- Aplicar los principios universales de atención de la salud especialmente EQUIDAD, INTEGRALIDAD, OPORTUNIDAD, CONTINUIDAD, PARTICIPACION⁶.
- Realizar el seguimiento de los casos problema a través del sistema de salud según se requiera, articulando intra e intersectorialmente, aprendiendo criterios de derivación y acciones de reinserción/rehabilitación.
- Realizar acciones de Prevención primaria, secundaria y terciaria.

7. incorporar la idea de población objetivo sujeto de acción

- Identificar que las acciones no solo están destinadas a quien consulta sino también a quien no consulta las instituciones y el ambiente del territorio, considerado no solo como espacio geográfico sino como espacio social

8. Adquirir las herramientas para trabajar en red.

- Reconocer las redes familiares, institucionales y comunitarias de cada paciente y trabajar con ellas
- Crear o facilitar la interconexión de redes interinstitucionales

9. Adquirir las herramientas para promover la salud

- Ser capaces de educar para la salud individual y colectivamente
- Identificar y fortalecer actores sociales preexistentes,
- contribuir a construir entornos saludables

- estimular la participación comunitaria sumándose a espacios o generándolos

Desarrollar una actitud proactiva

- Desarrollar todas las tareas encomendadas con habilidad y motivación, mostrando iniciativa personal y responsabilidad, consustanciándose con los objetivos a desarrollar

10. Aprender a trabajar en equipo

- Ser capaces de trabajar con los pares, respetando la diversidad de opiniones, optimizando las aptitudes personales y de los otros, reconociendo los liderazgos cambiantes y dinámicos. Postergando el éxito individual en pos del éxito conjunto

11. Integrarse eficazmente al equipo de salud

- Ser capaces de trabajar con todas las disciplinas con actitud de colaboración
- y respeto con todos los integrantes profesionales y no profesionales
- Comunicar opiniones al equipo de trabajo
- Diseñar estrategias con el equipo de salud

Ser Generalista sería: **responder a las necesidades de la población del contexto que nos toca, enfrentando las contingencias de cada singularidad, construyéndonos junto a otros en sujetos capaces de incidir en la realidad de la que somos parte, respetando los derechos y aportando a la construcción de ciudadanía.**

6 Módulos de la Cátedra de salud y medicina comunitaria.

Caminemos Juntos: proyecto de intervención en la emergencia post inundación

Dirección: Fallocca Verónica, Psicóloga, Ayudante Diplomada de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP.

Docentes: Pablo Vétere, Sociólogo, Ayudante Diplomado de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP; F. Galván; C. Darré.

Alumnos: Yanibello Y., Martin V., Ferreira.

El origen de esta intervención fue adecuar los proyectos ya diseñados para ese año a las necesidades urgentes de la comunidad escolar producto de la catástrofe sufrida por la inundación ocurrida el 2 de abril de 2013 en la ciudad de La Plata.

Este trabajo formó parte de un Proyecto de extensión Universitario interdisciplinario llamado "Construcción de Hábitos Saludables" dirigido por el Prof. Lic. Mario Virgolini en el cual se reorientaron los objetivos pensados originariamente para dar respuesta a necesidades post inundación:

1) Promover políticas universitarias integrales tendientes a la recuperación del tejido social frente a una situación regional de desastre como la ocurrida en la ciudad de La Plata.

2) Fortalecer acciones de acompañamiento psico-social con alumnos universitarios voluntarios para derivar personas que requieran atención psicológica y médica involucrando redes sociales.

3) Fomentar las prácticas y el compromiso social de las unidades académicas en pos de contribuir a través de la interdisciplina a la resolución de situación de crisis resultantes de la tragedia.

4) Contribuir a la reconstitución del colectivo social en su medioambiente familiar y escolar desde la perspectiva psicológica y material.

5) Promoción de estrategias que posibiliten fortalecer los lazos sociales y las redes comunitarias a través de la inclusión de la escuela en esta iniciativa.

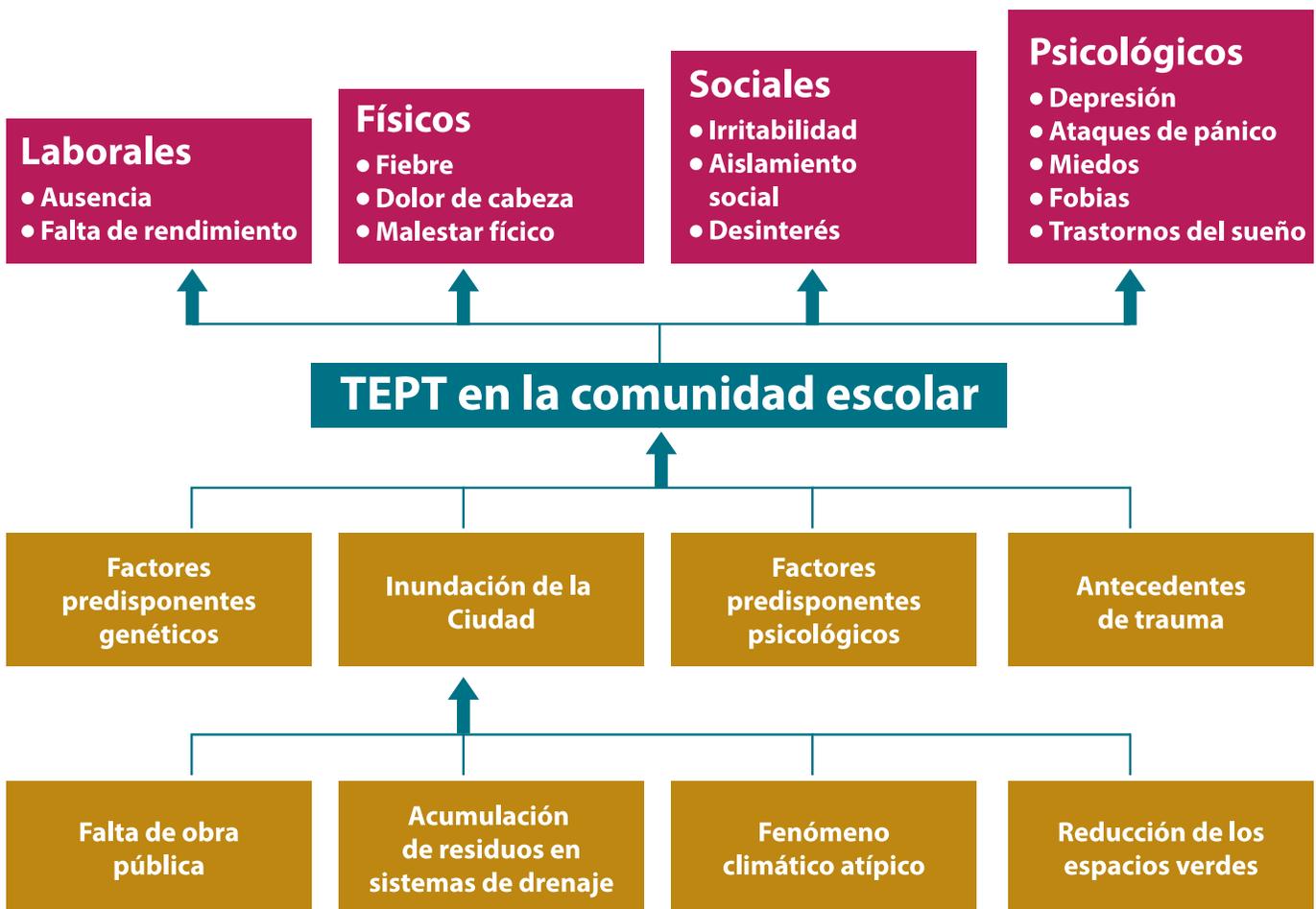
Metodología: Se realizó un relevamiento de salud de la comunidad educativa, incluidos docentes, damnificados de las Escuelas (EEST) N° 8, ESB N° 14, ESB N° 89, y escuela Media N° 5 ubicadas en el área geográfica justamente más afectada, analizando el contexto y sus determinantes sociales. Las líneas de acción se definieron desde la capacitación y acompañamiento de los alumnos de la **PFO de 6to año** y de **3er** año de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria, y de alumnos del postgrado en Comunicación y Salud de la Facultad de Periodismo. Para ejecutar estrategias de empoderamiento social que fomenten las capacidades para afrontar situaciones de pérdidas familiares, materiales y simbólicas, se elaboró una Guía de intervención comunitaria y un Instrumento diagnóstico de Salud Mental, de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria, Facultad de Ciencias Medicas UNLP (Lic Fallocca Verónica).

La capacitación en Post-emergencia. Se realizaron dos talleres abiertos a la comunidad por escuela (seis talleres), talleres en las juntas vecinales y clubes barriales. Se diseñaron módulos de carpintería para cubrir las necesidades de los damnificados. Se ofreció asesoramiento con modelos T.I.P.A.S. proveyendo diseños, orientación y ejecución de elementos dañados a restituir desde el punto de vista funcional y decorativo, actuando desde la prevención secundaria para minimizar daños.

Organizaciones Co-participes: Tuvimos el acompañamiento de otras instituciones para acercar a la comunidad folletos, lavandina, alcohol en gel y vacunación, coordinando con centros de referencia y derivación. Los casos observados con síntomas postraumáticos sin consolidar fueron derivados a una red de atención en consultorios psicológicos previamente organizados y con la ayuda del Colegio de

psicólogos distrito XI que nos acompañó. Del mismo modo se contó con La Dirección Provincial de Adicciones y Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y el Ministerio de salud de la Nación que nos proveyeron de material necesario post-emergencia y también la asesoría de todo el equipo de docentes de nuestra Cátedra con amplia trayectoria en Planificación Estratégica.

Trastorno por Estrés Postraumático



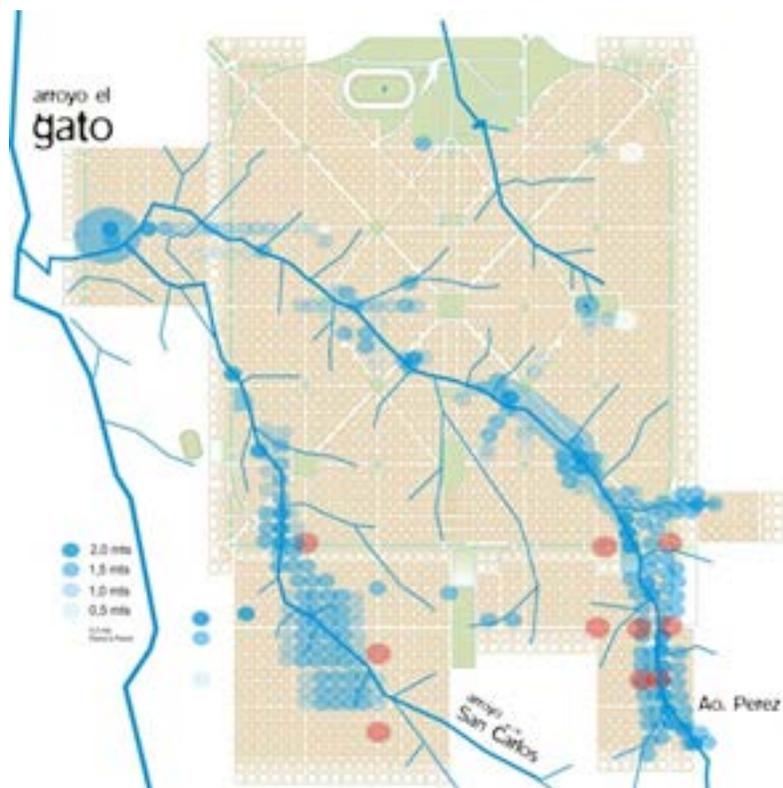
CONCLUSIONES de los alumnos:

Magali Ferreyra: "Como experiencia personal este trabajo me sirvió para ver realidades que existen hoy en día que todavía no había tenido la oportunidad de conocer. La idea de trabajar sobre la situación postinundación me pareció que superaba nuestras posibilidades de acción ya que, como estudiantes de tercer año de medicina considero que contamos con muchas limitaciones para ello. Pero mas allá de eso fue positivo el trabajo de relevar datos sobre tal situación porque nos llevó a conocer el barrio "Ciudad Oculta" que nos demostró que el desastre natural que afectó a toda la ciudad se vive en ese lugar, pero de manera menos intensa, cada vez que hay una tormenta fuerte en la ciudad. Y creo que se puede considerar positiva la situación postinundación que se generó y que le dio las oportunidades al barrio que antes no lograban conseguir. Considero que nuestro pequeño aporte y apoyo al grupo fue bien recibido y que puede generar cosas positivas dentro de este mismo..."

Victoria Martin: "Desde mi punto de vista esta experiencia fue algo totalmente diferente a lo que esperaba encontrar superando mis expectativas. Me resulto muy gratificante el solo hecho de sentir que con poco se puede de alguna manera contribuir con gente que vive una realidad totalmente diferente. Fue muy reconfortante que con nuestro simple acompañamiento se sientan ayudados y eso se debe a la situación de exclusión en la que viven. Es muy difícil no involucrarse en estos casos cuando con una simple entrevista te hacen parte de su realidad. En cuanto a la formación creo que este tipo de actividades y trabajos, son adecuados en estas instancias de nuestra carrera ya que además de formarnos como profesionales, nos ayudan mucho a formarnos como personas. .."

Santiago Allegretti: "Quizá a esta altura de la carrera aún no tenemos contacto directo con la individualidad de cada paciente más allá del enfoque biologicista.. " Para nosotros fue sumamente reconfortante sentir que nuestro pequeño aporte puede ser de gran ayuda ya que todo el grupo se sintió muy involucrado en las historias que hemos descripto previamente en esta catástrofe" .. Es muy importante para nosotros saber que si no hubiésemos realizado este trabajo, estas personas quizá no hubiesen podido acceder a la atención psicológica que necesitaban. Esto hace que todo lo que hicimos valga realmente la pena....

Maria Paine Carrizo: "Otro aspecto sumamente positivo, fue conocer un trastorno psicológico, muy frecuente y muy impactante en cuanto a consecuencias que puede acarrear para quien lo padece. Nos sentimos conformes por como pudimos abordar el tema al entrevistar a las familias. .."



La Cátedra en los Jardines de Infantes

Diana Fryd

Médica Pediatra, Jefa de Trabajos Prácticos de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP.

Juan P. Alconada Magliano

Médico Pediatra, Ayudante Diplomado de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP.

La Educación Médica Basada en la Comunidad (EMBC) representa una de las estrategias de la OMS para poner al personal de salud en contacto directo con las necesidades de la comunidad a la cual ha de prestar servicio. En este enfoque se resaltan dos premisas fundamentales. En primer lugar, la necesidad que los alumnos aprendan en un medio que sea similar al cual se incorporaran una vez formados. En segundo lugar, el principio educacional de ser activos en el proceso de aprendizaje y no meros receptores pasivos de la información suministrada en las aulas. La EMBC es una forma concreta de vincular la teoría con la práctica.¹

Desde la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria se vienen realizando diferentes experiencias en los jardines de infantes con el propósito de poner en contacto a los alumnos con los problemas de salud y enfermedad vinculados con los niños en su etapa inicial de incorporación al sistema educativo. En los últimos años se ha estado trabajando focalizadamente en el Jardín de Infantes n° 978 de la localidad de Melchor Romero, en el partido de la ciudad de La Plata, con una gran colaboración de su comunidad educativa. Los alumnos se acercan al mismo desde un marco teórico fundamentado en el concepto de Escuela promotora de

Salud, que incluye el nivel inicial. Esta perspectiva permite a los alumnos aplicar en terreno buena parte de los conocimientos aprendidos en las aulas. Desde el concepto de SILOS, Promoción de la Salud, Determinantes de la Salud, ambientes saludables, la importancia de la intersectorialidad (principalmente el binomio Educación-Salud), hasta los problemas de salud y enfermedad correspondientes al grupo etéreo en cuestión. En relación a este último aspecto, se ayuda a los alumnos a constatar la transición epidemiológica que caracteriza a la infancia, haciendo foco en lo que se ha dado en llamar la “nueva morbilidad pediátrica”² Los niños, al igual que los adultos, pero con diferentes patologías, transitan desde las enfermedades infecciosas hacia las enfermedades crónicas, como el asma bronquial, el cáncer, los problemas del neurodesarrollo y las lesiones no accidentales, entre otras.³

Sumado a las características propias de la Planificación Estratégica para la realización del Análisis Situacional, se adaptó a los Jardines de Infantes el cuestionario para las escuelas implementado por la Organización Panamericana de

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

2 Vargas NA, Quezada A. Epidemiología, nueva morbilidad pediátrica y rol del pediatra. Rev Chil Pediatr 2007; 78 (Supl 1): 103-110.

3 Royal College of Paediatrics and Child Health Modelling the Future III Safe and sustainable integrated health services for infants, children and young people. London, December 2009. Disponible en: <http://www.rcpch.ac.uk>. Consultado el 7 de febrero de 2015.

la Salud en el año 2002.⁴ Se crearon dos grupos de 6 alumnos cada año, los cuales, a través de la aplicación de las herramientas básicas de recolección de datos (la observación y la entrevista) conjuntamente con el cuestionario de OPS, identificaron y priorizaron los problemas de salud existentes en el Jardín de Infantes nº 978 de la localidad de Melchor Romero. Posteriormente, los alumnos aplicaron los instrumentos aprendidos en aula para la explicación del problema priorizado (el árbol causal y el flujograma). Esto último les permitió, con la colaboración del docente en terreno, diagramar el árbol de objetivos en vistas de diseñar y efectuar una intervención de promoción de la salud destinada a la recreación de un ambiente escolar saludable.

Esta incipiente experiencia llevada a cabo desde el ámbito académico requiere, para dar mayores frutos, ser capaz de fomentar la institucionalización de la Estrategia Escuelas Promotoras de Salud y la elaboración de políticas públicas saludables en las comunidades educativas.⁵ Mientras tanto se realiza una pequeña contribución a la comunidad educativa de un Jardín de Infantes en particular y se forma a los futuros médicos en base a las necesidades de la comunidad local.



4 Cuestionario para las escuelas para el Registro Nacional de Salud (2002). OPS. Disponible en: <http://www.paho.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=SPA&CD=PROMO>. Consultado el 5 de Abril de 2010.

5 Ippolito-Shepherd J y Mansilla Castellanos L. Escuelas Promotoras de la Salud. Fortalecimiento de la Iniciativa Regional. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012. Serie promoción de la Salud nº 4. OPS, Washington-DC, Mayo 2003.

“Construyendo Otra Salud”

Experiencia del trabajo territorial con alumnos de PFO en Los Hornos

Ana Bo

Médica Generalista. Jefa de Trabajos Prácticos de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP.

El trabajo comenzó a realizarse a inicios del mes de Mayo de 2014 en el barrio de los hornos, en las calles 154 y 59.

Previamente a la llegada al barrio, asistimos a jornadas de formación que se llevaron a cabo en el centro cultural Olga Vázquez, en conjunto con los diferentes participantes de los distintos proyectos de extensión en donde se abordaron temas en torno a Educación Popular, Educación en Salud e importancia de la Extensión Universitaria.

El trabajo en el barrio se inició de manera paulatina, ya que en los dos primeros encuentros con las vecinas y los vecinos los destinamos a conocernos y empezar a formar un vínculo de confianza. A partir de eso, pudimos empezar a problematizar el concepto trascendiendo la definición que se nos impone desde los organismos internacionales que toman a la salud como un “estado” y no como un proceso. Intentamos transformar ese concepto en algo más amplio y dinámico que implica al contexto socioeconómico y político, a la cultura, a la espiritualidad y a los deseos.

Luego, comenzamos a realizar un trabajo de mapeo, en el cual analizamos las problemáticas del barrio vinculadas a la salud, el rol de las instituciones barriales como la unidad sanitaria, y a partir de eso esbozamos en conjunto un plan de talleres que fuimos desarrollando con el correr de los meses: Agua – Basura – Compostaje – Enfermedades de vías respiratorias.

Nuestro involucramiento en la realización de talleres, implicó juntarnos a pensarlos y planificarlos, analizando la problemática concreta y con el desafío de utilizar una herramienta nueva y desconocida para nosotros, como la de la educación popular.

Además, referido a los talleres, específicamente al de compostaje, pudimos articular con una agrupación de la facultad de agronomía para la planificación. El hecho de abordar el taller de manera interdisciplinaria nos aportó a reforzar la construcción de la salud como eje transversal a todo.

A medida que se llevaban a cabo los talleres, en las reuniones con los y las vecinas, a partir de situaciones particulares surgió la necesidad grupal de que empezáramos a debatir cuestiones vinculadas a género: violencia de género y violencia obstétrica, entre otras. Por lo cual decidimos dar lugar un espacio de mujeres a los que denominamos “mateadas” como un espacio de encuentro entre todas. En ese espacio llevamos a cabo talleres sobre el rol de la mujer y del hombre, violencia obstétrica y sexualidad. Las repercusiones fueron muy buenas, dado que un grupo de adolescentes del barrio, nos convocó a que hagamos talleres en conjunto con ellas.

A modo de conclusión: la experiencia realizada fue sumamente positiva, ya que nos acercamos a un barrio, experimentamos el trabajo territorial, ampliando nuestro concepto de salud, pudimos trabajar interdisciplinariamente, adquirimos una nueva herramienta. Además de que participamos y motorizamos diversas jornadas. Fue muy motivador el hecho de trabajar la salud desde un punto no asistencialista, colectivo e integral. Es válido mencionar, que continuamos nuestro trabajo en el barrio aun cuando el plazo previsto por la PFO había finalizado y que logramos que las vecinas y vecinos se empoderen, se organicen y se sientan protagonistas.

Ecología humana y promoción de la salud

Cecilia P. Cambareri

Psicóloga, Ayudante Diplomada de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP.

Ecología Humana y Promoción de la Salud constituye una propuesta que tiene por finalidad introducir al estudiante en el abordaje de los ecosistemas humanos y su interrelación e influencia en la salud de la población. Tiene por objetivo general: *“Adquirir competencia para analizar desde una perspectiva ecológica el estado de salud y bienestar de las personas en las distintas etapas de su ciclo vital, que contemple su contexto social, a fin de fomentar su salud mediante la promoción de entornos saludables”*.

Se desarrolla en torno a tres ejes:

- 1. Los ecosistemas como determinantes de los problemas de salud de la población.**
- 2. El ciclo vital individual y su abordaje desde la perspectiva ecológica**
- 3. La promoción de la salud.**

En el campo de la práctica en terreno les ofrece a los alumnos la oportunidad de un abordaje más personalizado a los grupos de la comunidad, y la aplicación de herramientas metodológicas muy útiles para el futuro ejercicio profesional.

Como equipo docente de la materia, valoramos el compromiso de los estudiantes con la comunidad a la que se acercan, su mirada holística e interdisciplinaria, la sensibilidad humanitaria en el abordaje de los problemas de salud que presenta la población, sin perder de vista la interdependencia de los sistemas y el condicionamiento mutuo en la producción de factores de riesgo y protectores. Además, intentamos promover la apropiación de conceptos y terminología específica de

la Medicina Social y Comunitaria, estimulando el desarrollo de un campo propio del Médico General Familiar. Valorando dicho proceso, tanto en el desarrollo del Trabajo de Campo como al momento de presentación para el examen final de la materia. Se presenta a continuación una síntesis de algunos de los trabajos de campo realizados durante el ciclo lectivo 2014:

1. Nombre del Proyecto:

Sexualidad en adolescentes con discapacidad

Institución: Casa de día mamá – Calle 1 entre 64 y 65

Características de la institución: El centro se ocupa de atender las necesidades de adolescentes y adultos con distintas discapacidades desde las 8 de la mañana a las 16 hs.

SINTESIS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN:

Se caracterizó al Centro de día mamá, su interrelación e influencia en la salud del grupo de adolescentes con discapacidad, en función de los diferentes subsistemas y niveles de intervención. Identificar las principales características biopsicosociales y los problemas prevalentes. Se analizaron los factores de riesgo y protección desde la perspectiva del microsistema y mesosistema, las redes de apoyo social y la resiliencia

La intervención fue enfocada en brindar herramientas de promoción de la salud sexual a los padres de los adolescentes del Centro de Día, teniendo como resultado la promoción de los derechos de los adolescentes a obtener

educación sexual integral. La misma se ha llevado a cabo mediante la entrega de folletos informativos a las familias.

Autores: BÄR, Tania; BORCHES, Melisa; BREA, Isis; GARGIULO, Emiliano; MARCHISOTTI, Agustina

2. Nombre del Proyecto: Un lugar para ellos, la casa del adulto mayor

Institución: Consejo de la Tercera Edad – Calle 54 entre 8 y 9

Características de la institución: Fue fundado hace 20 años. Tiene como objetivo general: “Desarrollar un ámbito participativo para el tercer sector que comprende a los adultos mayores del partido de La Plata”

SINTESIS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN:

Se identificaron los factores de riesgo y de protección vinculados principalmente a la accesibilidad e Infraestructura. A partir de este análisis se elabora una propuesta de intervención de promoción de la salud, como contribución al mejoramiento del ambiente físico y de la accesibilidad para el bienestar y el mejor desarrollo de las actividades de este grupo etario.

Autores: ALLENDE, Mariana; CHÁVEZ, Facundo; ESPINOZA, Nicole

3. Nombre del Proyecto: “Los niños en la escuela”

Institución: Escuela N°26, Magdalena Güemes de Tejada de Abasto – Ubicada en 207 e/ 516 y 516 Provincia de Buenos Aires.

Características de la institución: Es una escuela estatal, ubicada en una zona rural, mantenida por el presupuesto del estado y ayudada por una cooperativa conformada por los miembros de la escuela sean docentes y/o maestras jubiladas.

SINTESIS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN:

Se realizó una investigación de los niños en su entorno. Grupo etario de los 6 a los 12 años, grupo ideal para trabajar ya que los niños están en la plenitud de desarrollar firmes

creencias y normas de conducta que aplicarán a la hora de desenvolverse en sociedad.

La propuesta fue elaborar un programa en el que se envíen personas capacitadas, ya sea de alguna ONG (Cruz Roja) o de la Facultad de Ciencias Médicas, para enfrentar el problema de la falta de capacitación del personal en primeros auxilios y elaborar un programa educativo sobre la conciencia a la hora de comer y qué tipo de alimentos deben consumirse de acuerdo a las posibilidades. Incentivando los buenos hábitos y el desarrollo de la actividad física.

Autores: Giovanola, Juan Ignacio; Insaurralde, Eugenia; López, Camila Macarena; Patagua Cruz, José María

1. Nombre del Proyecto: El envejecimiento activo

Institución: Consejo Municipal de la Tercera Edad, Calle 54 N° 686 entre 8 y 9.

Características de la institución: El Consejo de la Tercera Edad, es una institución que tiene como objetivo general desarrollar un ámbito participativo para el tercer sector que comprende a los adultos mayores de la ciudad de La Plata.

SINTESIS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN:

Centrados en el concepto “envejecimiento activo” aplicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual se basa en integrar a los adultos mayores dentro de la sociedad de acuerdo a sus necesidades, deseos y capacidades, pudiendo alcanzar así su potencial de bienestar físico, social y mental.

Se pudo concluir que si bien el fin del consejo no es el de disminuir los factores de riesgo en el grupo etario de adultos mayores, es una gran fuente de factores de protección, para pensar al envejecimiento como parte de la vida por lo que, es un deber de todos propiciar la integración y el respeto hacia los adultos mayores.

Autores: Martínez Peterlin, Alejo; Tapia, María del Rosario; Venzi, Solange; Vico, Julieta; Videla, Florencia; Viniegra Febre, Julia.

Hasta la fecha han transitado por Ecología Humana y Promoción de la Salud 1942 estudiantes.

El humanismo médico

Conferencia pronunciada por el Profesor Dr. Pedro Lain Entralgo, el 17 de junio de 1985, en el Aula Magna de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, al recibir el título de Doctor Honoris Causa de nuestra Universidad. Invitado por su discípulo, el Prof. Dr. José Alberto Mainetti, Profesor Titular de la recientemente creada Cátedra de Humanidades Médicas de Posgrado. Al finalizar la Conferencia, el invitado accedió a reunirse con el flamante equipo docente de la Cátedra de Salud, Medicina y Sociedad, que ese año comenzó su labor académica. Por su valor histórico, académico y didáctico en cuanto a los fundamentos científicos de la propuesta educativa de nuestra Cátedra en la formación del médico, se reproduce la versión textual de dicha Conferencia.

La Medicina es por definición y por excelencia esencialmente humana, acerca de esto no hay duda. Es cierto que el médico siempre trata hombres, ¿pero cómo considera al hombre que cómo médico trata?

A mi juicio hay tres modelos de exigencia en cuanto a esta necesidad de responder al reto que es tratar humanamente al enfermo, a quien como enfermo se trata. El primero es el que consagra, cultiva con eminencia y fecundidad tan grande, la medicina y la patología científico naturales, que se constituye en la segunda mitad del siglo XIX y en la primera de nuestro siglo y que continúa gloriosamente dando frutos. Al hombre enfermo se le considera hombre desde el punto de vista comparativo; es el tratamiento comparativo del hombre. Se trata hombres, pero que di-

Prof. Dr. Pedro Lain Entralgo

Fue un médico, historiador, ensayista y filósofo español. Cultivó, fundamentalmente, la historia y la antropología médicas. Fue Director de la Real Academia Española y galardonado con el Premio Príncipe de Asturias de Comunicación y Humanidades en 1989. Nació en Urrea de Gaén, provincia de Teruel, 15 de febrero de 1908-Madrid, 5 de junio de 2001.

ferirían de otros sujetos como, por ejemplo, el tigre difiere del leopardo o de la pantera, específicamente en virtud de una especificidad orgánica, biológica, taxonómica y ese es el hombre, pero solo comparativamente hombre, el que trata la medicina y en bien de la medicina, de orientación puramente científica-natural.

La gloria de esta medicina es enorme y gracias a ella probablemente muchos estamos vivos hoy aquí. ¿Pero es que el hombre solo puede y debe ser definido desde el punto de vista comparativo? ¿Es que acaso el hombre no es un ser, además de comparable, incomparable respecto de todos los demás seres vivientes? Indudablemente. Y entonces va a surgir en quien tiene esta consideración ya plenariamente humana del quehacer del médico, el imperativo de verle en su condición de ser animal incomparablemente propio respecto de todos los demás.

Ahora bien, esto puede hacerse de dos modos: la visión de la medicina como una medicina comparada o comparativa, y sentimentalmente incomparable; el médico que trata organismos que entiende según las pautas de las ciencias naturales, pero que cuando quiere ver a la persona solo considera lo que afectivamente le relaciona con esa persona, y eso da lugar a nobilísimos modos de ser de la medicina. Puedo citar uno enormemente bello y significativo. El gran cirujano español Don Alejandro San Martín, uno de los grandes creadores de la cirugía vascular a fines del siglo pasado

y comienzos de este, pasaba su visita por una de las sórdidas salas del viejo Hospital Universitario San Carlos, en Madrid; la sala era de mujeres y sobre la cama había una mujer joven, casi una niña, llorando, el médico tenía que entablar con ella la relación de médico-paciente; se acercó a la niña, le puso la mano sobre su hombro y le dijo estas palabras: *“niña ¿por qué lloras? ¿es que no tienes a nadie que llore por ti?”. Evidentemente había allí un afán de contacto humano del médico con el pobre ser doliente que era aquella niña, ¿pero en qué nivel, en qué forma?; la forma correspondiente a la visión de lo que de sentimiento, personalmente, hay en la vida de cada cual. El enfermo era un ser que sufría y a través de su sufrimiento personal el médico tomaba contacto con él.*

Esto es rigurosamente necesario para que la medicina sea lo que debe ser. ¿Es suficiente? ¿No habrá que proponerse la tarea de concebir la medicina como una medicina comparada, desde luego, ya que la medicina experimental comparada ha permitido gran parte de lo que ya es, pero al propio tiempo científicamente incomparable, y no solamente, sentimentalmente incomparable?. Creo yo que esta es la meta que persiguen la llamadas *“Humanidades Médicas”* acerca de cuya relación con el acto médico voy a permitirme decir a ustedes unas cuantas palabras, para lo cual comenzaré con un orden sumario de los diversos modos según los cuales puede ser y es entendido el decir del humanismo médico, la expresión *“humanismo médico”*. La expresión *“humanismo médico”* puede ser entendida ciertamente de varios modos. Usada con intención historiográfica nombra el costado médico del humanismo renacentista; la común actividad de los muchos médicos de los siglos XV y XVI que trataron de renovar la medicina mediante un conocimiento más amplio y más correcto del legado de la antigüedad.

Son también llamados médicos humanistas los que desde una práctica de la medicina enteramente equiparable a la de quienes no reciben esa denominación, dedican su ocio a cultivar -con rigor y calidad sobresaliente en muchas ocasiones- actividades o disciplinas tradicionalmente tenidas por humanísticas; la historia, la literatura o el ensayo. Más que de Humanismo Médico habría que hablar en tales casos

de *“humanismo de los médicos”*, de ciertos médicos, porque la práctica habitual de quienes así proceden, apenas tiene relación explícita y deliberada con lo que al margen de ella hace el médico no humanista. ¿Llamaríamos, por ejemplo humanismo náutico y humanismo bancario a la actividad de los marinos y de los banqueros que por afición cultivan la historia o la antropología cultural?. Evidentemente, no.

Más ambiciosa y rigurosamente yo llamaré **“Humanismo Médico”** a *“la actitud y el saber del sanador que trata de practicar y de entender la medicina, refiriendo explícita y deliberadamente su actividad no solo a la condición humana de sus pacientes, que de un modo u otro, todo médico lo hace, no solamente, repito atendiendo a la condición humana de sus pacientes, sino también atendiendo a lo que enseñan las ciencias que desde hace unos lustros, siguiendo el modelo norteamericano, muchos venimos denominando Humanidades Médicas: la historia, la psicología, la sociología, la ética, la estética, la economía, la antropología filosófica y la antropología cultural, en tanto que aplicadas al conocimiento de la particular realidad con que el médico tiene que habérselas: el hombre enfermo”*.

Además de ser humana y humanitaria, la Medicina sabe dar razón científica de esa doble y básica condición suya: la de ser humana y la de ser humanitaria, o al menos procurar serlo.

¿Cómo tiende a ser aceptablemente cumplida esa exigencia a un tiempo intelectual y práctica? ¿Cómo el ejercicio y el saber del médico pueden quedar informados por las Humanidades Médicas, además de serlo como habitualmente acontece, por la anatomía patológica, la fisiología experimental, la bioquímica y la microbiología? No voy a hacer un proyecto de reforma al curriculum del médico, con el cual esas interrogaciones tendrían alguna respuesta. Voy a limitarme a algo elemental, a algo más directamente relacionado con la actividad del médico: a examinar un acto médico muy concreto, para mostrar mediante un análisis del mismo, como la plena comprensión de ese acto médico, conduce al médico inexorablemente ante el problema de conocer la realidad que trata, según el conjunto de disciplinas llamadas Humanidades Médicas.

Veámoslo, por tanto a la luz de un sencillo ejemplo. Ante el paciente que ha solicitado su ayuda, la experiencia más cotidiana, la experiencia más habitual, de lo que el médico hace, un médico diagnostica sin dificultad la existencia de una úlcera gástrica. El interrogatorio se la hace sospechar, la exploración radiográfica se la ha puesto ante los ojos, lo que dicen los libros acerca de la úlcera gástrica ha sido rigurosamente confirmado en este caso. Guiado por esos libros y por lo que oyó a sus maestros, el médico prescribe el oportuno tratamiento y cita al paciente para conocer el resultado de su prescripción. Todo ha sido correcto, todo ha transcurrido según las reglas del arte, diría un humanista a la antigua.

Pero la indudable corrección de tal proceder; su fiel adecuación a las reglas tradicionales y vigentes, ¿permiten afirmar que este modo de proceder sea científicamente suficiente?; la corrección práctica ¿lleva necesariamente consigo la suficiencia científica? La suficiencia científica de un diagnóstico y un tratamiento tan indudablemente necesario para alcanzar la suficiencia práctica de uno y de otro, ¿no exigirá tener muy en cuenta lo que enseñan las Humanidades Médicas? En relación con seis de las principales intentaré mostrar que así es.

La psicología médica

En primer término, la necesidad de la **psicología médica**, el conocimiento científico de lo que acerca de estar enfermo un hombre puede y debe decirnos la Psicología. Esta debe ser entendida, según la opinión hoy dominante, como “la ciencia de la conducta humana”, la cual tiene que ser estudiada si se quiere que el saber psicológico sea enteramente válido, a favor de métodos muy distintos entre sí: el conductista “stricto sensu”, el introspectivo, el comprensivo, el fisiológico experimental, el fenomenológico, el psicoanálisis. Sentado lo cual vengamos de nuevo a la experiencia clínica del médico que diagnostica y trata una úlcera gástrica.

El paciente en cuestión ha dicho al médico, que de cuando en cuando siente dolores de estómago. El médico, por ser parte, incorpora tácitamente este dato a su diagnóstico, -con mayor o menor rigor científico, según su saber-, recurriendo a lo que acerca del mecanismo del dolor, enseñan

los tratados de Fisiopatología. Pero estos tratados ¿suelen decir lo suficiente? Si el interrogatorio ha sido atento y minucioso, el médico habrá constatado, muy probablemente, que el dolor gástrico se le hace al enfermo menos perceptible cuando come y pasa la sobremesa con personas gratas para él. Oí decir que un gastroenterólogo español de comienzos de siglo, un poco pintoresco, el Dr. Moreno Zancudo, solía incluir en el régimen de vida de sus pacientes ulcerosos esta prescripción: *“el enfermo procurará tener media hora de conversación agradable después de cada comida”*. Un paciente zumbón le preguntó: *“dígame, doctor, ¿y esto en que farmacia lo despachan?”* (risas). Ciertamente en ninguna, pero sea cual fuere la dificultad para cumplir esta prescripción, no carecía de fundamento la receta de este pintoresco gastroenterólogo.

Pues bien, ¿dicen los libros al uso por qué y cómo el buen humor hace digerir más fácilmente y por qué y cómo este hecho hace menos perceptible el dolor de estómago consecutivo a la úlcera? En ambos casos un “por qué” y un “como”, cuya explicación científica solo puede darla una psicología médica verdaderamente actual, cuidadosamente atendida por tanto a lo que el análisis fenomenológico y la investigación neurofisiológica, por supuesto que también han enseñado y están enseñando acerca del dolor humano.

No hay duda, si es una psicología médica verdaderamente fiel a su nombre, -no siempre lo son las enseñanzas que llevan ese título-, porque la Facultad de Medicina enseña psicología médica como una especie de introducción básica a la psiquiatría, y esto no es la psicología médica, no puede ser científicamente suficiente la intelección diagnóstica de un ulceroso de estómago; ni por supuesto la de ninguna otra enfermedad.

El médico sabe, por otra parte, que poco o mucho la acción terapéutica de un medicamento es más intensa cuando el enfermo cree firmemente en su eficacia. Creer en la eficacia de un medicamento hace que este sea algo más eficaz. No digo definitivamente eficaz, sino “algo más eficaz”. Por mínimamente humana que fuera la farmacología que el médico aprendió, alguna referencia al efecto placebo del fármaco habría en ella.

Ahora bien, ¿en qué consiste realmente el efecto placebo?, ¿qué pasa en el organismo del que cree en la eficacia de una acción a que se le somete, para que esa acción se haga en él más intensa? Relativo ahora de nuevo al tratamiento, de nuevo se impone la respuesta precedente: sin una psicología médica capaz de dar razón científica -descriptiva, neurofisiológica, endocrinológica-, de lo que orgánicamente acontece en el acto de creer, no podrá ser suficientemente científico el saber del médico, acerca de los tratamientos que prescribe.

En suma, la simple reflexión de cualquier médico, humanista o no, le conducirá a descubrir, -sí no quiere ser rutinario, si en verdad quiere entender científicamente lo que ve y lo que hace-, que la Psicología Médica le es necesaria para dar última prescripción a su actividad diagnóstica y terapéutica.

La sociología médica

No será distinta su conclusión respecto de la **sociología médica**. Sigamos con nuestro ulceroso de estómago y recordemos, porque viene como anillo al dedo, una fina sentencia de don Gregorio Marañón. *“La misma úlcera de estómago -escribió el gran médico- no es lo mismo en un segador que en un profesor de filosofía”*. Quería decir, nada más obvio, que aún siendo enteramente iguales las imágenes radiográficas de los dos estómagos, el del segador y el del profesor de filosofía, “la misma úlcera”, los cuadros clínicos en que esa úlcera se manifiesta, son distintos, no pueden ser iguales en uno y otro paciente.

¿Por qué sucede tal cosa? ¿Cómo este hecho en sí mismo, pura constatación empírica, “hecho bruto” diría Claude Bernard, puede ser científicamente explicado? ¿Qué pone el ser segador y el ser profesor de filosofía en la total realidad humana de ambos ulceroso de estómago? Ningún médico intelectual y médicamente exigente, dejará de hacerse esta pregunta. La primera de las posibles respuestas tendrá un carácter netamente psicológica, o para decirlo con precisión “subiriana”, psicoorgánico. Cualesquiera que sean, en efecto, las peculiaridades psíquicas y orgánicas de cada uno de los dos pacientes -alto o bajo, rubio o moreno, fuerte o

débil de voluntad, etc.- algo típicamente diferenciable tiene que haber en su psique y en su organismo, algo simultáneamente determinado por la constitución biológica y por la biografía, para que **la configuración clínica de sus respectivas úlceras de estómago sean distintas**.

¿Qué es ese algo? Ardua cuestión, a la que sólo una sutil investigación biológica -psicológica, stricto sensu, neurofisiológica, endocrinológica- podrá responder. Entre tanto, una respuesta de índole sociológica se añadirá a lo que acabo de decir. La biografía del segador y la del profesor de filosofía, y por consiguiente, sus respectivos oficios, pertenecen en efecto, a pautas sociológicas muy diferentes entre sí. Son roles distintos en la trama de la sociedad, como dice la jerga sociológica, lo cual indica que a través de lo que en uno y otro descubra la investigación psicológica, el modo de pertenencia del enfermo a la sociedad, en alguna medida influye sobre la **configuración clínica de la enfermedad** y acaso sobre la **génesis de esta**.

El estudio del problema así entrevistado constituye el capítulo principal, aunque no el único, de una disciplina que desde hace decenios ha cobrado extraordinario auge: la sociología médica. La génesis de gran número de enfermedades, incluso la úlcera gástrica y la expresión sintomática de casi todas, están poderosamente condicionadas por la índole de la implantación social -clase, profesión, entorno familiar, grupo cultural, etc.- del sujeto que las padece. Y para que la observación de tal realidad deje de ser mera constatación de hecho, mero hecho bruto, y alcance el de conocimiento científico, necesariamente habrá que aprender algo de lo que la sociología médica enseña. Así lo hace ver al médico, que debe ser reflexivo, que debe realizar un análisis medianamente detenido de su experiencia clínica. Tal necesidad **¿conducirá un día a que el saber médico sociológico sea adecuadamente enseñado al aprendiz de médico?** Nueva conclusión en todo caso: **para que el diagnóstico y tratamiento alcance la debida perfección, cierta dosis de sociología debe informar la práctica y el contenido de uno y de otro**.

Dijo un distinguido clínico del siglo pasado: *“cuando veo un enfermo, el y yo estamos como en una isla desierta”*. Nada

menos exacto. Cuando un médico está con un enfermo, con ellos está la sociedad a la que ambos pertenecen; en el médico como tal –médico-, y en el enfermo como tal –enfermo-. Y el médico debe saber por qué y cómo esto sucede.

La ética médica

No es menos evidente la necesidad de la **ética médica**, tanto para orientar la acción del médico como para dar razón intelectual de ello. Porque para el médico y para todos, la ética, a la vez que imperativo práctico - la ética como norma de conducta -, debe ser disciplina científica: la ética, como parte de la filosofía y la ciencia de la conducta.

Orientación de la praxis es la Ética en todas las acciones del médico, diagnósticas o terapéuticas, tan pronto como estas dejen de ser ejercicio rutinario o irreflexivo; en todas, por alejadas que se hallen de cualquier dramatismo. Veamos, sino, el ejemplo aducido, el diagnóstico y el tratamiento de un ulceroso de estómago. El interrogatorio del enfermo exigirá siempre la formulación de preguntas. Por ejemplo: ¿es usted fumador? Que nunca o solo excepcionalmente plantearán un problema ético. Pero tal vez aconseje hacer otras que de algún modo puedan herir la personal susceptibilidad del interrogado, y más si se las formula torpemente. En tal trance ¿qué hará el médico? ¿Se abstendrá de formularlas? y si se decide a hacerlas ¿cómo las hará? He aquí un minúsculo, pero real problema clínico y ético. Más recientemente aparece la esencial eticidad del acto médico cuando la exploración clínica obliga a sopesar la utilidad diagnóstica, el precio y el posible riesgo de utilizar una determinada técnica, o cuando la prescripción del tratamiento ponga al médico ante el deber de decidirse en pro o en contra de una intervención quirúrgica, o de considerar respecto de las posibilidades económicas del enfermo o de las normas de la institución en que se le asiste, el coste del medicamento, o de la operación. Por trivial que parezca tal decisión médica lleva consigo un problema ético.

La extraordinaria eficacia técnica de la medicina actual -vigilancia intensiva, reanimación, eutanasia, trasplante de órganos, posibilidades diversas de fecundación, donación "in anima nobili" (si es que alguna vez se deciden a hacerla,

y estamos muy próximos a que esto ocurra)- hacen frecuentes y llamativas las situaciones en que llega a ser complicadamente sutil y gravemente dramático el carácter ético de la actividad del médico. No es extraño pues, que la ética médica, la Bioética como los norteamericanos la vienen llamando, haya cobrado importancia extraordinaria en los últimos tiempos. La espectacularidad y el dramatismo de esas situaciones no debe hacer olvidar, sin embargo, que también en las más sencillas y cotidianas actuaciones del médico, entra en juego la dimensión ética.

Ahora bien: la percepción de la eticidad de los actos diagnósticos y terapéuticos, ¿hasta dónde debe conducir? ¿Solo hasta la simple ejecución de lo que en aquel caso sea o parezca ser más correcto? Si no es grande la exigencia intelectual, científica del médico tal vez, pero si este posee una mente verdaderamente científica aspirará a saber con algún rigor la razón de sus decisiones, y entonces aparecerá nítidamente ante sus ojos la necesidad de que la ética, ahora como saber científico, no como simple conjunto de reglas deontológicas, tenga parte importante en la formación del estudiante de medicina. Con ella las Humanidades Médicas pasan del conocimiento de *lo que es realmente la enfermedad* en tanto es humana, al conocimiento de *lo que debe ser*; qué debe ser la conducta del médico, según lo que científicamente sean sus actos y según la calificación moral de sus decisiones ante su propia conciencia, ante la conciencia del enfermo, y en el seno de la sociedad a la que uno y otro pertenecen. **Nula es la medicina sin ética, más no solo como conjunto de preceptos, también como disciplina científica.**

Historia de la Medicina

En cuarto lugar la Historia de la Medicina. En tanto que conjunto de preceptos -basta recordar el código de Hamurabi-, la ética médica es el más antiguo de los saberes humanísticos, si humanística puede ser llamada la doctrina de ese código, que verdaderamente importan al médico. Pero sino tanto, antiguo es también el saber que escolarmente llamamos hoy historia de la medicina. Tan pronto como adquirió conciencia técnica de su actividad, el médico cayó en la cuenta de que el ejercicio plenamente racional de la me-

dicina pide el conocimiento (aunque este sea hipotético y sumario), de su paulatina constitución en el tiempo. De ello es bien patente testimonio la idea que sobre el origen del arte de curar expone el escrito hipocrático sobre la medicina primitiva o antigua.

¿Quiere esto decir que solo mediante una atenta consideración de lo que hace puede descubrir el médico que para hacerlo cabalmente necesita de la historia, como respecto de la psicología, la sociología y la ética hemos visto que sucede? En modo alguno. El médico puede practicar una medicina realmente humana, humanitaria, científica y antropológica, sin la menor inquietud acerca del pasado de su saber. Por supuesto, pero sí ha aprendido a liberarse del vicio mental del dogmatismo, si es capaz de discernir en consecuencia lo que es verdaderamente cierto y lo que es inequívocamente discutible en la medicina que sabe, y si sobre ese valioso fundamento alguien pone adecuadamente ante sus ojos el pasado de su saber, es seguro que muy pronto descubrirá el valor formativo de esta cuarta dimensión del verdadero humanismo médico. Advertirá paulatinamente, en efecto, como la historia de la medicina cuando rectamente se la conoce, y se la entiende, le ayuda a saber mejor lo que como médico sabe -ganancia intelectual- y a lo mejor cumplir algo que como médico debe hacer -ganancia ética-. Cuando yo ausculto al enfermo, si yo conozco que esto que yo hago, con lo cual me gano la vida y ayudo a curar un enfermo, se lo debo a un hombre determinado llamado Laennec, estoy cumpliendo con un deber ético, el deber de bien nacido, en relación con el curso de la historia.

Ante el diagnóstico de un ulceroso de estómago - sigamos con nuestro ejemplo- la historia de la medicina le enseñará que en el progresivo conocimiento de la úlcera péptica, pueden ser distinguidas varias etapas. En la primera, anterior al aislamiento de esa especie morbosa, prehistórica respecto de ella, cabría decir, la realidad de lo que hoy llamamos "*ulcus*", "*ventriculus*", o úlcera de estómago, se hallaba clínicamente confundida con la de todas las dolencias de apariencia sintomática más o menos semejante a la suya.

La segunda etapa comienza con el discernimiento de este confuso cajón de sastre de los procesos morbosos cuya

causa es la erosión redondeada de la mucosa gástrica que con el nombre de "*ulcus rotundum*" describió el anatomopatólogo francés Cruveilhier. En la tercera etapa la investigación fisiopatológica y la exploración instrumental descubren y describen los desórdenes funcionales -clínicos y vasomotores- a que esa úlcera da lugar y la detectan con los rayos X. En la cuarta el investigador se debate con el problema de precisar los factores orgánicos en que esa lesión tiene su causa. En la quinta y última, la actual que resume las anteriores, la aparición y la configuración clínica de la úlcera de estómago son estudiadas de tres puntos de vista: el constitucional, el psicológico, y el sociológico que la patología de nuestro siglo ha añadido a los anteriores. Todo lo cual contribuirá eficazmente a que el juicio diagnóstico gane integridad y claridad. Y otro tanto cabría decir de las restantes especies morbosas, porque la úlcera de estómago no es más que un ejemplo.

Más no solo integridad y claridad concede al médico, sino también el recto conocimiento, aunque sea sumario, de la historia de su saber, le ofrece importante ayuda para el ejercicio de la libertad intelectual.

Como la de cualquier otra ciencia técnica, la Historia de la Medicina hace ver la perdurabilidad de los hechos de observación cuando han sido correctamente percibidos y descritos y la caducidad de tantas y tantas teorías que un día parecieron incommovibles. A la luz de la historia el saber médico deja de ser dogmático -con especial energía subrayó Marañón el imperativo del anti dogmatismo- y pone al que lo posee en situación de ser intelectualmente libre ante él. *Historia Vitae et Magistra*, maestra de la vida, dijo Cicerón. Y en cierto sentido, como vemos, así lo es.

La Antropología Médica

Veamos a continuación la quinta línea de las humanidades médicas, la tocante a la Antropología Médica. En su ejercicio clínico ¿qué es lo que el médico diagnostica y trata? La respuesta de la patología nosografía tradicional dice así: "*el médico diagnostica y trata enfermedades, especies morbosas, úlceras de estómago, estenosis mitrales, esquizofrenias, etc.*"

Más cerca de lo que en su práctica hace el buen clínico, la patología individual dirá: *“el médico debe diagnosticar y tratar enfermedades sí, pero tal y como individualizadamente se realiza en el sujeto que las padece: él diagnostica y trata úlceras de estómago, no úlceras de estómago, en tanto que sujetos en los cuales cobra forma individual la úlcera de estómago y así en los casos restante”*.

Pero por adecuada que sea o parezca ser esta respuesta, no puede satisfacer la exigencia de un médico intelectualmente ambicioso. A poco que este médico reflexione, razonará: *“en efecto, yo diagnostico y trato a úlceras de estómago, pero estos, sin embargo no son ante mí úlceras de estómago sintomáticamente individualizadas, sino hombre singulares, personas que padecen y hacen el modo de enfermar a que los libros dan el nombre de úlceras de estómago”*. Surge así el problema de la enfermedad, del enfermar más bien, como vicisitud que acaece en una vida humana individual y personal, y con el dos cuestiones íntimamente conexas entre sí, aunque metódicamente discernibles: ¿qué es genéricamente un hombre enfermo? ¿Qué es la enfermedad en cuanto que vicisitud de la vida humana *“ingénere”*, y en cuanto qué modo de ser de la realidad cósmica que denominamos hombre y como ese modo genérico de vivir se individualiza en la persona que padece el proceso morbozo? ¿Qué es la enfermedad *“ingénere”*, en tanto que vicisitud de la personal realidad del enfermo? Cuestiones estas que solo pueden ser abordadas desde una teoría general de la realidad humana. Con otras palabras, desde una **antropología filosófica**, que constituyen la materia central de la disciplina en la cual todas las restantes humanidades médicas tienen su fundamento: **la Antropología Médica**.

¿Qué es el hombre enfermo cuando como tal se relaciona con el médico? He aquí la pregunta que aparecerá en la mente del médico cuando desde la patología quiera pasar a la antropología médica. Pero, esa antropología médica adquiere caracteres singulares cuando se realiza teórica, investigativa, y prácticamente como **antropología médica cultural**.

Incurriendo en el vicio intelectual de tomar la parte por el todo, los anglosajones suelen llamar antropología médica

a una disciplina que debe ser llamada **antropología cultural médica**: el conocimiento de lo que es la medicina en las sociedades y culturas primitivas. Con lo cual solo a medias se corrige el error porque no hay razón alguna para que el campo de la Antropología Cultural quede limitado a las formas primitivas de la vida humana. Como se estudia la antropología cultural médica de los Bantúes o de los Navajos, ¿no es acaso posible estudiar la de la Italia renacentista o de las ciudades norteamericanas del siglo XX? Es fácil advertir con lo expuesto que en el contenido y en los métodos de la Antropología Cultural Médica, confluyen y adquieren concreción especiales, en cuanto que referidos a una determinada sociedad (tribu primitiva o sociedad renacentista) y a una determinada situación histórica (cultura primitiva superior o Europa feudal) la sociología médica, la psicología médico-social, y la historia de la medicina.

Es cierto sí, que la situación histórico-social de una tribu de bantúes parece ser históricamente estable, como si la vida colectiva no cambiase en ella con el paso del tiempo, salvo que lleguen invasores que traten de llevarlos a otro modo de cultura; y que la vida comunitaria de una sociedad o de una ciudad moderna, dista y cambia notablemente de siglo en siglo. El contraste es evidente, incluso de año en año. Pero una observación atenta permitirá descubrir lo que en aquella es cambiante, aunque no sea traumáticamente alterada por la colonización, y lo que en esta otra, en la vida de la ciudad moderna, es estable, aunque la marginación no llegue a *“tibetanizarse”* –como diría Ortega-

Ni la estabilidad aparente anula el progreso, ni el progreso –con la mudanza que el progreso implica-, excluye la posibilidad de discernir y describir tipos histórico-sociales, modos típicos de configurar las creencias, las ideas, las estimaciones y las actividades. Tanto en uno como en otro caso el tipo histórico social –sociedad ganadera y nómada, sociedad feudal, ciudad moderna- es la principal unidad descriptiva de la Antropología Cultural y, en consecuencia, del estudio antropológico de la medicina.

A la vista de lo que habitualmente enseñan los tratados de Antropología Cultural médica, muchos dirán que esta disciplina interesará desde luego, a los médicos colonizado-

res o misioneros, pero no a los que ejercen la medicina en “países civilizados”. No es así. Ante todo porque en los países hay grupo humanos en los que bajo formas diversas perduran ideas, creencias, estimaciones y prácticas, pertenecientes a la mentalidad llamada “primitiva”. Cualquiera puede comprobarlo.

En segundo término, porque como la psicología profunda tan convincentemente y prolijamente ha demostrado, hasta en los individuos de mente más urbana y racionalizada, existen arquetipos y modos de comportamiento propios de esa mentalidad. Todos los hombres, en efecto, somos en alguna región o profundidad de nosotros mismos, más o menos “primitivos”. En lo tocante a la medicina así lo ha hecho ver la patología psicosomática. Y en definitiva como acabo de indicar, **todas las sociedades, hasta las más actuales deben ser objeto de estudio de la Antropología Médica**. He aquí, pues, como la sexta de las humanidades médicas antes mencionadas, puede ayudar al médico a entender cabalmente la realidad de un hombre enfermo. Para no salir del ejemplo al que constantemente he venido refiriéndome, la de un ulceroso de estómago.

Conclusiones

Repetiré mi fórmula anterior: exigente y rigurosamente entendido ***“el humanismo médico es la actitud, el saber y la obra del sanador, que trata de practicar y entender la medicina, refiriendo su actividad tanto a las ciencias que cuando estudiante le enseñaron, como al conjunto de las que hoy denominamos humanidades médicas”***.

La psicología médica, la sociología médica, la ética médica, la historia de la medicina, la antropología médica, la

estética médica, la economía médica, la antropología cultural médica, la antropología médica filosófica, integran ese conjunto.

Médico humanista será, en la plenitud de las acepciones de esta palabra, el que así proceda, y con mayor razón el que además de practicar la medicina, se decida a cultivar por su cuenta alguna de estas materias.

¿Cómo podrá hacerlo? Dos tipos sociológicos deben ser discernidos en el cultivo de la ciencia: el técnico y el aficionado. Los dos son necesarios, los dos son complementarios. Las recién nacidas Humanidades Médicas necesitan tanto del trabajo profesional de aquel, del técnico, como de la dedicación ocasional de este, del aficionado. Una exposición ambiciosa de la medicina del siglo XX, por ejemplo podrá prescindir de lo que acerca de ella escribió en sus ratos de ocio el gran neurocirujano Harvey Cushing.

Muchas veces ha sido repetida una ingeniosa frase de Letamendi. Aquí se ha recordado hace un momento: *“el que no sabe más que medicina, ni aún medicina sabe”*. No estoy conforme. Respecto de lo que era la medicina oficial cuando esta fue escrita en el siglo XIX, tal vez, pero hoy no. Hoy habrá que decir: ***“el que en serio quiera saber medicina habrá de saber humanidades médicas”***.

A mi juicio esta es la gran consigna a la cual la cátedra así llamada de esta Facultad y los que ahora la regentan están cumpliendo de manera tan eficaz, de manera tan brillante, que para mí, maestro viejo, es tan aleccionador.

Muchas gracias. (Aplausos)

“Los valores en el campo de la salud”

Dr. Christian Plebst

El Dr. Christian Plebst, médico, psiquiatra Infanto- juvenil miembro coordinador del grupo Valores en el campo de la Salud, programa que promueve la conciencia y aplicación de los valores humanos desde las profesiones que se dedican al cuidado de la salud. En el mes de abril del año 2008 fue invitado por la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria a dar una conferencia en el Aula Magna de la Facultad de Ciencias Médicas, a los alumnos de la cátedra y docentes invitados. La misma versó fundamentalmente acerca de importancia de la formación en Valores de los profesionales de la salud y del amor como valor primordial en la relación médico-paciente. También ofreció una amplia visión de la medicina en el abordaje y tratamiento de los pacientes desde una mirada profundamente humanística. Se realiza una breve síntesis de los principales conceptos.

La educación plantea la necesidad primaria de trabajar directamente desde las escuelas e instituciones de la sociedad sobre el trabajo con los valores y el desarrollo de la capacidad de amar. Así como la alfabetización tiene una metodología y toma años su desarrollo, la educación en Valores requiere esfuerzos similares. La diferencia, dice Plebst, entre la enseñanza de habilidades cognitivas y el desarrollo de valores humanos como el Amor, la Paz o la Compasión, es que estos últimos requieren de adultos profundamente leales a la humanidad por encima de intereses individuales, políticos y religiosos. Adultos que encarnen dichos valores en pensamiento, palabra y sobre todo acción.

Los valores no se enseñan sino que se modelan en gesto y acción de manera coherente y cotidiana. Se deben crear las condiciones necesarias para su surgimiento. Esto requiere de adultos con una profunda sabiduría y recorrido interno. Steiner, en el libro “Lecciones de los Maestros” dice: *“La Medicina se enseñan con el ejemplo, se enseña con la vida que se tiene y con lo que se hace.”*

Todos o la mayoría de los problemas de nuestro mundo de una u otra manera se relacionan con la falta de valores humanos o se solucionarían con la aplicación de los mismos. La Educación en Valores, como objetivo de reflexión y trabajo aparece muy pocas veces en los libros de estudio o texto, tanto de los alumnos de las escuelas como de estudiantes de carreras humanísticas, incluyendo la Medicina.

Siempre es bajo temas indirectos que se roza la necesidad de desarrollar respeto, tolerancia, paciencia, como parte de una ética de convivencia. La ética sin la luz de los valores humanos pasa a ser una serie de ejercitaciones intelectuales. El Amor como palabra o como objetivo de reflexión y trabajo aparece muy pocas veces en los libros de estudio o texto.

Hoy en día asistimos indirectamente, especialmente en el área de Salud Mental, a la aplicación de técnicas clínicas basadas en los valores. Han crecido los programas médicos de hospitales de países desarrollados que ofrecen prácticas tanto para pacientes como para médicos basados en técnicas introspectivas que buscan incrementar el estado de Paz y atención plena de los profesionales de la salud. Técnicas como la Atención Plena (Mindfulness) Terapias basadas en la Aceptación o técnicas dialécticas que tienen sus bases en prácticas orientales y occidentales milenarias comienzan a generalizarse. El potencial de estas técnicas impacta sobre tres áreas principales:

1. La salud del propio profesional de la salud (inspirador de respeto y paz en sus pacientes)
2. La necesidad de que el profesional de salud refuerce estas prácticas en sus pacientes cuando ellos ya las practican.
3. Indicar proactivamente prácticas que desarrollen valores (obliga al profesional a conocer la gran variedad de hábitos y prácticas salutogénicas)

Los valores son uno de los factores de protección más poderosos que cuenta el ser humano. Nuestro paradigma está transicionando, dice Plebst, esperemos poder comprender aquello que se viene señalando hace tiempo: que se debería estudiar más a aquellos que no se enfermaron a pesar de vivir situaciones extremas o límites tanto física como emocionalmente. Al finalizar su exposición, el Dr. Plebst señaló que espera que en los próximos años se estudie no solo el estrés y como prevenirlo sino algo más, que los médicos se interesen en producir y conservar estados superlativos de salud.

Algunos Comentarios de alumnos luego de la conferencia:

“Me pareció una charla muy interesante, como hay pocas en nuestra facultad. Me interesó todo, me hubiera gustado que hablara más, ya que dijo cosas muy interesantes. Esencialmente me pareció un claro ejemplo de lo que muchos médicos hoy pregonan, pero son contados los que llevan a la práctica como él, cómo aplicar los valores en la relación médico-paciente, aún en el corto tiempo que dura hoy día una consulta.

“Creo que es importante que en la facultad de medicina se traten temas como el de los Valores en el campo de la Salud. Parece que a veces el médico se olvidara de su vocación de servicio, que se supone que fue lo que lo impulsó a estudiar esta carrera. A veces no se respeta al paciente como se lo merece, incluso a veces parece que el médico se parara un escalón más arriba por el solo hecho de tener un título, se olvidan de que algún día les toque estar del otro lado. Igualmente creo que esto sucede un poco también porque, al menos, en nuestro país, el trabajo del médico no es remunerado como debería, esto obliga a muchos a hacer un esfuerzo mucho mayor de lo que sería normal, por ejemplo algunos deben hacer varias guardias, (muchas veces seguidas) en una semana para poder tener un sueldo aceptable, esto implica descansar muy poco y mal, no alimentarse y vivir con normalidad, entonces sobreviene el malhumor, cansancio, desgano, etc., que llevan a veces a un “ maltrato ” del paciente. Esto sería un punto, que nuestro gobierno y sociedad deberían rever. Es prácticamente imposible que haya buena salud mientras no haya una medicina responsable.

“Me interesó mucho el tema de las “Medicinas Alternativas”, porque como muchas veces se ha dicho hay conflictos o patologías que la medicina tradicional u occidental no logra resolver y como vimos hay diferentes terapias que pueden ofrecer recursos realmente útiles pero no están lo suficientemente difundidas como para que todos podamos optar y hacer uso de las mismas.”

“La conferencia del Dr. Plebst, desde mi punto de vista fue muy interesante, ya que es un tema que en la actual sociedad se ha abandonado y principalmente no se practica. Teniendo presente el rol de estudiante en esta facultad y frente a los objetivos que me he trazado, cabe destacar ciertos valores tales como: humildad, sacrificio, perseverancia, respeto, paciencia, compañerismo, optimismo. Es de importancia aclarar que dichos valores no solo deben ser aplicados al rol del estudiante sino que ellos como muchos otros también deben ser tenidos en cuenta en la convivencia cotidiana frente a mi familia, amigos, vecinos, entre otros. La práctica diaria de los valores debería tener como fin formar “buenas personas” y significar de este modo, un ejemplo para el resto de la sociedad.”

“Considero de gran importancia incorporar temas vinculados con los Valores en el campo de la Salud como temas a tratar en la facultad. La sociedad actual va perdiendo paulatinamente muchos de los valores que favorece la convivencia diaria. En la televisión, radio o en los diarios, se observa y se escucha un gran número de acontecimientos, hechos o fenómenos de mucha violencia que principalmente tienen como causa factores relacionados con la pérdida de los valores. Por ejemplo: la violencia en los hogares, el maltrato a los ancianos, la inseguridad, la violencia en las escuelas, los enfrentamientos entre las pandillas juveniles, por citar algunos. Por otro lado dentro de la facultad existe un clima de competición y envidia que no se corresponde con el rol de un futuro profesional en medicina, el que principalmente tiene como función brindar un servicio a la comunidad de carácter solidario colocándose en el lugar de quien sufre.”

“La disertación del Dr. Plebst me pareció realmente interesante. Algo distinto. El tema de los Valores me parece interesante ya que en el momento de ejercer la profesión los valores nos deben motivar para dar lo mejor al paciente. Me interesa

ría que otros temas fueran abordados como por ejemplo que tengamos más actividades en contacto con personas que vivan una realidad deferente a las que podamos ayudar más”

“La conferencia me resultó muy interesante ya que me ayudó brindándome información para mi vocación de médico, al explicar el porqué del estudio de la medicina, saber con quién estábamos tratando (los pacientes) y cómo debería ser el trato. Creo que es importante el tema ya que se fue perdiendo con la evolución de las especializaciones”.

“Creo que fue una disertación muy buena , se habló de cosas que “sonaron “ raras en el Aula Magna, o sea, acostumbrados a hablar de cosas o temas sólo biológicos, nos llamó la atención.

“Lo que más me interesó es la búsqueda de valores que surgió, y el tema que se tocó al final de la charla sobre los niveles de conciencia de uno mismo en el camino hacia el bienestar.

Creo que es importante que en la facultad de Medicina se traten temas como el de los valores en el campo de la Salud, porque para ser médicos no tenemos que saber sólo de aspectos biológicos como nos imponen desde un principio, también debemos aprender a tratar con cuestiones que vemos muchas veces lejanas a nuestra propia realidad. Es importante no sólo la formación de un buen profesional, sino de un ser humano, o mejor dicho de” un profesional humano”. No hay muchas materias que abarquen temas como el de los valores en el campo de la Salud y creo que debería haber más materias que muestren esos aspectos. Otros temas desde esta cátedra que me gustaría que fueran abordados, la situación de enfrentamiento con la muerte que es algo con lo que nos vamos a tener que enfrentar”.

“La conferencia del Dr.Plebst me pareció muy interesante que un médico nos hable de los Valores y relaciones esto con nuestro futuro. Fue muy bueno que nos hablen sobre los Valores que hoy en día no son tenidos en cuenta”

“Nuevos paradigmas en nuevos escenarios docentes: formación integral de futuros profesionales de la salud”

Dra. C. Eva Josefina Quintero Fleites

Médica pediatra. Dra. En Medicina y Ciencias de la Salud. Master en Atención Primaria de la Salud. Profesora Titular de Pediatría y de Medicina General Integral. Directora del Curso Internacional de Atención Primaria de la Salud. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, República de Cuba.

Muchos de los docentes que hoy se desempeñan en los diferentes escenarios recibieron su formación profesional en los hospitales, bajo un paradigma biologicista, que aún persiste en Cuba y en muchos países del mundo; problema pendiente de ser solucionado por los responsables de la formación de las nuevas generaciones de profesionales de las Ciencias Médicas. Esos docentes nunca realizaron actividades en los centros de salud ubicados en las comunidades, y sus profesores les legaron conocimientos y habilidades relacionadas fundamentalmente con las enfermedades, en salas hospitalarias, donde desarrollaron actividades docente-asistenciales, a través de la observación de la evolución médica diaria de los pacientes asignados. Así se ha venido perpetuando la formación biologicista de estudiantes y residentes, dirigida por los miembros de los equipos de trabajo, conducen los pases de visitas docente-asistenciales en Cuba, bajo una forma organizativa docente propia de las Ciencias Médicas, que se le ha denominado “educación en el trabajo”. Los estudiantes, al llegar a las salas hospitalarias, se dirigen al lado de sus pacientes y desarrollan habilidades como las de la entrevista médica, el examen físico y la revisión y análisis de los resultados de los exámenes complementarios. Después se realiza el pase de visita, conducido por los profesores de diferentes categorías docentes bajo la supervisión del Profesor de categoría

docente superior. Se desarrollan, además, discusiones de casos, clínicas radiológicas, clínicas patológicas, discusión de piezas frescas y otras.

Estas actividades se han logrado sistematizar con el transcurso de los años. Por ello los alumnos, al llegar a las salas hospitalarias, se dirigen a sus pacientes en las respectivas camas y les interrogan, apoyados por algún familiar; realizan su examen físico; revisan sus historias clínicas y los exámenes complementarios y dejan plasmadas sus impresiones diagnósticas y comentarios en las evoluciones médicas, que después deberán verificarse por los residentes y otros miembros de la denominada pirámide docente. Ello precede, como ya se ha expresado al pase de visita conducido por el profesor responsable, que debe revisar y corroborar la veracidad y calidad de los datos obtenidos. Además de la evaluación de las evoluciones realizadas por los estudiantes y o internos o residentes, discute conductas terapéuticas y la toma de decisiones a favor de la mejor evolución de cada uno de los pacientes.

Esta dinámica fluye usualmente de forma espontánea y sistemática; alumnos y profesores asumen, con variaciones propias y con diferentes estrategias y niveles de profundización las temáticas abordadas. Las mismas responden a los objetivos propuestos, para cumplir los programas y las actividades planificadas, lo que se hace posible por la activa

participación en la selección de los pacientes, que es garantizada, por la pericia y experiencia de los docentes.

El cambio de escenarios docentes de forma progresiva para garantizar la formación de médicos generales integrales, no siempre se lleva a cabo. Falta la visión de profesionales y directivos del proceso de enseñanza-aprendizaje. Por ello no es extraño visitar un consultorio médico y encontrar alumnos sentados alrededor del profesor, con una actitud contemplativa, sin llevar a cabo acciones que les permitan el desarrollo de habilidades tales como el interrogatorio, la relación médico paciente, la toma de signos vitales o el llenado de datos en las historias de salud familiar. Los tutores no siempre asignan a los estudiantes tareas para el logro de los objetivos que deben cumplir y al incrementarse el número de estudiantes, se hace necesario la utilización de nuevos escenarios docentes como casas de abuelos, hogares maternos y otros, donde no siempre se trabaja de forma sistemática para cumplir con lo establecido en la "educación en el trabajo". Según ella, los estudiantes primero deben **observar** y después **participar** de forma activa, para lograr las habilidades que se adquieren con sistematicidad. Las mismas se perfeccionan día a día bajo la orientación del profesor que observa, rectifica y sobre todo controla, la veracidad de los datos que obtienen los estudiantes, para poder realizar una correcta y justa evaluación cada día del trabajo realizado por ellos.

Los escenarios acordes a los nuevos paradigmas, como el biosicosocial, debieran verse por profesores y estudiantes con un enfoque integral. Comenzar por llamar a los pacientes por su nombre, indagar por el resto de los integrantes *de las familias* y no olvidar el escenario de la comunidad donde viven y se desarrollan. El ambiente familiar, unido al comunitario, le ofrece al futuro médico una mirada real de la situación del paciente que atiende, sin obviar el obligado examen físico minucioso, eso permite la aplicación del mé-

todo clínico epidemiológico y social. Ello implica que los tutores y profesores tengan dominio de estas situaciones para que puedan con su experiencia incentivar en los alumnos y residentes una visión integral y conducir el proceso docente educativo, acorde a las situaciones reales donde vive su paciente. Sin obviar las actividades de control de los riesgos y de las acciones de promoción de salud que deben realizarse siempre con la participación de la comunidad.

Es un gran reto el logro de profesionales como los que demandan Cuba y los países de todo el mundo, que solo se podrán formar de forma integral si sus profesores tienen un paradigma diferente, o al menos aspiran a que sus estudiantes sean capaces de ir un poco más allá de las enfermedades y trabajen con un enfoque de promoción de salud y prevención de las enfermedades. No solo en los individuos, sino en sus familias y comunidades, mediante el método clínico epidemiológico y social y de forma integral, teniendo en consideración los aspectos psicológicos, sociales y biológicos de forma integrada. Esta es una responsabilidad de cada uno de los profesionales, buscar alternativas desde sus asignaturas y/o disciplinas de cómo tributar a la formación de ese profesional necesario, útil, que atienda sus pacientes con un enfoque humanista, solidario y científico, en Cuba o en cualquier país donde sea necesario, como si fuera uno de sus familiares más queridos, o un compañero de su aula o de su barrio.

Cristóbal Martínez (2002), expresa en su libro "Salud familiar", "... es necesario salirnos de la cómoda consulta e irnos allí al lado del paciente, menos cómodo pero más real. Literalmente la frase dice: ***"el escenario es otro y muy distinto, tenemos que salir del estrecho y 'cómodo' consultorio y de la sala del hospital, para situarnos allí en el propio entorno, donde se desarrolla la vida de nuestros pacientes, menos 'cómodo' pero evidentemente más 'real' "***

A más de veinte años de un hito

El Primer Encuentro de Salud y Medicina de los Pueblos Indígenas en 1994

Jorge Pastor Asuaje

Licenciado en Comunicación Social, Ayudante Diplomado de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP.

Por primera vez en la historia de la salud y medicina argentina, los pueblos indígenas tuvieron la posibilidad de tratar sus problemas y compartir experiencias en el marco de un evento organizado por la Cátedra de Salud, Medicina y Sociedad (hoy Salud y Medicina Comunitaria) y auspiciado

por organismos e instituciones oficiales y privadas, que se llevó a cabo a principios de mayo de 1994.

Más de trescientas personas participaron en la localidad de Toay, ubicada a 15 kilómetros de San Rosa, capital de la provincia de La Pampa, del "Primer Encuentro de Salud y Me-

PRIMER ENCUENTRO DE SALUD Y MEDICINA DE LOS PUEBLOS INDIGENAS

Organizado por el Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de La Pampa, Cátedra "Salud, Medicina y Sociedad" de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, Centro de Estudios, Divulgación y Apoyo a las Culturas Indígenas (CEDyACI)-Museo Indigenista "Yana Kuntur" de La Plata, Comisión Interamericana de Juristas Indígenas, Comisión del Centenario de Toay, y Agrupación Ranquel de la localidad.

En este encuentro participan Miembros de comunidades indígenas de la Rep. Argentina: Tehuelches Mapuches- Kollas- Tobas- Guaraníes- Mocovíes- Chaguancos- Chânes- Pilagas- Wichis- Corotes- Chulupies- Tapietes- Diaguitas- Calchaquies, Ranqueles y otros Profesionales de la salud y agentes vinculados con la atención de estas comunidades.

Investigadores de la problemática, Social, cultural y sanitaria de los pueblos indígenas. Dirigentes políticos comunitarios.

El propósito del encuentro es promover, la participación y el compromiso de representantes de las

diversas comunidades indígenas de la Argentina, profesionales de la salud, investigadores, políticos otros sectores comunitarios interesados en la situación social y sanitaria actual de estos pueblos.

Favorecer el diálogo entre diversos saberes, el intercambio de experiencia y el aporte de propuestas para fortalecer la capacidad de respuesta social frente a las condiciones de vida y salud de los indígenas y sus descendientes-

Contribuir a la toma de conciencia para que comience a saldarse la deuda histórica con los pueblos originarios de América, a través de la búsqueda de la equidad y la justa reivindicación de su derecho a la vida y la salud.

Dentro de los objetivos principales de los organizadores son.

Analizar las condiciones de vida, necesidades y problemas de salud de las comunidades indígenas de la Argentina.

Rescatar aquellas expresiones de cultura indígena, hábitos de vida, prácticas de salud medicinas tradicionales que han sido y son utilizadas para el cuidado de la salud y



como estrategia de supervivencia.

Elaborar propuestas y recomendaciones para la formulación de políticas sociales y sanitarias que

contribuyan al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas-

dicina de los Pueblos Indígenas” de la República Argentina, desde el 26 al 28 de mayo de 1994. Desde todos los rincones del país llegaron hasta esa ciudad, que ese año cumplía su centenario, representantes de comunidades indígenas mapuches, tehuelches, kollas, tobas, guaraníes, mocovíes, chaguanco, chanés, pilagás, wichí, chorotes, chulupíes, tapietés, diaguitas, calchaquíes y ranqueles; trabajadores de la salud vinculados con ellos; investigadores y estudiosos del tema; funcionarios y representantes de organismos municipales, provinciales, nacionales e internacionales.

Durante tres días completos todos ellos participaron de paneles y talleres donde se expusieron y se discutieron problemas y experiencias, visiones, reclamos, pedidos y proyectos. Pero más allá de estos espacios formales de reunión, el

“Primer Encuentro...” también facilitó el conocimiento, el intercambio de ideas y la confraternización en actividades comunitarias que tuvieron como eje la comida, la música y la religión. Los almuerzos y las cenas (servidos en el Comedor Universitario y en la Escuela 62, el espectáculo musical que tuvo lugar en el Aula Magna de la Universidad Nacional de La Pampa y la rogativa de los participantes indígenas, realizada en el Parque Aborigen de Toay, fueron excelentes pretextos para la charla entre los participantes, que nunca antes se habían visto y que a partir de allí descubrieron que tenían muchas cosas en común. Por eso, sin desdeñar en absoluto las potencias presentadas y el trabajo de los talleres, en este espacio estuvo, quizás, la parte más fructífera del encuentro.

A continuación transcribimos los fundamentos que dieron origen al encuentro y la nota editorial de la publicación que realizó la Cátedra con posterioridad al mismo.

Fundamentos

Un análisis de la situación actual de los pueblos originarios de América, luego de 500 años de la colonización europea, arroja un panorama desolador en todo el continente. La pobreza y la falta de acceso a la educación y los servicios de salud de las comunidades indígenas condicionan.

La Asamblea de la Organización Panamericana de la Salud, integrada por los ministros de salud de todo el continente, reunida en Washington en septiembre de 1993, reconoció que “las condiciones de vida y salud que prevalecen entre una población estimada en 43 millones de indígenas en la región de las Américas son deficitarias, expresándose en una mortalidad excesiva por causas evitables y en una menor esperanza de vida al nacer, lo cual demuestra la persistencia y aún la acentuación de las desigualdades de la población indígena en relación a otros grupos sociales homólogos”.

En la Argentina entre 350.000 y 700.000 aborígenes viven en zonas desfavorables y en comunidades situadas en su mayoría en áreas de frontera, en condiciones socio-económicas de extrema pobreza, similares al resto de América. Excluidos aún en muchos lugares de la tenencia de la tierra en la que viven, a pesar de la existencia de Leyes de Política Indígena, padecen

enfermedad y muerte prematura como en el caso del cólera, en que el casi todos los casos fatales se han dado en poblaciones indígenas.

Este encuentro en la provincia de La Pampa significa situarnos en el lugar donde los pueblos originarios del centro-sur de nuestro territorio (pampas, mapuches, ranqueles, puelches, vorogas) resistieron más de dos siglos el avance del hombre blanco hasta el fin de sus vidas. La Pampa Central fue zona de convergencia de las “rastrilladas” por las cuales transitaba el indio en sus dominios, y Toay fue asentamiento de numerosas familias de antiguo linaje ranquel. Sus descendientes, en ocasión de celebrarse este año el centenario de la fundación de la ciudad, ven hoy con orgullo reflejada la imagen indígena en el escudo oficial de la provincia, siendo La Pampa la única provincia argentina que la ha adoptado, así como se manifiesta en la toponimia de sus departamentos y localidades.

Los organizadores de este encuentro aspiran a que el mismo contribuya a reconocer y respetar la diversidad cultural de los pueblos que componen nuestra Nación, y que sirva como un aporte real de la formulación de propuestas para mejorar las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas de Argentina, y el comienzo de una reparación histórica largamente postergada.

Editorial

Protagonistas de una nueva historia

Desde que el cólera regresó trágicamente al continente americano, en la Argentina se desarrolló la más grande movilización social que recuerde la historia de la Salud Pública en el país, para tratar de evitar el ingreso y propagación de la epidemia. Se realizaron numerosas reuniones donde "El Cólera" era el eje del debate. Se habló mucho de la pobreza como factor de riesgo, del agua potable y las cloacas, y en la Argentina hay millones de personas en esa situación. Sin embargo, cuando la primera ola de la epidemia incursionó en el país, los muertos que dejó eran todos indígenas.

Esta circunstancia epidemiológica, y más tarde los sucesos de Chiapas en México, pusieron en evidencia la situación de los indígenas en América. A pesar de haber declarado la ONU al 1993 como Año Internacional de los Pueblos Indígenas, y de la designación ese año de una maya quiché



de Guatemala, Rigoberta Menchú, como Premio Nobel de la Paz, no ha cesado el despojo, la marginación, la enfermedad y la muerte de miles de indios en el continente americano. En nuestro país, el cólera sirvió al menos para revelar una grave situación de inequidad que permanecía oculta para la mayoría de los argentinos.

MEDICINA INDIGENA

Comenzó el encuentro en Toay



Más de 250 participantes de las distintas comunidades aborígenes de la Argentina participan desde ayer en el Primer Encuentro de Salud y Medicina de los Pueblos Indígenas que se realiza en Toay. En la fotografía el ministro de Bienestar Social, Santiago Alvarez, junto al doctor Horacio Pracilio y representantes aborígenes, durante la inauguración en el Aula Magna. (Información en página diecinueve).

Por ello, creemos que es necesario cambiar definitivamente el eje de la discusión en materia de salud. El modelo médico vigente, tan arraigado en la medicina como en la población, está basado en la enfermedad. Resulta indispensable modificar este paradigma y desarrollar un nuevo modelo médico desde una perspectiva antropológica, y por lo tanto centrado en la persona humana, con su entorno social y cultural.

Más allá de las conclusiones, que no pueden reflejar las emotivas vivencias del intercambio humano entre personas de diversas culturas, el producto fundamental de este histórico Encuentro realizado en La Pampa fue la sensación que se percibía en muchos rostros cobrizos. En una Argentina democrática podrían volver a ser protagonistas, pero esta vez de otra histórica menos trágica que las anteriores.



“Análisis Situacional de Salud de Comunidades Rurales Toba-Qom de Pampa del Indio, provincia de Chaco”

Norma Domancich

Trabajadora Social, ex integrante de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP

Carlos Rodríguez Monti

Médico Clínico, Ayudante Diplomado de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP.

Cuando se habla del proceso salud-enfermedad-atención de las comunidades indígenas, el mismo no puede verse sino como el resultado de históricas inequidades y desigualdades sociales que se traducen en exclusión, pobreza, desocupación, enfermedades, muertes evitables y, por sobre todo, olvido.

Desde esta perspectiva, el trabajo, desarrollado en el marco de las actividades de extensión universitaria, fue llevado a cabo por alumnos de la Facultad de Ciencias Médicas, con la colaboración de estudiantes de la Facultad de Trabajo Social, ambas de la Universidad Nacional de La Plata, quienes, a partir de la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos en su formación, realizaron distintas actividades vinculadas a la Promoción de la Salud y el Ambiente en Comunidades Rurales Toba-Qom de Pampa del Indio, provincia del Chaco.

El trabajo, realizado en el año 2008, surgió por iniciativa del Centro de Estudiantes de la Facultad, a partir de tomar conocimiento de las deficientes condiciones de vida y de salud de las comunidades rurales Toba-Qom del lugar. La coordinación técnico-metodológica en terreno, así como la capacitación de los alumnos, previa a las actividades en terreno y la elaboración del Análisis Situacional estuvieron a cargo de la licenciada Norma Domancich y el doctor Carlos Rodríguez Monti integrantes de las Cátedras de Salud y

Medicina Comunitaria y Salud Ambiental, quienes viajaron a Pampa del Indio con un grupo de 100 alumnos de la Facultad de Ciencias Médicas y de Trabajo Social,

Las áreas geográficas de trabajo se seleccionaron de acuerdo con los referentes de las diferentes comunidades indígenas quienes, al igual que los alumnos, asumieron un rol protagónico en todo momento.



Alumnos relevando hogares en Pampa del Indio – Chaco. 2008.

Sus objetivos apuntaron a generar la información necesaria para avanzar hacia el logro de una mejor cobertura de salud y asistencia primaria de Comunidades Toba de los Municipios de Pampa del Indio y General San Martín, de Chaco.

Se realizó un Análisis Situacional de Salud de las poblaciones de los parajes de Campo Medina, Pampa Chica, Lotes 50 y 51 y Lote 4, del Municipio de Pampa del Indio y del Asentamiento Toba del Municipio de General San Martín; todos ellos pertenecientes al Departamento Libertador General San Martín de la provincia de Chaco. El relevamiento alcanzó a 209 hogares y se realizó durante los meses de septiembre y octubre de 2008.

El Análisis Situacional de Salud se efectuó a través de una encuesta domiciliaria y el desarrollo de talleres y foros comunitarios con el fin de aportar a la comunidad la información necesaria para avanzar hacia el logro de mejores condiciones de vida, una mejor cobertura de salud, asistencia primaria y un ambiente más saludable.

Los resultados obtenidos a partir de encuestas domiciliarias, fueron entregados a las comunidades, constituyendo insumos de importancia para la elaboración de proyectos transformadores de la realidad que permitieron avanzar hacia el logro de mejores condiciones de vida, un ambiente más saludable y una mejor cobertura de salud y asistencia primaria,

Entre las actividades desarrolladas pueden mencionarse los controles antropométricos en niños, las charlas de educación para la salud y saneamiento ambiental, el relevamiento de las fuentes de provisión de agua y la recolección de muestras de materia fecal para realizar estudios parasitológicos.

Se destaca la activa participación de las comunidades indígenas tanto como la de los alumnos en la elaboración, implementación y evaluación del proyecto.

Los resultados:

Las comunidades indígenas Toba-Qom de Pampa del Indio, provincia del Chaco, están ubicadas en zonas rurales. Sus integrantes viven en casas de adobe, con piso de tierra y techo de caña o paja, en una zona árida donde el acceso al agua segura presenta enormes dificultades. Tampoco existen instalaciones sanitarias adecuadas. Su principal ocu-

pación es el cultivo de algodón y zapallo y la producción de artesanías, actividades que no les proporcionan los ingresos suficientes para satisfacer las necesidades mínimas. El acceso a la atención de la salud se ve dificultado, entre otras razones, por la escasa oferta de servicios, la dispersión geográfica y el aislamiento de las comunidades.

Frente a esta realidad socio-sanitaria-ambiental, resulta ineludible que las Universidades Nacionales asuman un fuerte compromiso social, desarrollando acciones destinadas a generar procesos de transformación. La implementación del presente proyecto posibilitó a la comunidad, a partir de la información proveniente del Análisis Situacional Ambiental y de Salud, acceder a un conocimiento sistematizado, básico para generar los cambios que garanticen el real cumplimiento del derecho a la salud.

Para los alumnos participantes, resultó una invaluable posibilidad de conocer las condiciones de vida y de salud de las comunidades indígenas, históricamente excluidas, aplicando conocimientos específicos de Promoción de la Salud, Atención Primaria de la Salud (APS) y Atención Primaria Ambiental (APA); como así también, de contribuir a la vinculación de la Universidad con los grupos poblacionales que más necesitan de sus aportes.

La principal conclusión del estudio, que abarcó a 209 hogares, inevitablemente debe referirse a la extrema situación de pobreza en que se encuentran los pobladores de todas las comunidades estudiadas, producto, sin duda, de los largos años de explotación y exclusión social que han sufrido y sufren las poblaciones indígenas. El total de los hogares estudiados se incluye en la categoría de hogares con necesidades básicas insatisfechas, encontrándose presente en la gran mayoría de ellos más de un indicador de privación.

Ningún hogar cuenta con instalaciones sanitarias dentro de la vivienda y muchas familias tampoco fuera de ella. Las únicas instalaciones sanitarias son letrinas, construidas de manera precaria. Siendo la vinchuca un insecto habitual de la zona, la precariedad de las construcciones y, en muchos casos los materiales utilizados, resultan factores de riesgo, por constituir un hábitat propicio para las mismas.

Casi la mitad de los hogares se provee de agua en molinos o canillas y pozos comunitarios, teniendo, en estos últimos, mayores probabilidades de encontrarse contaminada, ya que muchos de ellos son a cielo abierto.

Promoción de la salud de los pueblos indígenas

Las condiciones de provisión, consumo y almacenamiento del agua, sin la realización de ningún tipo de tratamiento de potabilización, reviste un grave riesgo para la salud, ya que la misma puede resultar no apta para el consumo humano por presentar contaminación química o biológica.

Las pirámides poblacionales de todas las comunidades, con una base muy ancha y una cima extremadamente angosta, también se corresponden con las de poblaciones pobres, caracterizadas por altas tasas de natalidad y mortalidad. Las personas mayores de 65 años son pocas, representando apenas el 3% de la población.

La actividad laboral resulta en extremo precaria, presentando magros ingresos, falta de cobertura social y de aportes previsionales. En general, se trata de economías de subsistencia, con alto grado de fragilidad y escasa capacidad de ahorro, donde las familias constituyen pequeñas unidades productivas, vinculadas al aprovechamiento directo de los recursos locales.

La alimentación de los pobladores no cumple con las recomendaciones para una alimentación saludable, tanto en calidad como en cantidad y frecuencia. La mayoría de las familias refiere realizar sólo una comida al día, resultando frecuente que en algunos hogares pasen uno a más días sin ingerir alimentos.

Los problemas de salud de la población adulta que se presentan con mayor frecuencia, de acuerdo a lo referido en los hogares, son los vinculados a los sistemas circulatorio, respiratorio y osteoarticular, como así también las enfermedades infecciosas y parasitarias. Los problemas de salud de los niños se relacionan con el sistema respiratorio, las enfermedades infecciosas y parasitarias y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.

Entre las barreras a la accesibilidad más importantes pueden mencionarse las geográficas, representadas por la distancia que media entre el domicilio y el centro de atención más cercano, la que muchas veces supera el kilómetro de distancia y debe ser recorrida a pie.

Sin duda, las comunidades Toba-Qom de Pampa del Indio son pobres y, en consecuencia, presentan serias deficiencias en cuanto a las condiciones de vida en general y, agravadas por la actual sequía y su precaria situación laboral, que define el bajo poder adquisitivo de las familias y resulta determinante a la hora de garantizar una alimentación balanceada y procurarse otras soluciones, diferentes a las brindadas por el Estado, tanto en los problemas referidos al agua como a la atención de la salud. La situación asume ribetes más serios si se tiene en cuenta que la mitad de la población está compuesta por niños.

Una familia Toba-Qom. Pampa del Indio, Chaco. 2008.



Ensenada y la Cátedra de Salud

Omar Resa

Secretario de Salud y Medio Ambiente de la Municipalidad de Ensenada, Jefe de Trabajos Prácticos de Ecología Humana y Promoción de la Salud, FCM-UNLP.

Prácticamente desde el inicio de la Cátedra personal de las Unidades sanitarias y el Hospital tomaron contacto a través de cursos de posgrado. Pero fue ante el ofrecimiento de la Cátedra a las Unidades Sanitarias de Ensenada, concretamente a las del Plan Muñiz, para que recibieran alumnos que se iniciaron los primeros contactos formales. Los jefes de esas Unidades Sanitarias (Mosconi, Villa Tranquila y El Molino) empezaron a recibir alumnos, lo que motivó no solamente el contacto con los mismos sino la necesidad de interiorizarse de los objetivos de la Cátedra para colaborar eficazmente en terreno. Fue entre otras razones por ese motivo que varios integrantes de las unidades sanitarias solicitaron la posibilidad de acceder a tomar el curso sobre Planificación Local de Salud que junto con OPS organizaba la Cátedra.

Ese curso sirvió no solamente para capacitar a estas personas sino también como un punto de contacto asiduo con personal de la Cátedra y en algunos casos la invitación para participar de sus actividades, y la posterior invitación a formar parte del plantel docente.

Trabajos de alumnos en terreno

La incorporación de alumnos a las Unidades Sanitarias mencionadas, y con posterioridad a otras, significó en muchos casos un aporte importante. Los alumnos a la par que visualizaban el trabajo en los Centros de Salud daban un valioso aporte en la colaboración de tareas de diagnóstico

y Promoción de Salud que se traducían en trabajos de campo de gran utilidad. Por otra parte la comunidad visualizaba como las Unidades Sanitarias tenían un aporte importante para la presencia en terreno de las mismas. Con el correr del tiempo, en los lugares donde se pudo aprovechar esta contribución, la presencia de los alumnos generó cambios en la comunidad y en el mismo personal de los Centros de Salud.

Sería imposible detallar como en muchos casos los alumnos mostraron distintos caminos para llevar adelante sus tareas de promoción que en muchos generaron docencia hacia la comunidad y el personal de salud. Como la amplia temática que abordaron y el acierto de sus diagnósticos aún con los escasos recursos y la falta de experiencia. Cuando se sumó esto al conocimiento propio del personal de Salud se generó una amalgama que dio importantes frutos.

Simbel y otros cursos

Un aporte importante para la optimización de Ensenada en tareas de APS fue su participación en el Proyecto Simbel, donde el equipo de Ensenada formado por personal de salud pero también por integrantes de la Comunidad logró un excelente desempeño y sembró nuevos bríos en los mismos. Esto también fue el germen de la participación de estos municipios en la creación de la Red de Municipios Saludables. Este proyecto del cual no entramos en mayores detalles ya que se tratará en otra parte de esta publicación, fue, por lo mencionado de capital importancia en la Región.

Docentes en Secretaría de Salud

A partir del 2003 cuando integrantes de la Cátedra acceden a la conducción formal del área de salud se produce una transformación de la misma para dar un mayor énfasis a la APS. No solamente esto se traduce en la construcción de nuevos Centros de Salud, insumos y equipamiento que no existían, sino en acciones como la informatización de todos los mismos, capacitación constante y fomento de la Promoción de Salud. El incorporar el Programa Médicos Comunita-

rios, en el cual colaboran muchos integrantes de la Cátedra significó una nueva instancia de capacitación, como asimismo la incorporación de nuevo personal consustanciado con la filosofía de la APS que está dando muy buenos frutos.

Es importante recalcar que el tener la conducción del área de Salud de un Municipio conlleva el gran compromiso, y el desafío, de poner en práctica lo que se promociona desde las aulas de la Universidad y el postgrado. Es indudable un examen del que creemos estamos saliendo con buenos resultados.

Hay un camino más largo, pero es el único

La experiencia de la Cátedra desde la comunicación social

Jorge Pastor Asuaje

Licenciado en Comunicación Social, Ayudante Diplomado de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP.

La Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria de la UNLP, por su conformación multidisciplinaria, ha permitido el desarrollo de distintas perspectivas didácticas. En mi caso personal me ha tocado hacerlo desde el lugar de la Comunicación Social, ciencia que si bien cuestiono en su denominación es el campo en el que convencionalmente se ubica mi formación. Desde ese lugar he transcurrido la experiencia en la actividad áulica y el acompañamiento del trabajo de campo de los alumnos. En ambos casos esa práctica me ha permitido descubrir realidades que me han llevado a replantearme algunas de las ideas y concepciones con las que originalmente me incorporé al equipo.

Esos descubrimientos sin embargo no fueron inmediatos, sino muy por el contrario, llegaron recién en los últimos años. Si bien no expondré aquí sus fundamentos teóricos, que volqué en un trabajo incorporado a los materiales de estudio, si me parece importante contar aquí como se produjeron.

En primer lugar, si bien mi actividad docente estuvo abocada a la totalidad de las temáticas incluidas en el programa de la materia, por mi título profesional específico se me pidió que me hiciera cargo del punto referido a la Comunicación Social en salud. En respuesta a ese pedido implementé un taller que tuvo un gran “éxito”, aparentemente. Y digo “aparentemente” porque el taller tuvo muy buena recepción en los alumnos, se desarrolló con mucha dinámica y permitió, supuestamente, incorporar un conocimiento muy útil para el Trabajo de Campo. Tanto “éxito” tuvo que mu-

chos docentes de otros grupos me pidieron que lo fuera a implementar en sus días de cursada. Y yo mismo creí que era muy “exitoso” porque en el aula lograba los objetivos planteados para el taller: se producía una reflexión crítica a partir del análisis de los propios discursos, tomando como eje el hecho de “ponerse en el lugar del otro”. Y los alumnos además se divertían, cosa fundamental para el aprendizaje.

En el taller, los alumnos tienen que elaborar en grupo una propuesta de actividad referida a la salud para sus propios compañeros de aula y decidir como la van a difundir, por qué elementos, y elaborar un esbozo de esa propuesta. Pueden recurrir tanto a la gráfica (afiches, volantes, cartillas, etc.), como a la vía radial o a cualquier otra alternativa que sirva para difundir la propuesta de cada grupo. Las propuestas se exponen y se votan y después se hace un análisis de las más votadas y las menos votadas para tratar de comprender porque unas tuvieron más aceptación que otras. Las conclusiones que se extraen deberían servir para aplicarlas en el momento de difundir las propuestas de intervención en el trabajo de campo. En otras palabras: si los alumnos propusieron en el aula algo que no tuvo aceptación porque no despierta suficiente interés en sus compañeros o se plantea en horarios o lugares inconvenientes, deberían comprender que lo mismo puede resultar de su propuesta de intervención, así fuere de una charla o de otro tipo de evento.

Y digo “deberían”, porque la práctica posterior demostró que el taller en general no sirvió para conseguir que los alumnos elaboraran propuestas de intervención que tuvie-

ran una repercusión real en los espacios asignados. En la mayoría de los casos volvieron a caer en la convocatoria a las tradicionales “charlas” sobre temas que no encontraron receptividad; bien porque no existía en la comunidad un interés real o bien porque la hora, el lugar y la forma de la propuesta no se adaptaron a sus necesidades.

La recurrencia en esa práctica frustrante me permitió comprender, con el tiempo, que no bastaba con hacer un taller “exitoso” para modificar la forma de comunicarse de los alumnos con las comunidades a las que concurrían. Las reflexiones realizadas en el taller quedaban marginadas en la actividad en terreno porque ante la falta de una supervisión docente constante, los alumnos tendían a hacer algo “para cumplir”. Es decir, se producía en la realidad una subestimación de la tarea de campo, subvalorada respecto a las clases áulicas y a los “temibles” parciales en el marco de la Cátedra y subvalorada aún más respecto a todas las demás materias biológicas. Alguna que otra ida a terreno, la proposición de una charla sobre un tema que le interesaba a algunos vecinos y una carpeta voluminosa con muchas fotos eran vistas como requisitos suficientes en muchos casos para la aprobación de la materia. Los alumnos solían darle más importancia a la estética de la presentación del Trabajo de Campo que a su desarrollo concreto.

Esa realidad comenzó a modificarse cuando tuve la posibilidad de acompañar personalmente a los alumnos en su incursión en terreno¹. El cambio de la relación docente-alumno, al producirse una aproximación a la realidad que vivían ellos en el espacio local, dio como resultado un cambio también en la relación alumnos-comunidad. Hubo una revalorización del trabajo de campo y las propuestas de intervención comenzaron a tener un impacto real en la población sujeto.

La conclusión que desde el punto de vista teórico en lo comunicacional pude extraer de esa experiencia fue que **la efectividad de los procesos de comunicación no depende fundamentalmente de técnica utilizada en ellos, si no**

del desarrollo del propio proceso. Es que generalmente la Comunicación Social es entendida como el procedimiento mediante el cual alguien logra difundir algo (un símbolo que puede ser una idea o un producto) con la intención de obtener una respuesta determinada por parte de los destinatarios de ese mensaje. Pero eso no es comunicación, porque la comunicación es el hecho de compartir un mensaje y solo es posible compartirlo cuando se da el diálogo, no cuando es uno solo el que habla. Por eso cuando la finalidad es social y tiene que ver con el bien común buscando la modificación de hábitos y conductas, es decir, de aquello que denominamos en la Cátedra “estilos de vida”, la simple difusión nunca es efectiva. Porque los métodos persuasivos no logran una concientización real sobre los problemas, pueden conseguir, a lo sumo, una respuesta mecánica; pero para lograr efectividad es necesario que el mensaje que se pretende transmitir sea tomado como propio por el destinatario. Y para eso es necesario que este último pueda tener también voz y voto, siendo considerado como “sujeto” con el cual se estudia una realidad y sus problemas, y no como “objeto” de estudio.

El mérito de haber descubierto esta diferencia sustancial entre la idea de “objeto” y “sujeto” no es mío, sino del profesor Saúl Yustón, que tuvo un corto paso por la cátedra pero dejó este concepto fundamental. A mí me resultó fácil compartirlo por la experiencia que venía desarrollando en terreno con los alumnos y por mis experiencias anteriores en trabajo comunitario. Pero aún así tardé un poco más en entender que si hablamos de “sujeto”, en el sentido de su humanización y de su capacidad de protagonismo, ese sujeto tiene tanto derecho a conocernos a nosotros como nosotros a él. Por eso creo que es muy importante introducir en el modelo de Planificación Local Participativa el espacio que le damos a la comunidad para que nos conozca.

Pretender que alguien produzca cambios en las conductas que hacen a sus “estilos de vida” y, más aún, que una comunidad emprenda acciones conjuntas solo porque se ha hecho con ellos un buen diagnóstico y se han planificado en conjunto las acciones es ingenuo y errado. Sucederá lo que sucede con las técnicas de comunicación: por efectivas que parezcan van a fracasar si no van acompañadas de lo principal, que es la confianza de la comunidad. Y eso solo se consigue con trabajo y con tiempo.

¹ Quiero aprovechar la oportunidad para agradecer al doctor Héctor Barba por su predisposición en colaborar con los alumnos en el Trabajo de Campo en las unidades sanitarias de Los Hornos y Puente de Fierro. Y a los directivos, personal y alumnos de las escuelas Primaria N° 9, “América”, y Secundaria N° 12 “Monseñor Enrique Angelelli” de Berisso, por el mismo motivo.

“Sigo aprendiendo con los alumnos”

Eduardo Pablo Martínez

Médico Ginecólogo, Ayudante Diplomado de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP.

Con respecto al Trabajo de Campo, mis primeros pasos con los alumnos fueron en Villa Tranquila de Ensenada, recién comenzaba con la actividad en la Cátedra, fueron años de mucho trabajo. Luego, por cuestiones laborales, seguí trabajando con los alumnos en el Centro de Salud N° 18 de Lisandro Olmos (La Plata), el trabajo fue muy distinto, ya que la población es de quinteros, y las distancias para recorrer enormes. Y, finalmente, pasé a desempeñarme en el Centro de Salud N° 8 de Altos de San Lorenzo de La Plata; la población fue muy diferente, especialmente la de Puente de Fierro, que pertenece al barrio, donde las necesidades socio-económicas son muy importantes; los alumnos aprendieron mucho de esta zona. Allí en los últimos años trabajamos en el Jardín de Infantes N° 5 Municipal donde fue otra experiencia, y creo que muy gratificadora”.

“Cuando me puse a recordar cómo fue mi ingreso a la Cátedra, todo comenzó cuando por medio del Curso de Planificación Local de Salud que realicé en la vieja Escuela de Salud Pública, me relacioné con gente de la Cátedra, y empecé a cambiar mi forma de pensar. Estaba formado con una mentalidad bióloga, y no pensaba al individuo como un todo bio-psico-social-espiritual; poco a poco fui comprendiendo que las personas no eran un mero engranaje,

sino que pensaban, sentían y formaban grupos, actuando en función de ello.

Así me integré a la vieja Cátedra de “Salud, Medicina y Sociedad”, que el tiempo y las circunstancias académicas cambiaron su nombre; participé también en “Ecología Humana y Promoción de la Salud”, hoy materia optativa de los alumnos de la facultad y además integré el grupo que contribuyó a formar las Obstétricas (junto a la licenciada en Obstetricia Graciela Gómez y el doctor Aldo Madeo), en los distintos contenidos de la materia.

Han pasado 21 años de aquellos primeros pasos, pero hoy miro para atrás y me doy cuenta lo mucho que he aprendido y sobre todo el enfoque multidisciplinario que me ha ayudado mucho.

¡¡¡Ah!!!, y me olvidaba, también en estos años con el «trabajo en terreno», que realizamos con los alumnos, principalmente en la comunidad, tanto con las familias como hoy en día con los Jardines de Infantes, mejoraron mi aprendizaje y el conocimiento sobre la comunidad; y lo más importante es que con «todos aprendimos algo».

Ha pasado tanto tiempo pero parece que fue ayer, lo importante es «seguir trabajando» para producir nuevos conocimientos y seguir aprendiendo con todos».

Un “granito de arena” a la salud comunitaria

Mariana Cabrera

Psicóloga, Ayudante Diplomada de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP.

La creación de la Cátedra Salud, Medicina y Sociedad, en la Facultad de Ciencias Médicas de la ciudad de La Plata, hoy llamada Salud y Medicina Comunitaria, vino de la mano de profundos cambios sociales, políticos, económicos y culturales de nuestra sociedad.

Hace ya varios años se comenzaba a vislumbrar nuevas concepciones de la educación médica en la que las Ciencias Sociales empezaban a asomarse tímidamente en los programas de educación médica, con la finalidad de formar al futuro profesional de la Medicina con una visión más integral del concepto de salud que incluyera lo biológico, psicológico, social y espiritual, este último incorporado en los últimos años. Una sólida formación en ciencias biomédicas es muy importante e imprescindible para la formación básica del médico en el pre-grado pero considero que la misma debe completarse con conocimientos aportados por otras disciplinas como la psicología, la sociología o la antropología, conocimientos cada vez más necesarios para promover el desarrollo de la capacidad de las personas para vivir saludablemente en el marco de su entorno familiar y social.

Todo este aprendizaje es necesario pero no suficiente ya que carece de valor sin una profunda formación en ética y valores humanos. Así como el médico se constituye como la primera medicina para el paciente en su función y con su persona, el docente para con sus alumnos es un referente presencial que muestra una manera de intervenir en el

proceso enseñanza-aprendizaje. El paciente en la consulta y el alumno en la clase son reconocidos y admitidos cada uno en su dimensión subjetiva desde la fundamentación ética.

Desde entonces y aún hoy día la tarea de contribuir a formar profesionales y especialmente personas cuya finalidad sea: *“curar aveces, aliviar frecuentemente y consolar siempre”*, ha sido y es hoy día una premisa en mi trabajo con los alumnos. Como Lic. en Psicología, docente en una Facultad con una sólida y prestigiosa tradición en Ciencias Biomédicas, pero con pocos espacios donde se hable, se forme y se discutan otros temas esenciales en la formación del futuro profesional de la salud, esee es un desafío diario. Pertenecer a una Cátedra con fuerte impronta interdisciplinaria me ha permitido contribuir en la formación humanística de los alumnos a lo largo de estos últimos 15 años, desde mi incorporación a la misma. Esome ha compensado en lo personal, con grandes retribuciones en la devolución que he tenido de los alumnos todos estos años, por el compromiso asumido con las personas en los espacios donde realizaron su trabajo de campo, pilar fundamental de la Cátedra. Como dice la socióloga y profesora de Formación Humanística del Instituto CEMIC, Mercedes Carrasco, *“La salud es un delicado equilibrio y mantenerlo, un verdadero arte. Por lo tanto, el aprendizaje y la práctica de la medicina exigen disciplina, humildad, amor, paciencia, observación, desapego, discernimiento y constancia”*.

La Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria, ha sido y es uno de los pocos espacios dentro de la facultad donde se intenta promover y desarrollar estos aspectos. Ya sea en el aula como en la práctica en terreno que deben realizar los alumnos, donde a través de la integración docente asistencial con los centros de salud, instituciones educativas e Instituciones pertenecientes al área asistencial de minoridad, desarrollan actividades de promoción y protección. En este sentido, propone un modelo ecológico de la comprensión de la persona, la cual interactúa con los contextos en los que está inmersa, tales como la escuela, la familia, la comunidad, los ámbitos de trabajo y la sociedad.

A lo largo de todos estos años como docente en aula y tutora de los trabajos de campo he venido acompañando las experiencias de los alumnos de tomar contacto por primera vez con una comunidad, de comunicarse con la gente (personas del barrio, alumnos de colegios, adolescentes alojadas en hogares), escucharla, solidarizarse con sus necesidades y problemas y querer hacer "algo", para contribuir a mejorar sus condiciones de salud. He podido observar a través de los trabajos realizados y las experiencias alcanzadas, como parte del proceso enseñanza-aprendizaje, el entusiasmo que genera la práctica, (especialmente el aporte a través de la ejecución en el proyecto de intervención). Y también la ansiedad, los cambios de actitudes, el desarrollo de la creatividad en la elaboración de propuestas, y el fuerte compromiso en muchos de ellos, que se traslucen en la calidad de sus trabajos.

El trabajo de campo les sirve para empezar a comprender algo fundamental como es lo que significa la salud para una comunidad que tiene una realidad muy diferente a la de ellos. Creo que el acercamiento a las diferentes realidades los sensibiliza con respecto a la percepción del proceso de salud –enfermedad en los distintos grupos sociales. Muchas veces, logran crear un vínculo con la comunidad que les abre el camino hacia las personas, su confianza, dudas, ansiedades y problemas. De esto último hemos sido testigo muchos de nosotros como docentes, ya que en algunas

oportunidades los alumnos una vez finalizado el trabajo, siguen asistiendo a la comunidad comprometidos con la misma en su afán de seguir colaborando para contribuir con su bienestar.

Lamentablemente en los últimos años algunas de estas circunstancias experimentadas por los alumnos y por mí como docente han cambiado. El recorte de horas en la materia, el cambio de currícula, con el agregado de más horas a otras materias y el alto cumplimiento a esa carga horaria han modificado de alguna manera este entusiasmo de los primeros años, y han provocado cierto "desencanto" en creer que pueden ser artífices en la contribución de algún cambio para mejorar esa realidad.

Me gustaría cerrar este aporte con el comentario de un grupo de alumnos que hace varios años decía acerca de la práctica en terreno: *"enfocándonos en nuestros objetivos de trabajo, abordamos una realidad que quizás dentro un aula de nuestra facultad no podríamos visualizar, una realidad que nos permitió entrar en contacto con personas de todas las edades que viven en condiciones de pobreza y marginalidad, que son partícipes de una sociedad muchas veces escasa de valores humanos, que nos les permite salir adelante, que no les abre las puertas de la educación, algo fundamental en el desarrollo de una comunidad sana ...". Esto nos hace reflexionar como futuros profesionales de la salud, que si bien no tenemos una solución mágica que cambie esta situación de la noche a la mañana, ya que es el resultado de un largo proceso, lo que sí podemos hacer para revertir la situación de a poco y dentro de nuestras capacidades, transmitir medidas de prevención sobre los principales problemas que hemos detectado y tratado, de esta manera estaremos aportando nuestro granito de arena a una realidad que nos compromete".*

Este comentario refleja, a mi entender, un desafío en cuanto a volver a inspirar en los estudiantes este fuerte deseo de confiar en que "ese granito de arena" que aporten a la comunidad sigue siendo valioso especialmente para aquellos que menos tienen.

Un trabajo de campo “casi ideal”

Jorge Agueda

Odotólogo, Ayudante Diplomado de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP

Él recuerda perfectamente la experiencia más fructífera de la que participó en todos estos años, fue durante la cursada 98-99: «El trabajo de campo se realizó en el área programática del Centro de Salud n°8 y dentro de ella en un barrio que estaba creciendo rápidamente, aumentando la demanda en el Centro, conocido como Puente de Fierro. Esta área de trabajo se extendía entre las calles 84 a 90 y 23 a 30. Fue dividida en 5 cuadrículas. 1 para cada grupo de alumnos y para cada día de la semana de lunes a viernes. Las casas eran identificadas con letra (que correspondía a la manzana) y número. Participaron más de 120 alumnos.

Se trabajó con una encuesta que incluía datos demográficos de la familia, nivel laboral, educativo, procedencia, tiempo de residencia, cobertura de vacunación; prevalencia de daños a la salud en el último año; controles de salud; lugares de atención, grado de satisfacción de la misma; condiciones de la vivienda; alimentación y cuidado de los menores. También se recogió el aporte de los entrevistados sobre la percepción de problemas en la comunidad.

En la última fecha del primer módulo se realizó una jornada completa en el barrio; los alumnos consiguieron una carpa grande (semejante a las que dispone el ejército- única mención), llevamos alguna mesa y sillas del Centro de Salud y nos apostamos para evacuar consultas y aprovechar a terminar algunas encuestas inconclusas. Los alumnos aportaron alimentos no perecederos y con ellos se armaron 5 canastas

que fueron sorteadas, una en cada cuadrícula, entre los vecinos que fueron encuestados (500 familias aproximadamente).

Los datos sobre cobertura de vacunación (déficit del 70%) coincidían con los del CEBAS (el Bachillerato en Salud de la Provincia) que se anunciaban en cartel de uno de los comedores comunitarios.



En la segunda etapa del trabajo se realizaron las devoluciones a la comunidad en forma de talleres en domicilios particulares cedidos por los vecinos y, en comedores comunitarios. A su vez se consiguió una camioneta del Plan materno Infantil y se completó la vacunación de los niños del área con intervención de la vacunadora del Centro en el mismo barrio.

Esa encuesta incluyó además una serie de ítems destinados a la mujer embarazada; controles obstétricos y métodos de planificación familiar, explica Agüeda, quien destaca además la importancia que tuvo la participación de las alumnas de obstetricia. "Las chicas tenían una sensibilidad especial para tratar con los vecinos, dice, se presentaban en las casas y enseguida las hacían pasar, al rato ya entraban en confianza y eso hizo que la comunidad se abriera mucho más; la participación de ellas fue muy valiosa".

El profesor cuenta que como cierre de toda la etapa de análisis de la situación de salud se realizó una jornada de salud con la colaboración de todos los alumnos, con una ambulancia cedida por el ministerio provincial y hasta con elementos provistos por el Ejército Argentino. "Fue extraordinario, porque la gente del barrio acudió masivamente, el

relevamiento incluyó a más de 500 familias; nosotros trabajamos con ellos en base al resultado de la encuesta que habíamos hecho y en muchos casos pudimos dar respuesta a los problemas que habían surgido. Y los proyectos de intervención posteriores incluyeron talleres sobre distintas temáticas surgidas del análisis de la encuesta. Pero quedaron una cantidad de problemas sin resolver, que exigían una intervención más profunda, ese relevamiento fue entregado a las autoridades de la municipalidad pero, lamentablemente, no se hizo nada con eso después".

Una pequeña gran historia

Otra de las experiencias que recuerda con particular intensidad Jorge Agüeda fue la de la cursada en la que se trabajó en "Relatos de vida". Hubo un caso especial que lo conmovió: "Ese año – narra - entrevistamos a distintas personas del barrio para que nos contaran sus experiencias de vida y la verdad es que recogimos relatos impresionantes, pero el que más me conmovió fue el de una chiquita de unos nueve años que había venido del Paraguay. Fueron tan duras las experiencias por las que tuvo que pasar esa nena que nos dejó con lágrimas en los ojos".

Estudio Epidemiológico de los Accidentes de Tránsito en el Partido de La Plata*

Las guardias y las unidades de cuidados intensivos reciben cada año una gran cantidad de accidentados automovilísticos en la vía pública. El sistema de salud responde ante esta demanda preparando al equipo de salud para su mejor atención, e invierte gran parte de su presupuesto en equipamiento para reducir la mortalidad y prolongar la vida de quienes sufren estos eventos. No obstante, las discapacidades y los años de vida perdidos son elevados. La formación de los jóvenes profesionales se basa casi exclusivamente en la atención biológica del problema, sin focalizar en la prevención del mismo. Por esta razón docentes y alumnos de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria de la Facultad de Ciencias Médicas de Universidad Nacional de La Plata realizaron un diagnóstico de situación de los accidentes de tránsito ocurridos en el partido de La Plata en los años 2006 y 2007.

***Equipo de trabajo:**

Docentes: Gustavo H. Marin, Doctor en Medicina, Jefe de Trabajos Prácticos de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP; Dr. Martin Silberman

Estudiantes participantes: Alvarado Mayra; Balbi Agustin; Capristo Cintia; De la Puente Maria; De Maio Alejandra; Delieutraz Gisele; Faierman Daiana; Garcia Mauro; Gil Natalia; Herrero Marcia; Kohler Alejandro; Martínez Peralta Mariana; Mezzanotte Estefania; Moro Valeria; Muschong Eugenia; Orsini Agustina; Ortolá Tayhana; Peirano Lucia; Pérez de Vargas Sofía; Ross Juana; Sese Natalia; Staniscia Bárbara; Torres Jimena; Verna Julia

La fuente de información para la obtención de los datos fueron los registros de todos los hospitales públicos, servicios de emergencia (107), Policía de la Provincia de Buenos Aires, todas las Compañías de Seguros, Dirección Nacional de los Registros Propiedad del Automotor, y base de datos de Control Urbano del Municipio de La Plata.

Las variables tomadas en cuenta para el análisis fueron edad, sexo y estado civil de los que manejaban los vehículos, hora y día de la semana del siniestro, si el mismo se efectuó con luz de día o en horario nocturno, tipo marca y modelo de vehículo siniestrado, y punto geográfico exacto de la de la ciudad en que ocurrió el evento.

Resultados:

Del estudio surge que para el periodo del estudio, La Plata contaba con el 6.7% de la población Bonaerense, un número total 315.687 vehículos (uno cada 1.78 habitantes) y 203.947 registros de conductor otorgados,

Los incidentes analizados fueron 43.972, es decir en promedio, 21.986 anuales y 60 accidentes de tránsito diarios.

¿Quién Choca más, el hombre o la mujer?

El 85% de los accidentes tuvieron como conductores a hombres, y el 15% fueron mujeres. No obstante, el dato fue ajustado a la cantidad de registros otorgados a hombres y mujeres. El porcentaje de licencias de conductor otorgadas

al sexo masculino fue del 61.8% mientras que al sexo femenino, 38.2%. Es decir que hay 1.6 hombres por cada mujer con registro vigente. Si se ajusta la tasa de siniestros por sexo a esta relación, se concluye que hay 1 choque por cada 0,72 hombres con registro y 1 choque por cada 2,5 mujeres con registro. En conclusión, se puede decir que los hombres chocaron 3.47 veces mas que las mujeres.

¿Cuál es el estado civil de los que chocan?

El 75% de los accidentes tuvieron como participantes a individuos casados. Si el dato se ajusta al estado civil registrado por el INDEC en la encuesta permanente de hogares, en el cual las personas en pareja son 65% (47% casados, 18% unión de hecho), existe una relación de 1.15 veces mas choques en casados que en los otros estados civiles.

¿Qué día de la semana se choca más?:

El estudio realizado mostró que los días viernes ocurrieron 3104 accidentes anuales, y que de lunes a jueves un promedio de 2947 incidentes, contra los 2374 de los sábados y los 1603 de los domingos. Es decir que el riesgo de chocar

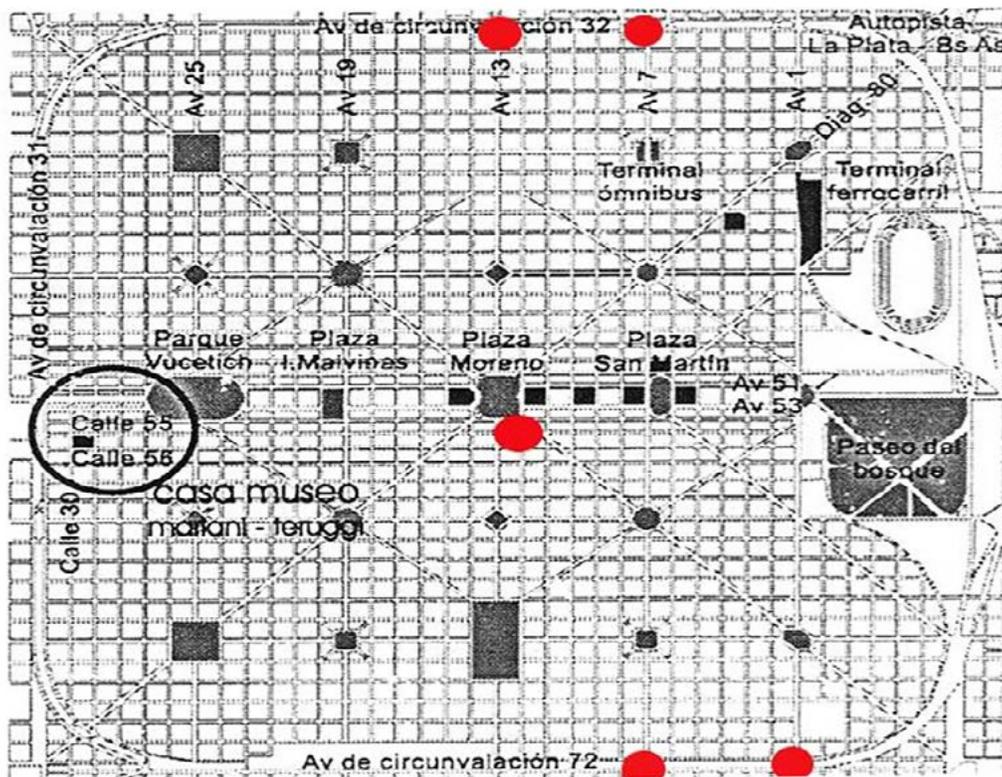
en domingo es casi la mitad que los demás días, y que los sábados se choca un 23% menos que el resto de los días hábiles de la semana.

¿En qué franja horaria se choca?:

Se dividió para el análisis el día en 3 franjas horarias (0-8; 8.05-17; 17.05-24). En la primera franja horaria, es el domingo por la madrugada, el horario en que se registran en promedio, la mayor cantidad de accidentes (481), mientras que los demás días los rangos van de 250 a 444 hechos. En la segunda franja horaria (8.05 a 17 horas) de lunes a sábados se registraron un promedio de 1568 (rango de 1322-1652); con excepción de los domingos en los cuales se registraron solo 600 eventos. Finalmente en el horario de 17.05 a 24 horas, el promedio de choques fue de 862, siendo este promedio de 918 de lunes a sábados y de 522 los domingos.

¿Se choca más de día o de noche?

Durante las horas de luz, existen un 1602 (+ 450.6) accidentes, mientras de de noche el menor la cantidad de



eventos con un promedio de 972.7 (+ 398.9). En todos los días se respecta la relación 1.6 a 1, con excepción del día domingo, en el cual, en horario nocturno la relación se invierte (1.4 a 1).

¿Qué ocurre con los accidentes fatales?

Los accidentes con víctimas fatales, o con riesgo de vida, constituyen el 2.27% del total de incidentes registrados (promedio diario 0.26+ 0.16), Más del 50% de los mismos ocurren el domingo por la madrugada.

¿Cuáles son los lugares de la ciudad en los que se registran más accidentes?

Existió una elevada concentración de accidentes en algunos puntos de la ciudad que fueron: Avenida 72 con las intersecciones de calle 1, 7, 13 y 19; calle 32 en sus intersecciones con calles 6, 7 y 8 y 13; 60 en intersección con calles 120 y 122.

INTERVENCIONES

Los resultados del estudio se presentaron en dependencias de la Facultad, mediante una mostración y debate público a la que concurrieron autoridades Municipales (Sr. Intendente Municipal; Sr. Secretario de Salud y Medicina Social, Señores Jueces de Faltas; autoridades de tránsito, autoridades policiales, gerentes de las principales compañías de seguros, y por supuesto autoridades universitarias.

Como resultado del debate, el Municipio de La Plata realizó 37 obras de semaforización en puntos detectados como de alta o mediana frecuencia de eventos (casco: 7 y 72, 7 y 528; 7 y 529; 7 y 530; 7 y 531; 61 y 31; 7 y 70; 1 y 72, 19 y 72, 13 y 72, etc); recambio de 130 semáforos; 16 nuevas intersecciones semaforicas, demarcación de sendas peatonales y líneas de frenado, y sistema centralizado de tránsito de semáforos. Asimismo se eliminó el pago voluntario para infracciones graves.

Asimismo, los propios alumnos y docentes de la Cátedra, planificaron acciones que consistieron en presentarse en las zonas de mayor riesgo en horas pico de eventos y aprovechando el tiempo de espera que otorgaba la luz roja de los semáforos para entregaron trípticos que incentivaron a la maniobras de cortesía en el manejo, y a cumplir con las normas de tránsito. Por otro lado, el grupo de trabajo programó una rutina de visitas a pubs y lugares bailables los sábados y domingos con el fin fomentar la práctica del conductor designado dentro del local.

La ONG "Médicos en Prevención", también se sumó a la iniciativa de los estudiantes, incluyendo la temática en su programa radial semanal y diseñando material gráfico para sensibilizar a los conductores y peatones a evitar los accidentes en la vía pública.

Un año después de la intervención (habiendo finalizado también las obras de semaforización y apertura de las intersecciones de avenidas); se compararon los eventos de tránsito durante el primer trimestre del año 2009 (comparado con los periodos similares 2006-2008) detectándose una reducción del 19,8% (p0.01) en la ocurrencia de siniestros en trimestre señalado.

Evaluación de intervenciones escolares de promoción del consumo de frutas y verduras en provincias de Argentina

Mario Virgolini

Antropólogo, Profesor Adjunto de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP.

Verónica Fallocca

Psicóloga, Ayudante Diplomada de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP.

La Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria con el Departamento de Ciencias Sociales de la Facultad participa del Estudio Multicéntrico: EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES ESCOLARES DE PROMOCIÓN DEL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS EN PROVINCIAS DE ARGENTINA. El proyecto fue ganador de una beca de investigación en 2014 por parte de la Comisión Nacional Salud Investiga y es dirigido a nivel nacional por el Profesor Adjunto Lic. Mario Virgolini.

La ingesta insuficiente de frutas y verduras es causa importante de enfermedades no transmisibles y los países miembros de la OMS establecieron como objetivo incrementar su consumo. Hay pruebas convincentes de que las frutas y verduras reducen el riesgo de obesidad y enfermedades cardiovasculares y de que probablemente también reduzcan el riesgo de diabetes. El consumo de frutas y verduras puede reducir el riesgo de cáncer, y en particular de cánceres gastrointestinales. Además, el aumento del consumo de frutas y verduras puede ayudar a desplazar los alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares o sal.

Encuestas nacionales y numerosas investigaciones refieren que el consumo de frutas y verduras es reducido en todos los grupos de población, inclusive en niños de edad escolar, lo cual predice hábitos alimentarios no saludables

en la adultez. En Argentina se han implementado diversas iniciativas relacionadas con la promoción del consumo en el ámbito escolar, como programas de distribución de frutas, kioscos saludables y huertas escolares.

Diversos estudios identificaron factores asociados al consumo de F y V en los niños, como el conocimiento (Reynolds et al, 1999;. Van Zadelhoff y Snel, 2003), las expectativas de resultado (Resnicow et al, 1997; Reynolds et al, 1999) , preferencias (Baranowski et al, 1993; Birch, 1990, 1999; Domel Baxter y Thompson, 2002; Gibson et al, 1998;.Resnicow et al, 1997;.vanAssema et al., 2001), la influencia de los compañeros (Weber Cullen et al, 2001), la fuerza del hábito (Brug et al, 2006; Krebs Smith et al, 1995), la autoeficacia (Domel Baxter et al, 1996;.Resnicow et al ., 1997; Reynolds et al, 1999;. vanZadellhoff y Snel, 2003), la disponibilidad y la accesibilidad (Baranowski et al;. Edmonds et al, 2001;.Kratt et al, 2000;. Reynolds et al, 1999;. van Assema et al, 2001;.vanZadellhoff y Snel, 2003; Weber Cullen et al, 2001). Además, la influencia de los padres sobre los patrones de consumo de los niños, ya sea haciendo que ciertos productos alimenticios estén disponibles o por el propio consumo paterno, se demostró repetidamente en varios estudios (Gibson et al., 1998; Kratt et al., 2000; Reynolds et al., 1999; Weber Cullen et al., 2001; Weber Cullen et al., 2000).

La evaluación de programas o la investigación evaluativa se han desarrollado en áreas donde no hay relaciones simples entre programas y resultados buscados de las políticas. El foco es la determinación de efectos intermedios cuando es difícil demostrar los efectos sobre los objetivos finales. La aplicación de modelos de mediación puede mejorar la comprensión de los mecanismos básicos y facilitar el desarrollo de nuevas y mejores intervenciones (IARC 2012). El estudio multicéntrico en marcha se propone investigar la asociación entre las variables objeto de intervención por los programas, las variables intermedias (factores intrapersonales, familiares y del entorno) y las finales (consumo) en niños escolares. Para ello se seleccionaron escuelas primarias que realizaron intervenciones y otras sin intervención como grupo de control, en cinco jurisdicciones de la Argentina: Jujuy,

Rosario, Córdoba, Gran La Plata y Mar del Plata (Provincia de Buenos Aires). Del estudio participan como centros de investigación 5 universidades (Universidad ISALUD, Universidad Nacional de La Plata, Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Nacional de Rosario, Universidad Fasta) y el Instituto de Enseñanza de Jujuy.

El proyecto se encuentra en etapa de consolidación y procesamiento de datos. En el ámbito local, actúa como becaria la Lic. en Nutrición Susana Arroyo Parísí junto con la Psicóloga Verónica Fallocca docente de la Cátedra, con la colaboración de docentes y alumnos avanzados de la Carrera de Nutrición de la UCALP. Se espera que los resultados del proyecto contribuyan al diseño de estrategias efectivas para promover el consumo de frutas y verduras en la edad escolar.

Uso abusivo de tecnologías digitales y su relación con conductas de riesgo y factores protectores en estudiantes de nivel medio de la Ciudad de La Plata

Mario Virgolini

Antropólogo, Profesor Adjunto de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP.

Verónica Fallocca

Psicóloga, Ayudante Diplomada de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP.

Introducción: El uso abusivo o problemático de las tecnologías digitales (TD) particularmente en niños y adolescentes ha sido objeto de preocupación y de investigaciones en distintas partes del mundo. En Argentina se han desarrollado estudios a nivel nacional sobre factores de riesgo de salud de los adolescentes, incluyendo adicciones por uso de sustancias, vulnerabilidad y factores protectores. El uso abusivo de las TD apenas ha sido estudiado. Existe evidencia que sustenta la consideración de conductas de riesgo vinculadas al uso de Internet, telefonía celular y videojuegos. Considerando particularmente la problemática de los adolescentes, en una revisión de revistas especializadas, Marciales & Cabra (2011) identifican cuatro áreas fundamentales de investigación: 1) cyberbullying y acoso on-line, 2) contenidos no deseados y delitos sexuales contra menores, 3) uso problemático de Internet y 4) comportamientos adictivos en internet. Se han propuesto criterios diagnósticos en vista del DSM-V pero todavía no existen instrumentos confiables que hayan sido validados de manera internacional. El instrumento más utilizado es el Young's Internet Addiction Test (IAT) (Young, 2010).

Objetivos: El estudio buscó identificar la prevalencia de uso abusivo o problemático de TD en los adolescentes, las formas más frecuentes de dicho uso, y su relación con otras conductas de riesgo y con factores protectores. Los objetivos específicos del proyecto son: 1) Proporcionar información sobre comportamientos relativos a la salud, factores de riesgo y de protección entre los alumnos. 2) Describir el uso de TD e identificar uso problemático y vulnerabilidad. 3) Analizar la relación de uso de TD con conductas de riesgo a la salud y factores protectores.

Metodología: El estudio abarca tres dimensiones: 1) Conductas y percepción de riesgo respecto de uso de tecnologías digitales, 2) Conductas de riesgo a la salud en general, y 3) Factores protectores. El instrumento se basó en la aplicación de un cuestionario basado en la Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSHS, OMS/CDC) con el agregado de un módulo sobre uso y abuso de TD. El módulo de uso y abuso de TD fue elaborado utilizando tres de los cuestionarios más significativos: IAD (Internet Addiction Disorder) de Young (1996), el Internet Taxonicity de Brenner (1997) y el

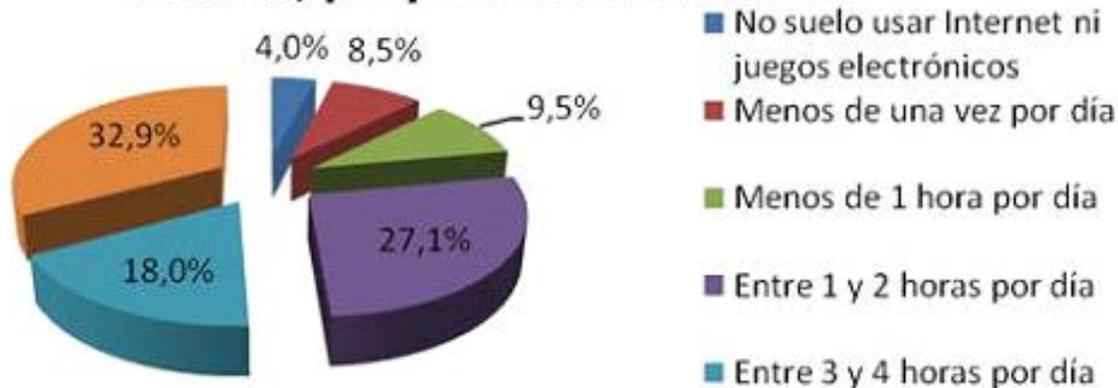
modelo de Griffith (1998) y adaptaciones posteriores como la de la Universidad de Santiago de Compostela (Varela Mallou y Rial Boubeta, 2011). Para adaptar estos cuestionarios a la Argentina y a los objetivos del proyecto se analizaron los ítems comunes en los cuestionarios y los ítems singulares de cada instrumento para finalmente unificar en un listado común. Respecto de las categorías de respuesta se estandarizó la escala tipo Likert.

La población estudiada comprende una muestra de 500 estudiantes de 4° y 5° año de escuelas de enseñanza media de la Ciudad de La Plata. Cada una de las variables fue analizada en forma independiente por una parte y por la otra se exploraron asociaciones entre las variables de las tres dimensiones. Se utilizó un índice basado en la literatura para medir abuso o uso problemático de tecnologías digitales y se analizó la asociación con factores de riesgo y protectores seleccionados.

Resultados: Respondieron el cuestionario 495 estudiantes de 14 a 17 años, 55,2% varones y 43,2% mujeres. A la fecha se procesaron los datos y se analizaron las tablas de cada variable por separado. Entre los factores de riesgo se encontró en forma preliminar 21% con sobrepeso y obesidad, 45,6% con bajo nivel de actividad física, 29,3% fumadores de tabaco, 19,9% fumaron marihuana en el último mes, 50,9% pasan más de 3 horas diarias en Internet, 29,3% con dependencia del uso de TD, 17,9% sufrieron hostigamiento y 11,5% se sintieron siempre o casi siempre solos en el último año.

Discusión y Conclusiones: Los resultados preliminares que arrojó la medición de los factores de riesgo de salud en general son consistentes con otros estudios nacionales. Se están analizando todos los indicadores por separado así como los cruces entre las tres dimensiones planteadas.

¿Cuánto tiempo solés pasar conectado a Internet o jugando en la computadora, celular, playstation o similar?



Adolescencia y trinchera psico-social en el siglo XXI

Mario Virgolini

Antropólogo, Profesor Adjunto de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP.

Verónica Fallocca

Psicóloga, Ayudante Diplomada de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP.

Introducción

El proyecto de extensión universitaria realizado en 2012-2014, apuntó a fortalecer los recursos personales de los adolescentes dentro de un marco social-comunitario escolar, para mejorar su estrategia de afrontamiento vital saludable y empoderarse de recursos propios frente a temas referentes al consumo y uso nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas, bullying escolar y lesiones. La reflexión de conductas de riesgo se realizó a partir del desarrollo de temáticas enmarcadas en la iniciativa de escuelas promotoras de salud.

Fundamentación

Dada la presión de la publicidad comercial y de las redes sociales de internet que juegan un papel identificador no saludable muy importante en la adolescencia, un desafío es reflexionar junto con ellos los ideales en juego. Los recursos psicosociales para enfrentarlos están debilitados por la fragmentación de los vínculos de sostén y amparo que atraviesan las nuevas configuraciones familiares y la sociedad en general. El proyecto se orientó a promover factores protectores que contribuyan a generar una posición de defensa activa, "su trinchera psicosocial", lo cual expresa una modalidad de protección manifestada en acciones que procuran realizar cambios (empoderamiento) tomando a los sujetos-actores involucrados como protagonistas.

Objetivo

Lograr que los adolescentes se empoderen de recursos personales para enfrentar con éxito la variada oferta de conductas no saludables.

En forma específica se procuró 1) El desarrollo de actitud crítica frente a las estrategias que promueven el consumo. 2) Internalización de herramientas de comunicación con el otro contrarias a los modelos comunicacionales de agresión y violencia. 3) Desmitificar los mitos sociales en el autocuidado relacionado con la sexualidad y el uso de sustancias.

Metodología

Se seleccionaron 5 escuelas de nivel medio de la Ciudad de La Plata y dentro de cada una 3 cursos de 4° año (edades entre 15 y 18 años). La población sujeto fueron los alumnos aproximadamente 500 y otros integrantes de la comunidad escolar.

Se realizó un diagnóstico de base, a través de una encuesta anónima y autoadministrada sobre conductas relacionadas con la salud y factores de riesgo, diseñada a partir de una adaptación de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSHS de OMS y CDC) con la incorporación de un módulo diseñado sobre uso problemático de tecnologías digitales.

Se realizaron 9 talleres multidisciplinares de dos horas dirigidos a alumnos y 2 destinados a docentes y personal directivo. Los mismos trataron temas tales como pensamiento crítico y medios de comunicación, mitos y realidades en el consumo, cyberbullying y bullying escolar, presión de gru-

po, consumo de tabaco, consumo episódico excesivo de alcohol en la previa adolescente, empoderamiento de conductas saludables frente a situaciones de riesgo (lesiones, identificaciones delictivas, deserción escolar).

Los talleres fueron de tipo reflexivo-vivencial. Se utilizó material audiovisual y técnicas psicodramáticas y espacios interactivos virtuales. La actividad se realizó con el apoyo de 8 docentes y 20 alumnos de la Cátedra que realizaron su trabajo de campo obligatorio en el marco de este proyecto. Como recurso de evaluación se aplicaron cuestionarios y preguntas abiertas al inicio y a la finalización de cada taller.

Resultados

El total de alumnos que participaron de la experiencia fue de 80 y de 10 docentes. Se logró 90 % de participación activa de los alumnos, internalización de las temáticas desarrolladas y desarrollo de actitud crítica frente a conductas de riesgo. La participación dio lugar a un trabajo en equipo entre pares y acciones de comunicación dirigidas a la familia y la comunidad.

Conclusiones

La metodología es aplicable en este grupo social y valorada como apropiada para contribuir a la construcción en

cada adolescente de su “trinchera psicosocial” para afrontar los cambios propios de esa edad, promoviendo el uso del pensamiento crítico como recurso defensivo para la toma de decisiones y la apropiación de conductas saludables.

Las intervenciones dirigidas a adolescentes deben ser realizadas de manera empática, proporcionando un apoyo cognitivo y emocional a los cambios psico-físicos que el adolescente está transitando, lo que facilita el ajuste y la transformación del contexto

Presentaciones

La experiencia fue aceptada para su presentación en:

- a) Expo-Universidad en La Plata 2014 dónde estuvo el equipo dando charlas a la comunidad, su posterior publicación en la página de la Universidad,
- b) 4th Latin American and Caribbean Conference Tobacco or Health (Costa Rica, 2014)
- c) World Conference Tobacco or Health (WCTOH 2015) en Abu Dhabi.

Palabras Clave:

adolescencia, factores protectores, promoción de la salud.

Docentes:

Etchegoyen Graciela, Vetere Pablo, Galván F., Darre C.

El desafío de prevenir la violencia

Directora: Alicia Radosinsky, Psicóloga, Jefa de Trabajos Prácticos de Salud y Medicina Comunitaria
Co directora: Dra. Alicia Sánchez

1- Introducción

El Proyecto de Extensión, “El Desafío de Prevenir la Violencia”, en su quinto año de ejecución, acreditado y financiado por la UNLP y el Voluntariado Universitario, incorporado como Programa Estable de la Facultad de Ciencias Médicas, está destinado a la promoción de la salud, prevención de las violencias, concientización y protección de los derechos en la comunidad.

Ejecutado por la Facultad de Ciencias Médicas, coparticipan actualmente las Facultades de Bellas Artes, Humanidades, Psicología y Trabajo Social, involucrando prácticas curriculares y extensionistas de los estudiantes, en las actividades del proyecto.

Es una propuesta participativa e intersectorial, que convoca y suma a los centros de salud, organizaciones sociales, escuelas, ONGs, grupos y comunidad en general; e interdisciplinaria, pues incluye la participación de los equipos de salud, estudiantes, graduados recientes y docentes, favoreciendo la integración inter-cátedras e inter-facultades, conformando una verdadera red.

Dicha propuesta centrada en la promoción de conductas saludables y la prevención como estrategia clave en el primer nivel de atención, busca construir puentes entre la universidad y la comunidad, posicionando a los centros de salud como nodos estratégicos para el desarrollo de acciones conjuntas.

Pretendemos que la universidad en cumplimiento de su función social, acompañe los espacios generados por sec-

tores y organizaciones populares para desarrollar prácticas institucionales, tendientes a mejorar las condiciones materiales y simbólicas de vida y a fortalecer la autonomía de los sujetos. Así, universidad y sociedad interactúan y se retroalimentan de necesidades y soluciones, mediante una relación democrática basada en el diálogo y el reconocimiento del otro como válido y legítimo en un plano de igualdad.

Iniciado en Berisso, se ha extendido a Villa Castells y Arturo Seguí. Los cinco años que lleva de ejecución permitieron la consolidación del trabajo conjunto entre estudiantes, extensionistas, equipo docente, equipos de salud y organizaciones e instituciones de la comunidad

2- Antecedentes

Se origina con el diálogo entre las Cátedras de Medicina Legal y de Salud y Medicina Comunitaria, con amplia trayectoria de prácticas en terreno, de la Facultad de Ciencias Médicas, dado el interés de abordar la problemática mediante la extensión universitaria, como forma de llegada a la comunidad y de acercamiento de los estudiantes a la misma.

Se implementó en marzo de 2010, como “El desafío de prevenir la violencia”, ampliando la propuesta a otras facultades y construyendo puentes idóneos desde una perspectiva preventiva en el primer nivel de atención, mediante acuerdos con las autoridades municipales y los Centros de Salud 16 y 43 de Berisso, que constituyeron el anclaje y acceso a la comunidad, sus organizaciones e instituciones. Así, se instaló y se conformó un grupo de

trabajo, como espacio de aprendizaje colectivo y enriquecimiento mutuo.

La ampliación y consolidación de la red se viene logrando, a través de la participación y el compromiso de aquellos actores significativos, que en sucesivas etapas se fueron incorporando, especialmente las promotoras de salud, los directivos y docentes de las escuelas, el Programa Enviación, las organizaciones sociales, como la Fundación Obra del Padre Cajade, los estudiantes y docentes de otras Unidades Académicas, además, del CCEU de la UNLP de Villa Castells y el Centro de Salud 28 de dicha localidad. El año pasado, se desarrolló la propuesta en Arturo Seguí, donde se generaron acuerdos con el Centro de Salud 11 y la Mesa intersectorial local.

A partir de 2013 y durante 2014, se realizaron actividades de capacitación, destinadas a los becarios (profesionales y no profesionales) del Programa Médicos Comunitarios del Ministerio de Salud de Nación, provenientes de diferentes municipios de la Provincia, que articulan con nuestra Facultad.

3- Sostenibilidad

El impacto social comunitario del proyecto puede evaluarse a través de su llegada aproximadamente a unas 850 personas beneficiarias de las diferentes actividades ejecutadas a lo largo de estos cinco años y la formación en extensión de 250 estudiantes y graduados recientes de diferentes carreras de facultades de la UNLP; como así también por su

proyección en nuevos ámbitos; las renovadas demandas de sus actividades; recreación de las mismas y el diseño de nuevas, de acuerdo a las necesidades detectadas y la consolidación del mismo como contribución a la resolución de una problemática vigente que constituye un verdadero desafío para la salud colectiva.

Ha obtenido en 2011 y 2013, el Premio Anual Moisés Mosad de la Región Sanitaria V, por los Trabajos “El Desafío de Prevenir la Violencia” y “Aprendiendo Juntos II” y ha sido acreedor del Primer Premio 2012 para el Trabajo Libre “Aprendiendo juntos”, en el 5º Congreso Provincial de APS, organizado por el COSAPRO.

Además, en 2013, el Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Médicas lo ha designado Programa Estable y a la Municipalidad de Berisso, aprobó por decreto, la Declaración de Interés Municipal.

4- Conclusiones

Consideramos que el Proyecto permite Integrar la docencia con la extensión universitaria, constituyéndose en un espacio de práctica para los estudiantes y extensionistas. Favorece la articulación de la teoría y la práctica a través de la interacción con niños, jóvenes y adultos, ávidos de atención dada su vulnerabilidad. Y dinamiza a docentes, profesionales de la salud y referentes comunitarios, renovando vínculos entre la comunidad y la universidad, en procura del abordaje de las violencias, como problema de la salud colectiva y de la violación de los derechos humanos.

“La Plaza de la Salud”: Un espacio público para la promoción de la salud comunitaria

Horacio Pracilio

Médico Sanitarista. Profesor Titular de Salud y Medicina Comunitaria. FCM-UNLP.

Adrián Zelayeta

Médico Generalista. Jefe de trabajos prácticos de Salud Ambiental. FCM-UNLP.

“La Plaza de la Salud” es un proyecto de extensión que propone la creación de un espacio público para el desarrollo de actividades de promoción de la salud con personas de todas las edades, con diversas actividades educativas, recreativas y culturales orientadas a la promoción de la alimentación saludable y actividad física, la prevención de problemas de salud y detección de factores de riesgo.

Se fundamenta en la estrategia de promoción de la salud, propiciada por la Organización Mundial de la Salud en la Carta de Ottawa (1986), que propone entre las líneas de acción para intervenir sobre los determinantes de la salud la “creación de entornos favorables a la salud” y el “desarrollo de aptitudes personales”. Teniendo en cuenta los objetivos fundacionales de la ciudad de La Plata, donde el arquitecto Pedro Benoit diseñó una plaza cada seis manzanas, el proyecto propone la utilización de espacios verdes públicos de paseo o recreación saludable, en el marco del programa municipal “La Plata, ciudad saludable”.

El proyecto, propuesto por la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, cuenta en su historia con la participación de la Cátedra de Odontología Preventiva y Social de la Facultad de Odontología de la UNLP, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP, Facultad de Bellas Artes de la UNLP, y ONGs relacionadas con esta iniciativa. Además cuenta con el apoyo de la Secretaría de Salud municipal, el Ministerio



de Salud provincial, otras organizaciones locales, docentes y alumnos de distintas Unidades Académicas de la UNLP.

En base a la propuesta de: “Una vida saludable en un ambiente saludable”, el proyecto convoca a personas de todas las edades a participar de distintas actividades educativas, recreativas y culturales orientadas a la promoción de la salud. En “el circuito de la vida”, alumnos de medicina y odontología realizan controles de presión y chequeo de factores de riesgo a las personas que concurren, y les ofrecen consejería respecto de su salud, así como de la importancia de la alimentación saludable, la actividad física, los controles de salud y otras prácticas preventivas. El equipo de educación física realiza demostraciones de prácticas corporales saludables, un taller de salsa y actividades específicas para los

adultos mayores, con controles y consejería para mantener la salud y una longevidad satisfactoria, y un equipo de medicina realiza juegos participativos con niños y adolescentes sobre prevención de problemas frecuentes de violencia. Hay también demostraciones de la práctica de reanimación cardio-pulmonar (RCP) para el aprendizaje de las maniobras básicas de resucitación al alcance de todos los miembros de la comunidad, y asesoría en promoción de la salud, salud reproductiva y prevención de enfermedades de transmisión sexual, en el marco de diversos programas sanitarios. En algunas ocasiones se instaló una "Feria de Alimentos saludables" donde productores locales ofrecen frutas y hortalizas frescas.

Este proyecto se desarrolló con mucho éxito en 2010 y 2011 en plazas de la ciudad de La Plata y Berisso. En 2013, con motivo de la trágica inundación de la ciudad de La Plata, se eligieron como lugares de emplazamiento las zonas afectadas, y el cierre de las actividades se concretó con la "Primera Feria Universitaria de Promoción de la Salud" en la República de los Niños. Finalmente, durante 2014, las actividades se realizaron en Plaza Malvinas, Parque Alberti, Parque Saavedra, ExpoUniversidad, finalizando con la segunda edición de la "Feria Universitaria de Promoción de la Salud", el 15 de noviembre en la República de los Niños, donde nuevamente se convocó a participar a todos los proyectos de extensión de la UNLP dedicados a salud, y a otras organizaciones comunitarias que realizan promoción de la



salud a nivel local. Este proyecto fue nuevamente acreditado y subsidiado por la UNLP para su realización en el año 2015, en lo que será su quinta etapa.

Aunque resulta difícil evaluar el impacto del proyecto en cuanto a la población destinataria, ya que se trata de una actividad destinada a personas que circulan por un espacio público, con las cuales resulta difícil establecer un contacto posterior, es muy bien recibido por los vecinos concurrentes a las distintas plazas donde se instaló, y los estudiantes participan con entusiasmo y destacan el valor educativo de la experiencia realizada en su formación profesional. En tal

sentido, hemos podido evaluar el impacto sobre las actitudes de los estudiantes participantes del proyecto, en cuanto a la mayor valoración de las actividades de promoción de la salud a partir de esta experiencia de educación basada en la comunidad, que constituye uno de los objetivos de este proyecto de extensión universitaria, dada su articulación con actividades curriculares de los alumnos de las distintas Facultades. La continuidad del proyecto a lo largo de cuatro, y ahora cinco años, lo ha instalado como uno de los proyectos más reconocidos en el ámbito extensionista de la Universidad Nacional de La Plata.





la plaza de la salud

II Feria Universitaria de Promoción de la Salud

“Un espacio público para la promoción de la salud comunitaria”

Sábado 15 de noviembre

11 a 19 hs | República de los Niños, M.B. Gonnet, La PLata

Actividades

“El Circuito de la Vida”
Controles de salud, peso, tensión arterial y otros factores de riesgo
 Consejos para el cuidado de la salud y prevención de enfermedades.
 Promoción y protección de la salud local.

“La Plaza en Movimiento”
Promoción de prácticas corporales saludables
 Caminatas guiadas con asesoramiento para ejercicios
 Taller de salsa

“Feria de Alimentos Saludables”
Promoción de alimentos orgánicos, ecológicos, funcionales,
 dietéticos, y otros considerados saludables

“El Desafío de Prevenir la Violencia”
Juegos participativos con niños y adolescentes,
 sobre prevención de problemas frecuentes de violencia

“Los Mayores Primero”
Controles y consejería para mantener la salud
 Prácticas corporales para una longevidad satisfactoria

“Practica de Reanimación Cardiopulmonar (RCP básico)”
Adiestramiento para el aprendizaje de las maniobras básicas
 de resucitación al alcance de todos los miembros de la comunidad

“Educación para la Salud”
Promoción de vacunación infantil y controles en el embarazo
 Asesoría en promoción de la salud, salud reproductiva y prevención de enfermedades

Organiza

Proyecto de Extensión Universitaria
“La Plaza de la Salud” de la Universidad Nacional de La Plata

Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria
Facultad de Ciencias Médicas

Cátedra de Odontología Preventiva y Social
Facultad de Odontología

Cátedra de Educación Física IV
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Acompañan

Prosecretaría de Extensión Universidad de la UNLP

Secretaría de la Salud y Medicina Social de la Municipalidad de La Plata

Fundación “República de los niños”

Dirección Provincial de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Ministerio de Salud de la Nación



SECRETARÍA DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS - UNLP

CURSO DE SALUD Y MEDICINA COMUNITARIA

La propuesta pedagógica de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria, desde su creación y en especial a partir de su consolidación como experiencia curricular de **educación médica centrada en la comunidad**, se basa en los siguientes principios y enfoques conceptuales:

- **Visión integral de la persona y la salud:** Sustentada en el modelo biopsicosocial o antropológico, que considera a la persona como sujeto y protagonista, tanto en la relación médico/paciente, como en la dimensión familiar y comunitaria del cuidado primordial de la salud.
- **Enfoque interdisciplinario:** para el abordaje y comprensión de la influencia de los factores biológicos, psicológicos y socio-culturales como determinantes del proceso salud-enfermedad.
- **Integración docencia-servicio:** Con la aplicación del enfoque de la educación centrada en la comunidad y el método de la planificación estratégica participativa, los trabajos de campo de los alumnos constituyen una instancia no solo de aprendizaje sino de servicio a la comunidad, integrados a proyectos de extensión universitaria.

PROPÓSITO GENERAL:

El curso de la materia aspira a contribuir a lograr en el futuro profesional la **competencia** suficiente para: **“Promover el cuidado primordial de la salud en la persona, la familia y la comunidad, con fundamentos científicos, principios éticos, habilidad comunicativa y compromiso social”**

OBJETIVOS GENERALES:

Los objetivos educacionales del curso de Salud y Medicina Comunitaria están orientados a desarrollar en los alumnos las **competencias** profesionales para:

1. *Comprender el concepto integral de la salud como derecho individual y social, los determinantes del proceso salud-enfermedad y los fundamentos de la salud como producto social.*
2. *Reconocer las características de una comunidad local, su estructura social, condiciones y estilos de vida, y la influencia de los factores ambientales, sociales y culturales sobre la salud de la población.*
3. *Efectuar 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.*
4. *Identificar las etapas del curso de vida de las personas y de la familia como grupo primario, así como los factores protectores y de riesgo que influyen en cada etapa sobre el proceso salud enfermedad.*
5. *Reconocer los componentes y actores sociales de un sistema local de salud, los modelos médicos vigentes, las redes sociales comunitarias y otras respuestas sociales y culturales a la salud y la enfermedad.*

6. *Conocer la estrategia de promoción de la salud, las líneas de acción, y los fundamentos científicos de las intervenciones para actuar sobre los determinantes de la salud a nivel comunitario y en cada etapa del ciclo de vida.*
7. *Proponer, diseñar y /o ejecutar actividades de promoción de la salud para un grupo de población a nivel local, utilizando técnicas de comunicación social y educación para la salud.*

CONTENIDOS

UNIDAD I: LA SALUD COMO PRODUCTO SOCIAL

Evolución de las ideas sobre salud y enfermedad. El concepto integral de la salud. La salud como derecho humano y social. La salud como proceso. Factores protectores y de riesgo. Determinantes de la salud: teoría del campo de salud (Lalonde), el enfoque canadiense. Los determinantes sociales (OMS). La determinación social de la salud y la enfermedad: modos, condiciones y estilos de vida. La salud como producto social.

UNIDAD II: LA COMUNIDAD LOCAL

El espacio local: análisis del entorno físico y social. Identificación de los determinantes del ambiente físico: peligros y riesgos ambientales. La comunidad. Concepto y características. Análisis de la estructura social a nivel local. Condiciones de vida. Pobreza: conceptualización, enfoques y mediciones. Exclusión social. Identificación de la cultura y subculturas locales. Estilos de vida de los conjuntos sociales. Cultura y salud.

UNIDAD III: ANÁLISIS DE LA SITUACION DE SALUD COMUNITARIA

Introducción a la planificación estratégica. La planificación estratégica participativa (PEP). El análisis situacional. Aplicación de las técnicas de investigación social al análisis de situación de salud: observación, encuesta, entrevista a referentes comunitarios o informantes clave, grupo focal, técnicas participativas, consulta a fuentes secundarias. Concepto de problema. Métodos de identificación de necesidades y problemas. La información epidemiológica. Triangulación de técnicas. Criterios e Instrumentos para la determinación de prioridades. Identificación de causas y determinantes estructurales. Herramientas de Análisis explicativo: árbol de causalidad ó árbol del problema.

UNIDAD IV: CURSO DE VIDA, FAMILIA Y SALUD

Las etapas de la vida. Niñez, adolescencia, adultez, senectud. Maternidad. Características biopsicosociales de cada etapa del ciclo vital. Crisis vitales. Factores de riesgo en cada etapa del curso de vida. Problemas de salud prevalentes en cada grupo etáreo. La familia como grupo primario. Funciones básicas. Estructura de la familia. El genograma o familiograma. Clasificación y tipos de familia. Dinámica familiar: el ciclo vital de la familia. Factores de riesgo y

protectores a nivel familiar. Influencia de la familia en la salud y en la enfermedad.

UNIDAD V: EL SISTEMA LOCAL DE SALUD

El sistema local de salud (SILOS). Componentes, recursos y actores sociales. Respuestas sociales y culturales a la salud y la enfermedad. Modelos médicos. La medicina tradicional o etnomedicina. Modelo social de prácticas de salud. Otros modelos médicos. El modelo biomédico. El modelo biopsicosocial o antropológico. Las redes sociales: redes personales, familiares y comunitarias. La participación social y comunitaria en la salud.

UNIDAD VI: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Conceptos sobre promoción de la salud. Carta de Ottawa. Líneas de acción. Declaración de Santa Fé de Bogotá. La participación social en la promoción de la salud. Estrategias de promoción de la salud y control de riesgos: Control del Tabaco, Régimen Alimentario y Actividad Física. Control del consumo de alcohol. Prevención de lesiones. Salud sexual y reproductiva. Salud ambiental. Las intervenciones a nivel comunitario. Promoción de la salud en el ámbito escolar, laboral y otros espacios comunitarios. Promoción de la salud a nivel familiar y en cada etapa del ciclo de vida.

UNIDAD VII: COMUNICACIÓN SOCIAL Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Educación para la salud. Enfoques conceptuales. Los cambios de comportamiento vinculados con la salud. Teorías, principios y métodos. Técnicas e instrumentos de comunicación social en la comunidad. Elaboración de un plan de comunicación en la comunidad para la promoción de la salud.

UNIDAD VIII: ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD:

Conceptos sobre atención de la salud. Necesidad, demanda, cobertura y utilización de servicios. Accesibilidad a los servicios de salud. Los niveles de atención. La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS): atributos y características. Objetivos y actividades. Declaración de Alma Ata. Renovación de la APS. Principios éticos de la APS. El concepto de "Cuidado primordial de la salud". El equipo interdisciplinario de salud en el primer nivel de atención. La Medicina General, Familiar y Comunitaria.

TRABAJO DE CAMPO:

Objetivo general: Efectuar un análisis de situación de un grupo de población a nivel local, y diseñar, proponer y/o ejecutar una intervención en promoción de la salud como devolución a la comunidad.

Metodología: Planificación estratégica participativa.

Grupo de población y localización: Grupo comunitario de un Centro de Salud, escuela primaria o secundaria, jardín o guardería infantil, club, centro de jubilados, hogar de ancianos, institución comunitaria, empresa, barrio, colectividad de inmigrantes, etc, de los municipios de La Plata, Berisso, Ensenada, Berazategui, Florencio Varela u otro cercano.

5.- BIBLIOGRAFÍA (*):

Unidad I: "La salud como producto social" Obligatoria: 1 a 5

1. PRACILIO H.: *"La salud como producto social. Evolución de las ideas sobre salud y enfermedad"*, Cátedra de Salud, Medicina y Sociedad, Facultad de Ciencias Médicas UNLP, 2001.
2. FERRARA F., ACEBAL A., PAGANINI J.M.: *"Salud"*, en "Medicina de la Comunidad", El Ateneo, Buenos Aires, 1976.
3. PRACILIO H.: *"Historia natural del proceso salud-enfermedad. Niveles de Prevención"*, Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria, La Plata, 1995.-
4. OPS/OMS-Gobierno de Canadá: *"Factores determinantes de la salud: que es lo que hace que las poblaciones sean saludables"*, Salud de la población, Washington DC, 2000.
5. Wilkinson R., Marmot M.: *"Los determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables"*: Organización Mundial de la Salud, 2003.
6. MOISO Adriana: *"Determinantes de la salud"*, en "Fundamentos de la Salud Pública", de H.L.Barragán y col., Edulp, 2007.-
7. CASTELLANOS Pedro I: *"Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales"*, cap. 5 de "Salud Pública", Mac. GRAW -HILL, Interamericana, 1998.-
8. BREIHL J.: *"La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (Salud colectiva)"*. VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, 2013.-

Unidad II: "La comunidad local" Obligatoria: 1 a 7

1. SENDRAIL M.: *"Cultura y salud"*, texto extractado de "Historia cultural de la enfermedad", Espasa Calpe Editores. Madrid, 1993, con revisión y aportes del Prof. Mag. Santiago Dalto, Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria, UNLP, 2003.-
2. Sen, Amartya K.; *"Sobre conceptos y medidas de Pobreza"*, 2006
3. Rodrigo, Miguel; *"La comunidad intercultural"*. Portal de la comunicación. Aulas abiertas. Lecciones básicas.
4. Alarcon M. Ana, Vidal H. Aldo, Neira Rozas Jaime: *"Salud intercultural. Elementos para la construcción de sus bases conceptuales"*. Revista Médica de Chile, 2003.-
5. Sobol, Blanca N.; *"Los diversos significados de la exclusión social"*. Centro de Estudios Sociales de la UNNE. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas. 2005.
6. Nohemy Barona de Infante y Lugardo Alvarez, A.; *"Comunidad, Cultura, Familia y Salud"* en "Sociedad y Salud". Formas Precisas. Colombia. 1991.-
7. Castellanos, Pedro Luis; Cap. 5: *"Los modelos explicativos del proceso salud enfermedad: los determinantes sociales"*, cap. 5 de "Salud Pública", Mac. GRAW -HILL, Interamericana, 1998.-
8. Romero, Alberto; cap. V: *"El mundo de la Pobreza"* en Globalización y pobreza. Universidad de Nariño. Pasto Nariño. Colombia. S.A. 2002.
9. PEDERSEN, Duncan: *"Estilos de vida"*. Cap. XV del libro "Medicina en Salud Pública" de Vicente Mazzafero y col. El Ateneo. 1996.

Unidad III: "Análisis de la situación de salud comunitaria" Obligatoria: 1 a 5

1. OPS/OMS: "**Planificación estratégica. Planificación Local Participativa**". De "**Planificación Local Participativa**", Serie PAL-TEX N° 41, 1999.-
2. VIRGOLINI M.: "**Análisis de la situación local de salud**". Programa de Educación Médica en Medicina General Familiar (MGF 21), Centro INUS, Facultad de Ciencias Médicas, UNLP, 2003.-
3. Ministerio de Salud de la Nación: "**Análisis de situación de salud**", Unidad 5 del Módulo 2 del Posgrado de Salud Social y Comunitaria, p. 139-164, Buenos Aires, 2005.-
4. ANDER EGG E: "**La observación**". Cap. 8 de "Introducción a las Técnicas de Investigación Social". Humanitas, 1974.
5. ANDER EGG E: "**La entrevista**". Cap. 9 de "Introducción a las Técnicas de Investigación Social". Humanitas, 1974.
6. ARGIMÓN PALLÁS J.M., GRIFFELL MARTÍN E.: "**Análisis de la situación de salud**", en "ATENCIÓN PRIMARIA", de M.Zurro y col, Madrid, 3ª. Edición, 1998.-
7. VAUGHAN P., MORROW R.H.: "**Salud Comunitaria. Manual de Epidemiología para la gestión de SILOS**", Capítulos 2 al 5, OMS – PAX, México, 1989.
8. KROEGER A., BICHMANN W., MONTOYA-AGUILAR C., DIAZ S.J.: "**Taller de Epidemiología a nivel local**", en "**Materiales de enseñanza sobre el uso de la epidemiología en la programación de los Servicios Locales de Salud**", OPS/OMS, Serie Paltex N° 34, 1994.-

Unidad IV: "Curso de vida, familia y salud" Obligatoria 1 a 8

1. LUMBIERRES MENDEZ M., Y COL: "**Etapas Vitales. Apuntes sociológicos**". En: "Atención Primaria", de M. Zurro y J.F. Cano Pérez. MOSBY. 3era. Edición. 1996.
2. Asuaje Jorge: "**Breve historia de la Familia Humana**". Cátedra de Ecología Humana y Promoción de la Salud. FCM – UNLP, Publicación de Cátedra, 2012.-
3. JENKINS David: "**Mejoremos la salud a todas las edades**", Parte II, pag. 37-159, OPS, Publicación Científica y Técnica N° 590, 2005.-
4. RADOSINSKY, A., FRYD, D., PRACILIO, H.: "**La Familia: evolución, estructura y dinámica**". Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria. La Plata, 2003.
5. Baird Macaran: "**La importancia de trabajar con familias**". Libros virtuales Intramed.
6. Estremero Judith, Gacia Bianchi Ximena: "**Familia y ciclo vital familiar**". Programa de Salud mental UMF Y P, 2010.
7. HORWITZ C. Nina, Florenzano Unzúa Ramón, Ringeling Polanco Isabel: "**Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria**". Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Boletín Of. Sanit. Panamericana, 1985.-
8. Casas Fernández Gerardo: "**El genograma y la evaluación familiar**".
9. Mc DANIEL, S, CAMPBELL, T., SEABURN, D.: "**La influencia de la familia sobre la enfermedad**". Capítulo 2. En Orientación Familiar en Atención Primaria, Barcelona, Sringer, 1998.
10. MC WHINNEY Ian: "**La familia en la salud y la enfermedad**". Capítulo 10 de "Medicina de Familia", Mosby-doyma, Barcelona, 1995.

11. REVILLA AHUMADA L. de la, FLEITAS COCHOY L.: "**Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en APS**". Cap. 6, En: "Atención Primaria", de M. Zurro y J.F. Cano Pérez. MOSBY. 3era. Edición. 1996.

Unidad V: "El sistema local de salud" Obligatoria 1 a 4

1. PRACILIO Horacio O.: "**El sistema local de salud**", Cátedra de Salud, Medicina y Sociedad, Facultad de Ciencias Médicas UNLP, La Plata, 2000.-
2. Paganini JM, Pracilio H.: "**Los sistemas locales de salud: un camino hacia la equidad**". MGF21, Publicación INUS, Facultad Cs. Médicas, UNLP, La Plata, 2000.-
3. Vargas Pilar: "**El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma**", en Cap 1 de "Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo", de Ceitlin J. y Gomez Gascón T., CIMF y semFYC, 1997.-
4. Virgolini Mario: "**Modelos médicos y alternativas de atención de salud**". Cátedra de Salud, Medicina y Sociedad, Facultad de Ciencias Médicas UNLP, 2001.
5. Paganini, J.M. "**Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en la transformación de los Sistemas nacionales de salud**". OPS/ OMS. Publicación Científica 519. Washington DC. /92.
6. Maglio Francisco: "**La crisis del modelo médico hegemónico actual**". Fundamentación y Contenido de la Medicina Antropológica. Revista de la Asociación Médica Argentina, 2000.-
7. Mainetti José Alberto: "**La crisis de la medicina. La crisis de la razón patológica. La crisis de la razón clínica**", en "La crisis de la razón médica", Quirón, La Plata, 1988.

Unidad VI: "Promoción de la salud" Obligatoria 1 a 4

1. TERRIS Milton: "**Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la Teoría de la Salud Pública**". 1992, En "**Promoción de la Salud: una antología**", OPS/OMS, Publicación Científica 557, 1996.-
2. ORGANIZACION 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.-
3. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD / MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA: "**Declaración de la Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud de Santa Fé de Bogotá**". Bogotá, Colombia, 1992. En "**Promoción de la Salud: una antología**", OPS/OMS, Pub. Científica 557, 1996.-
4. JENKINS C. David: "**Principios generales de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades**", y "**Fundamentos de la intervención de salud en la comunidad**", Cap. 1 y 2, Parte I del libro "Mejoremos la salud a todas las edades", OPS, 2005.-
5. "**Declaración de Medellín**" – 1999 "Mejor calidad de vida para los habitantes de las Américas en el siglo XXI". III Congreso de las Américas de Comunidades y Municipios Saludables", Medellín, Colombia, marzo 1999.
6. JENKINS C. David: "**Mejoremos la salud a todas las edades**", OPS/OMS, Publicación Científica y Técnica N° 590, 2005.-
7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: "**Estrategia mundial**"

sobre régimen alimentario, actividad física y salud”, mayo 2004.-

8. Restrepo Helena, Málaga Hernán: **“Promoción de la salud: como construir vida saludable”**, Capítulos 1 a 4, Ed. Panamericana, 2001.-
9. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION: **“Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo”**. Buenos Aires, 2006.
10. OMS: **Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco**. AMS, 2003.-

Unidad VII: “Comunicación social y educación para la salud” **Obigatoria 1 a 5**

1. LASTRA M.E., ASUAJE J.P., BARBIERA V.: **“Guía para la planificación de acciones de promoción de la salud comunitaria”**, Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP, Módulo de APS, INUS-PROAPS, La Plata, 2005.-
2. Kaplun N. **“Modelos de educación y modelos de comunicación”**.
3. Asuaje Jorge: **“La comunicación y sus modelos”**. Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria, FCM – UNLP, 2012.
4. OPS/OMS: **“Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes”**, Washington DC. 2001.-
5. JENKINS David: **“Mejoremos la salud a todas las edades”**, OPS/OMS, Publicación Científica y Técnica N° 590, 2005.-
6. Martín Zurro A., Gené Badia J., Subías Loren P.: **“Actividades preventivas y de promoción de la salud”**. En: “Atención Primaria”, de M. Zurro y J.F. Cano Pérez. capítulo 21 pag 291, MOSBY. 3era. Edición. 1996.
7. Bras Marquillas J. y Prats Coll: **“Actividades de Prevención y promoción de la salud en la infancia y adolescencia”**. En: “Atención Primaria”, de M. Zurro y J.F. Cano Pérez. Capítulo 22, p 306. MOSBY. 3era. Edición. 1996.
8. Ciurana Misol R., Brotons Cuixart C., y Forés García D.: **“Actividades de prevención y promoción de la salud en el adulto”**, En: “Atención Primaria”, de M. Zurro y J.F. Cano Pérez. Capítulo 23, p 306. MOSBY. 3era. Edición. 1996.
9. Albalas Cecilia, Olivares Sonia, Salinas Judith, Vio Fernando: **“Bases, prioridades y desafíos de la promoción de la salud”**. Universidad de Chile, Andros Impresores, Santiago de Chile, 2004.-
10. Sanchez Hugo, Moreno Ximena, Bustos, Nelly: **“Promoción de estilos de vida saludable en Centros de Atención Primaria**, op. Cit. Cap. 19, p. 228.-

Unidad VIII: “Atención primaria de la salud”

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Alma Ata (URSS)**, 1978, Ginebra, 1978.
2. Pracilio Horacio: **“Atención primaria, o cuidado primordial de la salud”**, Cátedra de Salud Medicina y Sociedad, Facultad de Ciencias Médicas UNLP, 2000.
3. Pracilio, Horacio O.: **“Principios éticos de la atención de salud”**, Cátedra de Salud, Medicina y Sociedad, FCM-UNLP, 2000.-
4. Ministerio de Salud de la Nación: **“Las redes sociales”**, Módulo

9 del Posgrado de Salud Social y Comunitaria, 2006, pag. 17-46.-

5. OPS/OMS. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La participación social**. Washington, DC. HSD/SILOS No 3. 1989.
6. OPS/OMS. **“La participación Social en el desarrollo de la salud”**. Washington, D. C.: OPS, HSS-SILOS 26, 1993. p. 39.
7. DALTO Santiago: **Ciencias sociales y salud “El rol de las ciencias sociales y sus promesas para cambiar la formación médica”**. Prof. Adjunto Mag. Santiago R. Dalto, Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria. Facultad de Ciencias Médicas. UNLP.
8. De Roux O., Pedersen D., Pons P. y Pracilio H.: **“Participación Social y Sistemas Locales de salud”**. OPS / OMS. Publicación Científica 519,1990.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL:

Libros y documentos recomendados:

1. PIÉDROLA GIL, G y col: **“Medicina preventiva y salud pública”**. Ed. Masson, Barcelona, 10ª ed, 2002.
2. EVANS, R; BARER, M; MARMOR, TH. **“Porque alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de salud de las poblaciones”**. Madrid: Díaz de Santos, 1996.
3. SAN MARTIN H.: **“SALUD Y ENFERMEDAD: “Ecología y Salud humana”, 4ta. Edición. Reimpresión 1984. Ediciones Científicas. La Prensa Médico Mexicana. S.A.**
4. MACIONIS Johns J.; PLUMMER Ken: **“SOCIOLOGIA”**. Editorial Prentice Holl. 1999.
5. MC WHINNEY Ian: **“Medicina de Familia”**, Mosby-doyma, Barcelona, 1995.
6. OPS/OMS: **“La atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa”**. Publicación Científica n° 546. 1994.
7. OMS/UNICEF/UNESCO: **“PARA LA VIDA: Un desafío comunicacional”**. Publicación especial, 1993.-
8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE MEDICOS DE FAMILIA: **“Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del Médico de Familia”**. Documento conjunto OMS/WONCA, Canadá, 1994, Buenos Aires, 1996.-
9. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: **“Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud”**, Alma Ata, URSS, 1978.-
10. OMS: **Informe La salud en el mundo. Año 2002**.
11. SONIS Abraham y col: **“Medicina Sanitaria y Administración de Salud”**. Tomos I y II, El Ateneo, 1976.-
12. ZURRO A. MARTIN/ CANO PEREZ, J.F.: **“Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica y clínica”**. 3ra. Edición, Mosby. 1996.
13. MARTÍNEZ NAVARRO F.et.al: **“Salud Pública”**. Editorial Mac Graw Hill-Interamericana. México, 1998.
14. VAUGHAN P., MORROW R.H.: **“Salud Comunitaria. Manual de Epidemiología para la gestión de SILOS”**, OMS – PAX, México, 1989.
15. JENKINS David: **“Mejoremos la salud a todas las edades”**, OPS/OMS, Publicación Científica y Técnica N° 590, 2005.-

16. ASHTON J., SEYMOUR H.: "La nueva Salud Pública", SG-MASSON, Barcelona, 1990.-
17. OPS/OMS: "Promoción de la salud: una antología". Publicación Científica 557, Washington. DC: OPS/OMS. 1996.
18. Restrepo Helena, Málaga Hernán: "Promoción de la salud: como construir vida saludable", Ed. Panamericana, 2001.-
19. ASHTON J: "Las ciudades sanas, una iniciativa de la nueva sanidad", Generalitat Valenciana, Valencia, 2000.
20. OPS/OMS: "Planificación local participativa: Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe". Serie Paltex N° 41, Washington D.C., 1999.
21. LOYOLA, L. A. et al: "Salud y Ambiente". Postgrado en Salud Social y Comunitaria. Módulo 3, Unidad 1, 2 y 3. Bs. As. Ministerio de Salud de la Nación. 2005.

Links recomendados:

- Organización Mundial de la Salud (OMS): <http://www.who.int/es/index.html>
- Dieta y actividad física de OMS: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS): <http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es>
- Centro de Control de Enfermedades de EEUU (CDC): <http://www.cdc.gov>
- Gente Saludable (Promoción de Salud de EEUU): <http://www.healthypeople.gov>
- Departamento Federal de Promoción de Salud de Canadá: <http://www.hc-sc.gc.ca>
- Unión Internacional de Promoción de la Salud <http://www.ihpe.org/?mode=&n=&page=&lang=sp>
- Ministerio de Salud de la Nación: www.msal.gov.ar
- Programa Nacional de Control del Tabaco de Argentina: <http://www.msal.gov.ar/tabaco>
- Plan Argentina Saludable: <http://www.msal.gov.ar/argentina%5Fsaludable/index.html>
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: <http://www.ms.gba.gov.ar>

Módulo de Medicina General, Familiar y Comunitaria (MGFC) de la Práctica Final Obligatoria (PFO)

1. ANTECEDENTES:

En el marco de la reforma curricular implementada por la Facultad de Ciencias Médicas a partir de los cambios propuestos en el compromiso con la CONEAU, el nuevo Plan de Estudios que rige a partir de 2004 incluye la Práctica Final Obligatoria en el último año de la carrera. En abril de 2007, el Consejo Académico decide incorporar a la Práctica Final Obligatoria un quinto Módulo denominado de "Consultorio Externo Periférico", destinado a complementar la práctica hospitalaria con prácticas de atención primaria de la salud en Centros de Salud del primer nivel de atención. Por Resolución 09 del 4 de febrero de 2008, se decide trasladar a la PFO los contenidos de la asignatura *Salud y Medicina Comunitaria II*, asignando a la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria la responsabilidad del desarrollo de este nuevo Módulo de la PFO, que la Cátedra decide otorgarle entonces contenidos de *Medicina General, Familiar y Comunitaria (MGFC)*.

2. FUNDAMENTOS:

2.1.- Los desafíos para los sistemas de salud:

Frente a la crisis de los sistemas de salud, en la mayoría de los países se vienen impulsando reformas sectoriales que tienden a cambiar los modelos de atención vigentes, enfatizando la atención ambulatoria y el cuidado continuo y preventivo de la salud. El desarrollo tecnológico en salud hace posible cada vez más la transferencia de la atención del ámbito de los hospitales al de los ambulatorios y desde éstos hacia los hogares, con el fin de reducir el costo de los servicios y mejorar la calidez de la atención y la comodidad de los usuarios.

En general, se propone la transición desde un modelo médico asistencialista basado en la reparación de la enfermedad, hacia un modelo integral que incorpore y enfatice la promoción y protección de la salud, estructurado en base a la estrategia de atención primaria. La misma requiere privilegiar el rol del médico generalista o de familia y del equipo de salud, del consultorio médico, privado o institucional del sector público (Centros de Salud), prepagos u otras organizaciones, como base de un sistema orientado a una atención integral, personalizada y accesible al nivel de atención que en cada caso se requiera.

Por lo tanto, es preciso disponer de personal médico calificado en cantidad suficiente para atender las necesidades que pueden ser resueltas en el primer nivel. El médico generalista o de familia, en su verdadera concepción, por su competencia específica para lo que su formación lo habilita, es el recurso humano médico óptimo para implementar exitosamente la estrategia de atención primaria de la salud. De acuerdo con la experiencia internacional de los países que

han instrumentado en el marco de una cobertura universal, se estima que por lo menos el 50% de los médicos deben ser formados para ejercer la Medicina General o Familiar, distribuyéndose el otro 50 % entre todas las demás especialidades.

2.2.- Los desafíos para la educación médica:

Las reformas en marcha en los sistemas de salud y todas las recomendaciones surgidas desde diversos ámbitos profesionales, científicos, sanitarios y educativos nacionales e internacionales, han definido en los últimos años la necesidad de fortalecer la formación de pre y posgrado de los médicos en Medicina General o Familiar, para la instrumentación adecuada de la estrategia de atención primaria de la salud y para proveer mejor atención a las necesidades de salud de la población.

En un documento conjunto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional de Médicos de Familia (WONCA), publicado en 1994 y denominado "Hacer que la práctica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia", se reconoce que "los estudiantes de medicina son formados generalmente en el estrecho marco de la especialización basada en hospitales y en el manejo de problemas irrepresentativos de los de la comunidad"(13).

En un trabajo realizado en nuestra Facultad de Ciencias Médicas en el año 2008, se propone la hipótesis que la formación de pregrado que reciben los estudiantes influye, en algún grado, en la elección de postgrado que estos realicen: "la FCM de la UNLP considera que "remarca la importancia de la Atención Primaria de la Salud como estrategia longitudinal en toda la carrera". Sin embargo, de 176 alumnos evaluados, logran definir la medicina general 32% y solo el 19 % la elegiría como especialidad" (14). En un estudio realizado en Rosario en el año 2007, la proporción de elección al finalizar sexto año es de: 92 % especialistas, y sólo 7 % generalistas (15). Esto significa que seguimos fracasando en el declamado intento de orientar la formación de grado hacia la "medicina general para la atención primaria de la salud".

En la Cumbre Mundial sobre Educación Médica de 1993 se concluyó que forma parte de la función de los médicos promover la salud, prevenir la enfermedad y transformarse en asesores de las comunidades y proveedores de atención primaria. La Organización Mundial de la Salud impulsa a las Facultades de Medicina a que organicen programas de estudios que comprometan a los docentes y a los estudiantes con una educación médica centrada en la comunidad. Asimismo, la Cumbre Mundial de Decanos y Expertos en Salud y Educación Médica, realizada en Buenos Aires del 3 al 7 de septiem-

bre de 1996, ratificó entre sus consensos la necesidad de producir en todas las escuelas de medicina los cambios curriculares para formar médicos especialmente aptos para la atención primaria de la salud.

Finalmente, tanto en las reuniones de la CAEM organizadas por AFACIMERA en los últimos años, en las publicaciones de la OPS sobre educación médica, en las del recientemente creado Foro de Facultades de Medicina Públicas, como en las recomendaciones de la CONEAU para la acreditación de la Facultad en 2001 y 2009, se recomienda el fortalecimiento de la formación en atención primaria, objetivo central de este Módulo de MGFC.

OBJETIVOS GENERALES:

Durante el desarrollo del Módulo de MGFC de la PFO, se espera contribuir a que los practicantes desarrollen la **competencia** profesional para:

- a. Promover el cuidado primordial de la salud en forma continua, integral y de óptima calidad científica y humana a las personas y familias bajo su responsabilidad, en todas las etapas de su ciclo vital, teniendo en cuenta su entorno personal, familiar y social.
- b. Asumir la responsabilidad, como futuro consejero médico de confianza, por la atención y solución de los problemas de salud de la familia en todas las etapas del ciclo vital familiar, en forma accesible y personalizada, y orientar en forma oportuna la referencia y utilización de los recursos del sistema de salud.
- c. Programar, organizar y ejecutar actividades de promoción y protección de la salud para las personas y familias de un grupo poblacional, utilizando técnicas educativas, de comunicación social, de protección específica y detección temprana de enfermedades.
- d. Contribuir a la implementación de la estrategia de atención primaria y desarrollo de la salud a nivel local, trabajando en colaboración con los demás integrantes del equipo interdisciplinario de salud, y procurando la participación activa de la propia comunidad.
- e. Asumir la responsabilidad social del médico en el cuidado integral de la salud de las personas, las familias y los conjuntos sociales, con vocación de servicio y profundo sentido ético de solidaridad, equidad y respeto por la autonomía e integridad de las personas y las comunidades.

Por otra parte, se espera que el desarrollo del Módulo de MGFC contribuya a los siguientes **objetivos específicos** de la PFO:

- a. Profundizar el desarrollo de habilidades y destrezas profesionales, a través de la práctica asistencial.
- b. Consolidar los conocimientos previamente adquiridos a lo largo de la carrera.
- c. Desarrollar la habilidad para el manejo de las patologías prevalentes a nivel individual, familiar y comunitario, en cuanto a la prevención, diagnóstico temprano y enfoque terapéutico.
- d. Desarrollar el entrenamiento necesario para la atención de pacientes en consultorio externo.
- e. Aprender el manejo ambulatorio de los pacientes y su posterior seguimiento, reforzando de esta manera la relación médico-paciente.

- f. Realizar actividades de prevención (primaria y secundaria) y promoción de la salud.

3. CONTENIDOS:

Medicina General, Familiar y Comunitaria

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS): atributos y características. Objetivos y actividades. Declaración de Alma Ata. La atención primaria en los sistemas de salud. Principios éticos de la APS. El concepto de "Cuidado primordial de la salud". La Medicina General, Familiar y Comunitaria como especialidad. Antecedentes internacionales. Desarrollo histórico y perfil profesional del Médico Generalista en la Argentina. Las competencias profesionales. Distribución y necesidad de médicos generalistas en el país. La formación del médico general. El equipo interdisciplinario de salud en el primer nivel de atención.

"La consulta clínica en Medicina General y Familiar:

El modelo bio-psico-social. La entrevista clínica. El método clínico "centrado en la persona". La relación y comunicación médico-paciente-familia. Elementos facilitadores y obstaculizadores. Gestión clínica de la consulta. La toma de decisiones clínicas. Aspectos bioéticos de la consulta y de las decisiones médicas. El consentimiento informado. Análisis integral de un caso clínico.

Herramientas de la Medicina General, Familiar y Comunitaria:

Instrumentos de registro en Medicina General, Familiar y Comunitaria: Historia clínica familiar. Historia clínica orientada a problemas. Historia clínica perinatal. Libreta sanitaria materno-infantil y del adolescente. Escala de acontecimientos estresantes. Métodos de valoración gerontológica.

"Evaluación y gestión de la salud comunitaria"

Los Sistemas Locales de Salud. Actores y recursos. Metodología para el análisis de la situación local de salud. El análisis situacional en la Planificación Estratégica Participativa. Técnicas cuantitativas, cualitativas y participativas. Identificación y priorización de problemas. Triangulación. La sala de situación en el Centro de Salud. Gestión de Centros de Salud. Evaluación y promoción de la calidad en la atención primaria.

"Programación de intervenciones en salud comunitaria"

Proyectos de intervención comunitaria. Programación local. Metodología para la formulación de proyectos de planificación estratégica participativa. Momento normativo. Visión y Misión. La población "sujeto". La metodología de Marco Lógico. Formulación de objetivos: Arbol del problema y Arbol de objetivos. Programación de actividades y recursos. Diagrama de Gannt. Momento estratégico: análisis de viabilidad. Matriz DOFA. Métodos e instrumentos de evaluación.

"Cuidado primordial de la salud mental y familiar"

La familia como unidad de atención. Enfoque familiar de la atención primaria. Modelos de abordaje familiar. Estructura y dinámica familiar. El genograma. Tipos de familia. Ciclo vital de la familia. Crisis. La familia en la salud y la enfermedad. Atención Primaria de la Salud Mental. Evaluación de Trastornos Mentales. Adicciones. Depresión y ansiedad. Salud Mental y Familia. Violencia familiar.

Promoción y protección de la salud individual y familiar:

Promoción de la salud a nivel familiar e individual. Educación para la salud en el consultorio y domicilio. Estrategias de comu-

nicación. Concepto de protección específica. Guía de acciones clínicas preventivas. Métodos y estrategias para lograr los cambios de comportamiento y estilos de vida saludables.

“Cuidado primordial de la salud del niño y el adolescente”

El ciclo vital individual. Las etapas de la niñez y adolescencia. Factores protectores y de riesgo. Lactancia Materna. Problemas prevalentes en la lactancia, edad pre-escolar, escolar y adolescencia. El control del niño sano. Evaluación del crecimiento y desarrollo. Alimentación y nutrición saludable. Inmunizaciones. La consulta de adolescentes. Control del tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones.

“Cuidado primordial de la salud de la mujer y la gestante”

Enfoque integral del cuidado de la salud de la mujer. Salud sexual y reproductiva. La consulta ginecológica en el consultorio del médico general. Planificación familiar y procreación responsable. Factores de riesgo y protectores. Control de enfermedades de transmisión sexual. Prevención del cáncer génito-mamario. Control del Embarazo. Nutrición de la embarazada y lactante. Promoción de la lactancia materna.

“Cuidado primordial de la salud del adulto y el geronte”

La salud de los adultos. Evaluación y control de los factores de riesgo. Evaluación del riesgo cardiovascular. Problemas de salud prevalentes. Detección temprana de enfermedades crónicas. Promoción de alimentación saludable y actividad física. La salud de los gerontes y ancianos. Factores de riesgo. Métodos de valoración gerontológicos. El cuidado domiciliario del paciente crónico y paciente terminal. Rehabilitación basada en la comunidad.

5. ESTRATEGIAS PEDAGOGICAS:

a.- Educación médica centrada en la comunidad:

Dado que este Módulo de la Práctica Final Obligatoria se propone en especial el desarrollo de las competencias específicas para el desempeño en la práctica del primer nivel de atención, el proceso educativo se implementa básicamente a través del modelo pedagógico de la **Educación Centrada en la Comunidad (ECC)**, propuesto desde 1987 por la Organización Mundial de la Salud ⁽¹⁾, que viene siendo utilizado por la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria en el curso regular de la materia de grado desde su inicio en 1985. La ECC centra las experiencias de aprendizaje en escenarios comunitarios reales del espacio social donde se desarrolla el proceso educativo. Constituye una aplicación concreta de la metodología de la “*problematización*” (Paulo Freyre) a la formación del médico, ya que reconoce que la misma debe partir de la identificación de los problemas y necesidades reales de una determinada comunidad, a fin que la respuesta preventiva y asistencial sea lo más adecuada a las características sociales, epidemiológicas y culturales de la misma.

Un programa de aprendizaje centrado en la comunidad tiene lugar dentro de una comunidad, o en uno de diversos contextos de

1. Organización Mundial de la Salud: “*La educación del personal de salud centrada en la Comunidad*”, Serie de Informes Técnicos 746, Ginebra, 1987.

servicios de salud en los niveles primario o secundario de atención. Las actividades de aprendizaje centrado en la comunidad comprenden: a) la asignación a una o más familias para el cuidado de su salud durante un determinado período; b) el trabajo en una comunidad urbana, suburbana o rural concebido de modo tal que el estudiante pueda llegar a entender, por un lado, la relación del sector de la salud con otros sectores dedicados al desarrollo de la comunidad y, con el sistema social. c) la participación en una encuesta de la comunidad o en un plan de diagnóstico y acción orientado hacia la comunidad, por ejemplo, de inmunización, de educación sanitaria del público, de nutrición o de atención de la niñez; d) el trabajo supervisado en un establecimiento de atención primaria, por ejemplo, un centro de salud, un dispensario o un hospital de atención secundaria, rural o de distrito.

b.- El aprendizaje basado en competencias:

La educación centrada en la comunidad es un medio para formar personal de salud que responda a las necesidades sanitarias de la comunidad. Por lo tanto, debe impartirse en un medio que se asemeje lo más posible al medio en el cual se desempeñará el estudiante al concluir sus estudios. Cuando las futuras tareas profesionales del estudiante se enuncian en un perfil profesional, se detallan las funciones, actividades y tareas (de las generales a las específicas) de cada tipo de agente de salud. Al dividir las funciones generales en tareas profesionales más específicas, la labor del médico general se puede diferenciar de la de la enfermera, el especialista, el odontólogo u otro profesional de la salud. La lista de tareas sirve entonces para determinar el contexto más apropiado para adquirir la competencia deseada.

No tiene objeto enviar a los estudiantes a trabajar en la comunidad para adquirir la competencia que pueden adquirir en un consultorio hospitalario, por ejemplo, cómo interpretar una radiografía, confirmar un diagnóstico sobre la base de un informe de laboratorio o redactar un artículo de educación sanitaria. Sin embargo, no pueden adquirir competencia en la supervisión de la vacunación de escolares, verbigracia, si no se han desempeñado junto con los agentes sanitarios en una escuela. Tampoco pueden familiarizarse con las ventajas y limitaciones de la atención domiciliaria, de modo de aprender a planificar la rehabilitación de un paciente impedido por una lesión, si no han visitado un hogar en la comunidad.

Los profesionales de la salud deben también llegar a entender los valores éticos y adquirir competencias sociales, a fin de tener conciencia de su responsabilidad moral de proteger a la comunidad contra acciones incompetentes y contrarias a la ética. Las competencias sociales incluyen la percepción, el juicio, la empatía, la capacidad para comunicarse y la aptitud creadora para la adopción de decisiones adecuadas; el mejor lugar para adquirir esas pericias es la propia comunidad. **Por tales razones, las actividades del Módulo de MGFC se desarrollan en todos los espacios comunitarios posibles a partir de las prácticas centradas en los CAPS de dependencia municipal.**

6. ACTIVIDADES DOCENTES:

El modelo de organización propuesta para el Módulo de MGFC en la Práctica Final Obligatoria, elaborado en base a los fundamen-

tos conceptuales y pedagógicos expuestos, tiene las siguientes características:

1. El eje de la práctica está centrado en la comunidad, es decir, en establecimientos o servicios del primer nivel de atención, en general Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de dependencia municipal, seleccionados por la Cátedra en función de un convenio o acuerdo con la autoridad municipal, y en especial por la presencia de médicos generalistas designados o reconocidos como colaboradores docentes por la Facultad.
2. El estudiante es reconocido en el CAPS como “*Practicante de Medicina General*”, y su tarea cuenta siempre con la supervisión de docentes o profesionales habilitados de los servicios asistenciales. En ningún caso puede atender a pacientes individuales solo.
3. Está dedicado al desarrollo de competencias en el “*cuidado primordial de la salud*”⁽²⁾ de todas las etapas del ciclo vital, en el marco de la estrategia de APS.
4. El Módulo de MGFC tiene una quinta parte de la carga horaria de la Práctica Final Obligatoria, o sea *320 de las 1600 horas totales*, de las cuales se requiere como mínimo el 80 % de cumplimiento, dividida de la siguiente manera:
 - a. **Práctica en Centro de Salud: 160 horas (Mínimo: 130 hs)**
 - b. **Encuentros teórico-prácticos: 60 horas (Mínimo: 48 hs)**
 - c. **Práctica de Salud Comunitaria o Pasantía Rural: 100 horas (Mínimo: 80 hs)**

a.- Práctica en Centro de Salud:

Se desarrolla en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS), bajo la supervisión de un médico generalista o de familia, con la colaboración de otros médicos de atención primaria (clínicos, pediatras, obstetras) y el resto de los profesionales del equipo de salud del primer nivel de atención. Desde este espacio se orientará y supervisarán todas las prácticas correspondientes a atención primaria de la salud y salud comunitaria en el marco de servicios o programas. Por acuerdo con las autoridades de la Facultad, esta práctica se desarrolla en forma paralela a las rotaciones hospitalarias, asistiendo una vez a la semana al CAPS asignado, cumpliendo ocho (8) horas semanales durante 20 semanas (5 meses). Los CAPS acreditados se describen en el Anexo I.-

b.- Encuentros teórico-prácticos:

A cargo de un docente de la Cátedra, en general médico generalista, para el análisis de casos clínicos y el desarrollo de los temas teóricos del programa. Estos encuentros se desarrollan en la Facultad de Ciencias Médicas (excepto en las sedes del interior), a lo largo de los cinco meses, durante dos horas y media una vez a la semana, en dos o tres grupos de alumnos distintos días de la semana. Cumple con el 20 % de la carga horaria.

c.- Práctica de salud comunitaria o Pasantía Rural:

A fin de completar la carga horaria del Módulo de MGFC, el practicante debe cumplir con esta actividad optando por dos modalidades: a) *extensiva*: una vez a la semana, en paralelo con la práctica en

2. “*Cuidado primordial de la salud*”: concepto propuesto por H. Pracilio en reemplazo de “atención primaria de la salud”, adoptando una traducción diferente del término “health primary care”.

el CAPS; b) *intensiva*: cumpliendo con 6-8 horas diarias durante 3-4 semanas, en ambos casos, hasta cumplir con la carga horaria.

- a. **Programa de Salud Comunitaria:** Práctica en un programa de salud comunitaria, ya sea uno dependiente de las Secretarías de salud municipales o Ministerios de salud provinciales, o en un proyecto de extensión universitaria de la UNLP. En forma extensiva o intensiva.
- b. **Pasantía Rural:** Práctica en Centro de Salud u Hospital local de baja o mediana complejidad, situados en localidades de menos de 10.000 habitantes previamente seleccionadas por la Cátedra y acreditadas por la Facultad de Ciencias Médicas, donde se garantiza una práctica de calidad supervisada. Se realiza bajo la supervisión de médicos generalistas, en general por convenio con el municipio o provincia correspondiente, que en algunos casos incluye alojamiento. **Requiere de una asistencia diaria de 6 a 8 horas, durante 2 a 3 semanas.**

7. EVALUACIÓN:

Al finalizar el Módulo de MGFC, el desempeño del practicante se evalúa a través de:

1. Evaluación formativa:

- a. **Asistencia a las actividades teóricas y prácticas:** El practicante debe presentar un registro de asistencia a las actividades prácticas en el CAPS, firmado por el tutor o colaborador docente autorizado, a los encuentros teórico-prácticos en Facultad por el docente de la Cátedra a cargo del grupo, y por el Director a cargo del proyecto de extensión universitaria que corresponda.
- b. **Evaluación de competencias:** Los tutores docentes, con la colaboración y supervisión de los docentes de la Cátedra, evalúan el desempeño de los practicantes mediante la matriz AMOD con relación a las competencias generales y específicas (Anexo II)

2. Evaluación sumativa:

- a. **Análisis de un caso clínico (individual):** El practicante debe presentar, al finalizar el curso del Módulo, una descripción y análisis de un caso clínico de la práctica realizado en el CAPS, estudiado y analizado en forma integral, según el modelo propuesto en el Anexo III. Esta evaluación se realiza en uno de los encuentros teórico-prácticos, y está a cargo de un docente de la Cátedra, quién lo califica teniendo en cuenta el informe de la evaluación formativa por parte del tutor docente.
- b. **Proyecto de salud comunitaria (grupal):** Los practicantes que han participado de un programa de salud comunitaria o proyecto de extensión universitaria (máximo de tres personas), o de una Pasantía Rural, presentan un proyecto de análisis de situación e intervención en promoción, protección o cuidado de la salud comunitaria, elaborado en base a una guía de programación suministrada por la Cátedra. Esta participación es certificada por el responsable del Programa, el tutor asignado para la Pasantía Rural, o el Director del proyecto de extensión universitaria.
- c. **Entrevista final con el Profesor Titular:** Una vez que el practicante ha finalizado con todas las actividades previstas y las mencionadas evaluaciones, es entrevistado por el Profesor

Titular de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria, quién evalúa toda la información, coloca la nota final del Módulo y emite la correspondiente certificación.

8. BIBLIOGRAFÍA:

1. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: "Declaración de Alma Ata", Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud, 1978.
2. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: "Implementación de la estrategia global de Salud para Todos en el Año 2000". Vol I, Revisión Global, Ginebra, Suiza, 1993.
3. OMS/WONCA: "Hacer que la Práctica Médica y la Educación Médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: La contribución del Médico de Familia". Documento Final de la Conferencia Conjunta OMS/WONCA, London, Ontario, Canadá, noviembre 1994, presentado en español en Buenos Aires, septiembre 1996.-
4. CEITLIN Julio: "Qué es la Medicina Familiar". FEFAPEM/KELLOGG, Buenos Aires, 1982.-
5. CEITLIN J., GOMEZ GASCÓN T.: "Medicina de Familia. La clave de un nuevo modelo". semFYC y CIMF, Madrid, 1997.-
6. HUERTA GONZÁLEZ José Luis: "Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad". Ed. Alfil, México, 2005.-
7. HAQ y col: "Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la Medicina Familiar en el mundo", Bol. OPS 120(1), 1996.-
8. Serrano Martínez M., Casado Vicente V., Bonal Pitz P.: "Medicina de Familia – Guía para estudiantes". semFYC, Ariel, Barcelona, 2005.-
9. Fry J., Byrne P.S., Johnson S.: "Manual del Médico de Familia". Ed. Doyma, Barcelona, 1979.-
10. ZURRO A. MARTIN/ CANO PEREZ, J.F.: "Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica y clínica". 3ra. Edición, Mosby. 1996.
11. MC WHINNEY Ian: "Medicina de Familia", Mosby-doyma, Barcelona, 1995.
12. RUBINSTEIN A., TERRASA S.: "Medicina Familiar y práctica ambulatoria". Editorial Médica Panamericana, 2ª. Edición, 2011.-
13. ASOCIACION ARGENTINA DE MEDICINA GENERAL (Regional Provincia de Buenos Aires): "Programa de la Residencia de Medicina General Integral", 1984-86.-
14. FELLER Jorge: "Capacitación en Medicina General: una estrategia para la Reconversión de Residencias y de los Recursos Humanos del Sector Salud. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, BIRF/PNUD, 1994.-
15. LOSADA Luz Stella, DE ANGULO José M.: "El currículo, el perfil profesional y las competencias", MAP internacional, Quito – Ecuador, 2001.
16. Organización Mundial de la Salud: "La educación del personal de salud centrada en la Comunidad", Serie de Informes Técnicos 746, Ginebra, 1987.
17. BO,A.; DIACZUK T; GARCIA G; MADEO A; GYGLI S. GOMEZ G, RADOSINSKY A; TORINO D. SAGASTA D.;ALTAMIRANO RAMINGER C. "El pregrado y el Primer Nivel de Atención"; Proyecto de Extensión Universitaria. Acreditado. CATEDRA de SALUD y MEDICINA COMUNITARIA. FCM; UNLP, 2008
18. OPS/OMS: "Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición (OPS/OMS)". Washington D.C. Julio 2005.
19. PRACILIO Horacio: "**Atención primaria de la salud**", Cátedra de Salud Medicina y Sociedad, Facultad de Ciencias Médicas UNLP, 2000.
20. PRACILIO Horacio: "**Principios éticos de la atención de salud**", Cátedra de Salud, Medicina y Sociedad, FCM-UNLP, 2000.-
21. ALTAMIRANO RAMINGER C. Instruirse desde el desconocimiento. Trabajo presentado en el congreso de medicina general 2008, seleccionado y premiado. CATEDRA DE SALUD Y MEDICINA COMUNITARIA Facultad de Ciencias Médicas UNLP 2008
22. PAREDES M. Cumbre Mundial de Decanos y Expertos en Salud y Educación Médica, 1996, Buenos Aires, Argentina.
23. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN, (NOA). Investigación del Cambio Institucional y Curricular
24. Luna florez A.Bolaños F: Desarrollo de competencias para la atención integral. De Evaluación de procesos de Educación permanente OPS/oms, Paltex 2006.-
25. Irigoien M.Vargas F. La evaluación de las competencias. Competencias fases y aplicación 2001 .Modulo 1 unidad 4.
26. JENKINS C.David: "**Mejoremos la salud a todas las edades**", OPS, 2005.-
27. PRACILIO Horacio O.: "**El sistema de salud**", Cátedra de Salud, Medicina y Sociedad, Facultad de Ciencias Médicas UNLP, La Plata, 2000.-
28. Paganini, J.M. "**Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en la transformación de los Sistemas nacionales de salud**". OPS/ OMS. Publicación Científica 519. Washington DC. /92.
29. RADOSINSKY, A., FRYD, D., PRACILIO, H.: "**La Familia: evolución, estructura y dinámica**". Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria. La Plata, 2003.
30. Mc DANIEL, S, CAMPBELL, T., SEABURN, D.: "**La influencia de la familia sobre la enfermedad**". Capítulo 2. En Orientación Familiar en Atención Primaria, Barcelona, Sringer, 1998.
31. FLORENZANO U. Ramón: "**El Ciclo vital Familiar**". En Salud Familiar. CPC. Universidad de Chile, 1986.
32. DOHERTY Y BAIRD: "**Cinco niveles de relacionamiento con familias**". En "Medicina de Familia: la Clave de un nuevo modelo", de Ceitlin J.y Gomez Gascón T., SemFYC/CIMF, 1997.
33. HORWITZ C. Nina: "**Consideraciones sociológicas acerca de la relación entre familia y atención primaria de la salud**". En Salud Familiar. CPC. Universidad de Chile, 1986.
34. GENE BADIA J., JIMENEZ VILLA J., MARTIN SANCHEZ A.: "**Historia Clínica, sistemas de registro e información**", Cap 11 de "Atención Primaria", de M. Zurro y J.F. Cano Pérez. MOSBY. 3era. Edición. 1996.
35. MC WHINNEY Ian: "**La familia en la salud y la enfermedad**". Capítulo 10 de "Medicina de Familia", Mosby-doyma, Barcelona, 1995.
36. REVILLA AHUMADA L. de la, FLEITAS COCHOY L.: "**Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en APS**". Cap. 6, En: "Atención Primaria", de M. Zurro y J.F. Cano Pérez. MOSBY. 3era. Edición. 1996.

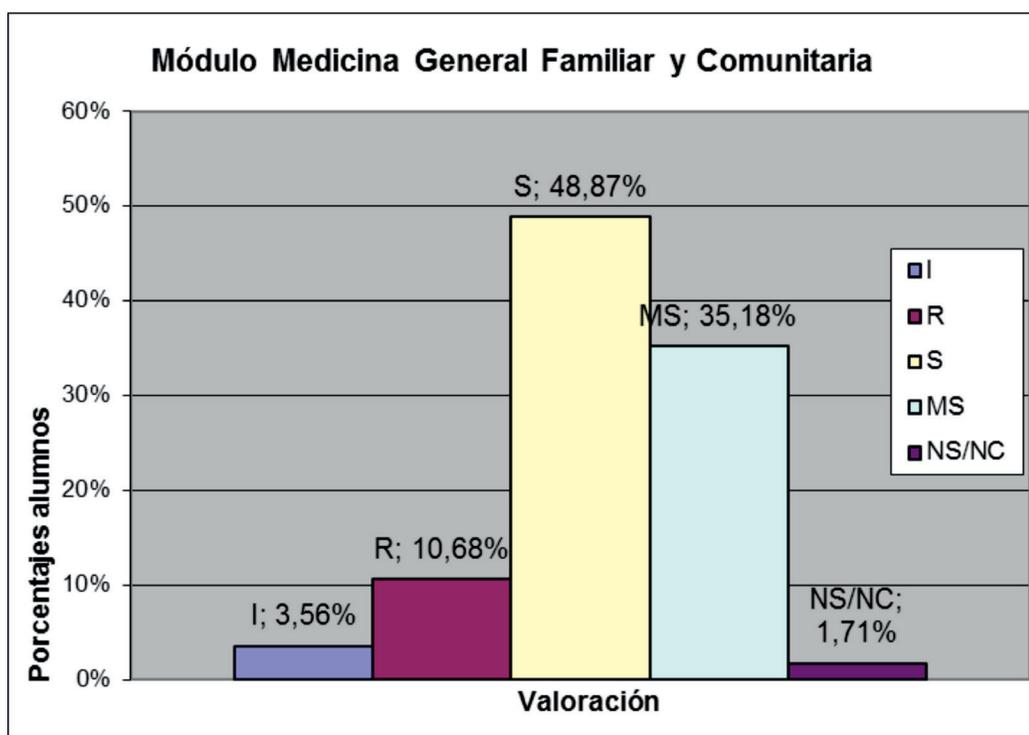
37. OPS/OMS: **"Planificación estratégica. Planificación Local Participativa"**. De **"Planificación Local Participativa"**, Serie PAL-TEX N° 41, 1999.-
38. VIRGOLINI Mario: **"Guía para la programación local de acciones de salud"**, Cátedra de Salud, Medicina y Sociedad, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, 1995.-
39. OSSORIO Alfredo: **"El momento normativo. Diseño y diseño del Plan"**. Planeamiento Estratégico, Cap. 4, pag. 87-103. Dirección de Planeamiento y Reingeniería organizacional, INAP-Subsecretaría de la Gestión Pública, Buenos Aires, agosto 2003.-
40. LASTRA M.E., ASUAJE J.P., BARBIERA V.: **"Guía para la planificación de acciones de promoción de la salud comunitaria"**, Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria, FCM-UNLP, Módulo de APS, INUS-PROAPS, La Plata, 2005.-
41. ANDER EGG E.: **"Programación"**, en "Introducción a la planificación", Ed. Humanitas, Bs. As., 1985.
42. BERRY F.R.: **"Análisis D.O.F.A."**, EN "La administración estratégica. Los contenidos educativos", OPS/OMS, Serie HSS/SILOS 32, 1995.
43. SIEMPRO – UNESCO: **"Manual metodológico para la planificación y evaluación de programas sociales"**.
44. GARCIA GUILLÉN, DIEGO: **"Introducción a la Bioética Médica"**, *Boletín de la OPS/OMS*, 108 (5-6), 1990.
45. LOLAS, FERNANDO: **"Los principios fundamentales"**, en *Bioética Universitaria*, 1998.-
46. MAINETTI JOSE A.: **"Bioética sistemática"**, Cap. 1: Estatuto epistemológico, Cap. 2: Paradigma disciplinario, Editorial Quirón, La Plata, 1991.-
47. OPS/OMS: **"La participación Social"**, HSD/SILOS – 3, Washington D.C., 1990.-
48. OPS/OMS. **"La participación Social en el desarrollo de la salud"**. Washington, D. C.: OPS, HSS-SILOS 26, 1993. p. 39.
49. Ministerio de Salud de la Nación: **"Las redes sociales"**, Módulo 9 del Posgrado de Salud Social y Comunitaria, 2006, pag. 17-46.-
50. Ministerio de Salud de la Nación: **"Análisis de situación de salud"**, Unidad 5 del Módulo 2 del Posgrado de Salud Social y Comunitaria, p. 139-164, Buenos Aires, 2005.-
51. Albalas Cecilia, Olivares Sonia, Salinas Judith, Vio Fernando: **"Bases, prioridades y desafíos de la promoción de la salud"**. Universidad de Chile, Andros Impresores, Santiago de Chile, 2004.-
52. Sanchez Hugo, Moreno Ximena, Bustos, Nelly: **"Promoción de estilos de vida saludable en Centros de Atención Primaria"**, op. Cit. Cap. 19, p. 228.-
53. DALTO Santiago: Ciencias sociales y salud **"El rol de las ciencias sociales y sus promesas para cambiar la formación médica"**. Prof. Adjunto Mag. Santiago R. Dalto, Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria. Facultad de Ciencias Médicas. UNLP.

Encuesta de satisfacción a alumnos de la Práctica Final Obligatoria (PFO) Módulo de Medicina General Familiar y Comunitaria (MGFC) Cursos del 2° cuatrimestre 2014, 1° y 2° del 2015

Alumnos del 2do, 3er, 4to y 5to ciclos 2014, 1ro, 2do y 3ro de 2015

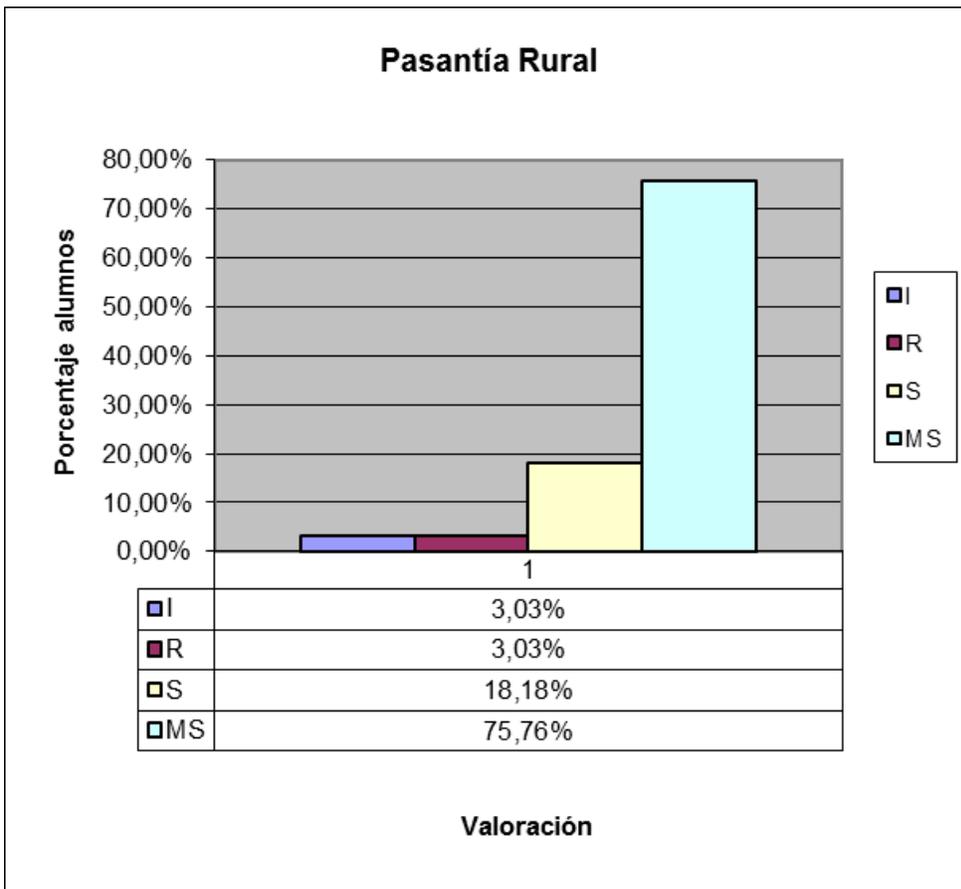
Total de alumnos: 382
Alumnos encuestados: 302

Evaluación Módulo MGFC - RESULTADOS GENERALES



I	3,56%
R	10,68%
S	48,87%
MS	35,18%
NS/NC	1,71%
TOTAL	100,00%

PASANTIA RURAL	I	R	S	MS
Pasantía rural 2014 = 8			3	5
Pasantía rural 1er cuat. 2015 = 22	1	1	3	17
Pasantía rural 2do cuat. 2015 = 3				3
	1	1	6	25
	3,03%	3,03%	18,18%	75,76%



Evaluación Módulo MGFC - RESULTADOS GENERALES

2DO CUATRIMESTRE 2014 n=82	I	R	S	MS	NS-NC
En general	1	9	50	20	2
Practico en CAPS	1	4	23	54	
Tutoría docente en CAPS	2	7	26	47	
Actividad Comunitaria		11	39	30	2
Tutoría docente en Comunitaria	5	10	32	32	3
Actividad teórica	5	15	41	19	2
Tutoría docente en teóricos	5	12	38	25	2
Organización en general	2	15	50	15	
Apoyo administrativo	1	14	48	19	
Info y comunicación	2	20	38	22	
Evaluación de las competencias	5	8	45	23	1
Evaluación del caso clínico	4	4	42	30	2
<i>Subtotal 2do cuatrimestre 2014</i>	33	129	472	336	14

1ER CUATRIMESTRE 2015 n=119					
En general	1	16	74	23	5
Practico en CAPS	2	4	59	53	1
Tutoría docente en CAPS	3	10	49	57	
Actividad Comunitaria	3	8	54	48	6
Tutoría docente en Comunitaria	4	7	57	44	7
Actividad teórica	11	25	47	34	2
Tutoría docente en teóricos	9	20	50	39	1
Organización en general	7	20	66	26	
Apoyo administrativo	4	12	67	36	
Info y comunicación	7	14	66	31	1
Evaluación de las competencias	6	14	65	32	2
Evaluación del caso clínico	5	11	63	35	5
<i>Subtotal 1er cuatrimestre 2015</i>	<i>62</i>	<i>161</i>	<i>717</i>	<i>458</i>	<i>30</i>
2DO CUATRIMESTRE 2015n=101					
En general	2	7	55	31	6
Practico en CAPS	2	5	47	47	
Tutoría docente en CAPS	3	8	40	50	
Actividad Comunitaria	2	7	54	34	4
Tutoría docente en Comunitaria	3	6	46	43	3
Actividad teórica	3	16	41	40	1
Tutoría docente en teóricos	2	9	39	50	1
Organización en general	2	10	52	37	
Apoyo administrativo	5	6	55	35	
info. y comunicación	2	10	54	35	
Evaluación de las competencias	5	9	54	33	
Evaluación del caso clínico	3	4	45	46	3
<i>Subtotal 2do cuatrimestre 2015</i>	<i>34</i>	<i>97</i>	<i>582</i>	<i>481</i>	<i>18</i>
TOTAL	129	387	1771	1275	62
PORCENTAJES	3,56%	10,68%	48,87%	35,18%	1,71%

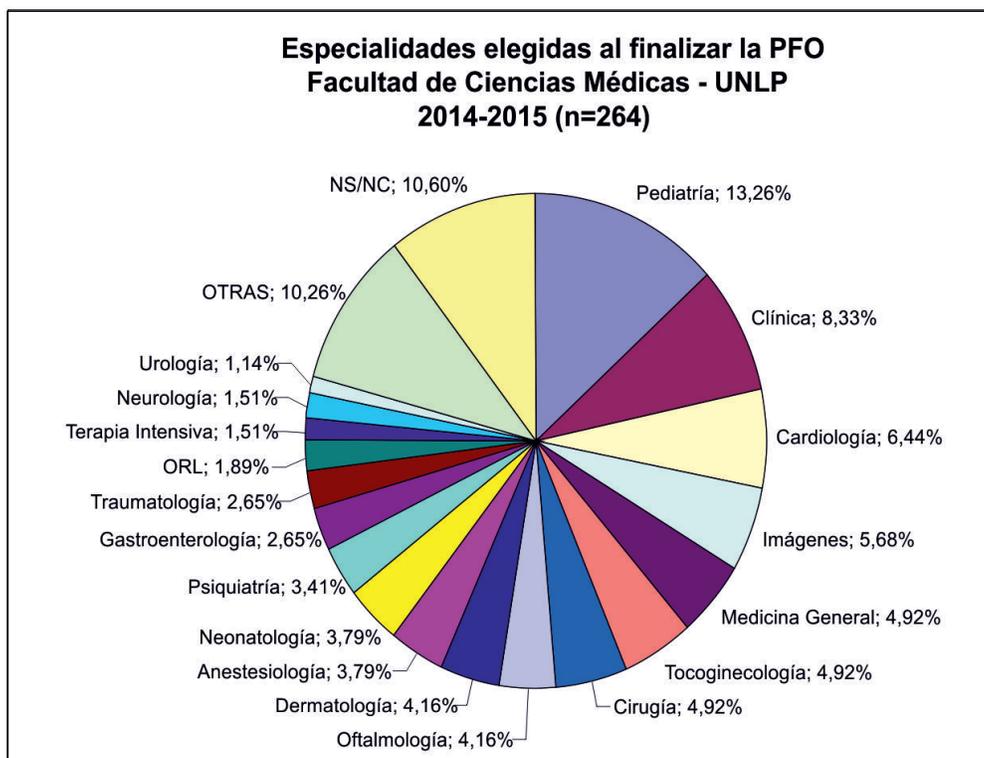
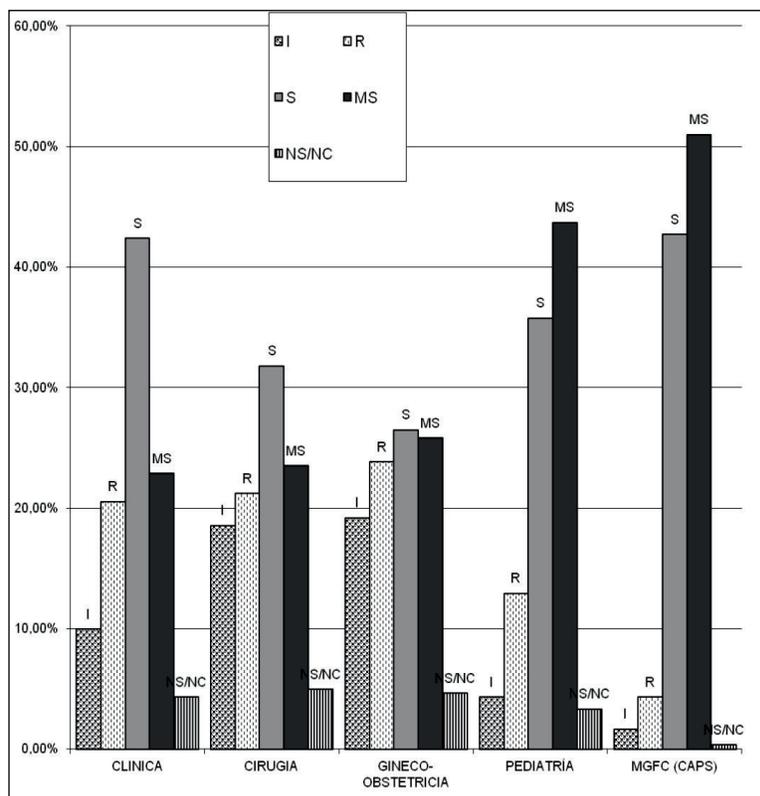
Encuesta de Satisfacción de la Práctica Final Obligatoria (PFO)

Alumnos de 2do, 3er, 4to y 5to ciclos 2014 y 1ro, 2do y 3er ciclos 2015

Total de alumnos: 382

Alumnos encuestados: 302

Valoración	Insatisfactorio		Regular		Satisfactorio		Muy Satisfactorio		NS/NC	
	I		R		S		MS		NS/NC	
MÓDULO	Rtas	%	Rtas	%	Rtas	%	Rtas	%	Rtas	%
CLINICA	30	9,93%	62	20,53%	128	42,38%	69	22,85%	13	4,30%
CIRUGIA	56	18,54%	64	21,19%	96	31,79%	71	23,51%	15	4,96%
GINECO-OBSTETRICIA	58	19,20%	72	23,84%	80	26,49%	78	25,83%	14	4,64%
PEDIATRÍA	13	4,30%	39	12,91%	108	35,76%	132	43,71%	10	3,31%
MGFC (CAPS)	5	1,66%	13	4,30%	129	42,71%	154	50,99%	1	0,33%



Nota: Encuesta anónima realizada a la casi totalidad de los alumnos al finalizar la PFO entre 2014 y 2015. Procesamiento y gráficos efectuados por el entonces Ayudante Alumno Agustín Hernández Maiztegui (2016).

Reconocimiento:

En el acto de cierre del XV Congreso de Medicina General y el Equipo de Salud, realizado en Villa Gessel en abril de 2015, organizado por la AMGBA (Asociación de Medicina General de la Provincia de Buenos Aires), se entregó al Profesor Dr. Horacio Oscar Pracilio, Profesor Titular de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria, una plaqueta con la siguiente leyenda " Dr. Horacio Pracilio: pionero en la incorporación de los médicos generalistas a la actividad académica universitaria y en conmemoración del 30° Aniversario de la creación de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP".



Reconocimiento al Dr. Pracilio en el XV Congreso de Medicina General de la Provincia de Buenos Aires (Villa Gessel, abril 2015).



El Dr. Diego Torino entrega al Dr. Pracilio el presente por los 30 años de la Cátedra.

Equipo Docente de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria Año 2015 - 2016

Profesor titular

- Horacio Oscar Pracilio, médico sanitarista

Profesores Adjuntos:

- Mario Virgolini, antropólogo
- Santiago Dalto, sociólogo
- Alicia Radosinsky, psicóloga

Jefes de Trabajos Prácticos

- Diana Fryd, médica pediatra
- Gustavo Marín, médico sanitarista
- Ana Bo, médica generalista
- Silvina Gygli, médica generalista

Ayudantes Diplomados (rentados)

- Eduardo Angel Martínez, médico clínico
- Mariana Cabrera, psicóloga
- Carlos Diego Torino, médico generalista
- Omar Resa, odontólogo
- Aldo Madeo, médico clínico
- Graciela Gómez, licenciada en obstetricia
- Teresa Diaczuk, médica generalista
- Jorge Asuaje, periodista
- Jorge Agüeda, odontólogo
- Juan Alconada Magliano, médico pediatra
- Eduardo Pablo Martínez, médico ginecólogo
- Adrian Zelayeta, médico generalista.
- Adriana Arisnavarreta, licenciada en antropología.
- Cecilia Cambareri, psicóloga
- Verónica Falloca, psicóloga
- Pablo Vétère, sociólogo
- Gladys García, médica clínica
- Carlos Rodríguez Monti, médico
- Lorena Orias, psicóloga

Ayudantes Diplomados (ad-honorem)

- Liliana Romero, médica ginecóloga
- Cintia Altamirano Raminger, médica generalista
- Catalina Anabel Centurión, médica generalista
- Victoria Salsa Cortizo, licenciada en antropología

Ayudantes Alumnos (ad-honorem)

- Agustín Hernández Maiztegui, estudiante de medicina
- Macarena Gabilondo, estudiante de medicina
- Figo Wisley De Souza, estudiante de medicina
- María Beatriz Cisneros, estudiante de obstetricia

Secretaria

- Adriana Arisnavarreta, licenciada en antropología

Subsede Olavarría

Profesor Libre

- Raúl Pitarque, médico generalista

Jefe de Clínica

- María del Carmen Weis, médica generalista

Jefes de Trabajos Prácticos

- Marcela Arias, médica generalista
- Saulo Ciochini, médico de familia

Ayudantes Diplomados

- Fanny Rizzonelli, médica generalista
- Cecilia Romero, médica generalista
- Silvia Fernández, médica generalista
- María Esther Gattella, médica generalista

Subsede Mar Del Plata

Jefe de Clínica

- Alicia Lawrynowicz, médica epidemióloga

Jefes de Trabajos Prácticos

- Adrián Alasino, médico generalista
- Sebastian Bienaime, médico generalista

Ayudantes Diplomados

- Julio Sambueza, médico generalista
- Edgardo Marambio Catán, médico generalista
- Paula Teresa Girardi, médica generalista
- Susana Andrea Valente, médica generalista

Subsede La Pampa

Profesor Libre

- Rafael Passarini, médico sanitarista

Jefe de Trabajos Prácticos:

- Graciela López Gallardo, médica generalista

COLABORADORES DOCENTES - 2015

Municipalidad de La Plata

- Maggi Gustavo, Médico
- Giampieri Cecilia, Médico
- Barba Hector, Médico Generalista
- Tejada Iris, Médica Clínica
- Krol Manuel, Médico Generalista
- Bolicchia Noelia, Medica
- Enrique María Luján, Médica Generalista
- Adriana Uriarte, Médica Generalista
- Trapani Sandra, Médica Generalista
- Diaz Rosana, Medica
- Poggi Noelia, Médica Generalista
- Michi Delia, Médica Ginecologa
- Walker Marcela, Médica Generalista
- Marques Teodoro, Médico Generalista
- Maldan María Ana, Médica Generalista
- Ramos Mexía Carlos, Odontologo
- Scotti Gustavo, Médico Generalista
- Jáuregui Adriana, Médica Generalista
- Tittarelli Elsa, Médica Pediatra
- Menoyo Valeria, Médica Generalista
- De Angelis Miriam, Médica Generalista
- De Orta Alfredo, Médico Clínico
- Adhemar Alejandro, Médico Generalista
- Betancor Guillermo, Médico Generalista
- Pascual Estela, Médica
- Petruzzi Giselle, Médica
- Ghigliani Adriana, Médica
- Albina Eduardo, Médico pediatra
- Vargas Mabel, Médica generalista

Municipalidad de Berisso

- Pucci Raul, Médico ginecólogo
- Vercesi Sabrina, Nutricionista
- Abeles Victoria, Médica Pediatra
- Vouilloz Marta, Médica Pediatra
- Osio Fernanda, Médica Generalista
- Oviedo María Laura, Médica Pediatra
- Pérez Cecilia, Médica
- Barandiaran Mariano, Medico
- Fonseca Gabriela, Médica Generalista

- Barauska Patricia, Obstétrica
- Garay Pedro, Médico Generalista
- Ibraimoski Gustavo, Médico Generalista
- Vazquez Antonio, Médico Generalista
- Heredia Veronica, Médica Clínica
- Raffaeli María, Médica Clínica
- Campos Carla, Psicóloga
- Roldán Javier, Médico Generalista
- García Gladys, Médica Clínica

Municipalidad de Ensenada

- De Prado Leandro, Médico Generalista
- Palloto Gabriela, Médica Pediatra
- Madeo Aldo Franco, Médico Clínico
- Bettiga Lidia Susana, Médica Generalista
- Pallazzo Marisa, Médica Clínica
- Casco Anahí, Obstétrica
- Municipalidad de Berazategui:
- Silva Guillermo Oscar, Médico Generalista
- Valiente Estela Odilia, Médica Generalista
- De Luca Natalia, Médica Generalista

Municipalidad de Florencio Varela

- De La Cruz Gloria Liliana, Médica Generalista
- Agazzi Martín David, Médico Generalista
- Acevedo Lidia, Médica Generalista
- Mansilla Mariela, Médica Generalista
- Maugeri Mario, Médico Generalista
- Bravo Carlos, Médico Generalista
-

Municipalidad de General Pueyrredón:

- Marambio Catán Edgardo, Médico Generalista
- Sambueza Julio, Médico Generalista

Otros municipios y localidades:

- Claypole: Castro Adriana, Médica Generalista
- Rafael Calzada: Ruiz Roxana, Médica Generalista
- Magdalena: Romero Julio Cesar, Médico Generalista
- Lomas de Zamora: Soage Estela, Medica
- Chascomús: Altamirano Raminger Cintia, Medica Generalista
- Olavarría: Nicolás Pereyra, Médico generalista

Ex docentes de la cátedra entre 1985 y 2014

Profesores asociados o adjuntos

- Bertoldi Alberto, médico psiquiatra
- Chappa Herbert Juan, médico psiquiatra
- Padro Monica Cristina, médica sanitarista

Jefes de trabajos prácticos

- Barbiera Vilma, psicóloga
- Domancich Norma, licenciada en servicio social

Ayudantes diplomados

- Saúl Flores, médico generalista
- Paola Zozaya, psicóloga
- Lastra Maria Evangelina
- Graciela Bessejous, médica ginecóloga
- Goffman Florencia, médica pediatra
- Domancich Norma, licenciada en servicio social
- Perez Marta, profesora de filosofía
- Comasco Susana, médica ginecóloga
- Darré Celeste, psicóloga
- Alvarez Silvia Cristina, nutricionista
- Acera Constancio Alberto, sociólogo
- Mielnicki Janusz Antonio, médico pediatra
- Tello Claudia Beatriz, psicóloga
- Rabusko Sara Nora, antropóloga
- Lopez Claudio, médico
- Gil Guillermo, arquitecto

- Barrios Maria Elena, socióloga
- Gatica Julia Elena, médica generalista
- Gomez Marta, socióloga
- Coppa Dora María, médica
- Las Heras Reinares Maria Carmen, médica
- Seoane María Cristina, médica pediatra
- Roque Monica Laura, médica generalista
- Norka Jordan, médica psiquiatra
- Tolosa Jorge Alberto, médico generalista
- Re Norma Beatriz, abogada
- Ponzinibio María, antropóloga
- Del Valle Cristina, médica
- Puricelli Perla, pedagoga
- Roa Norma, licenciada en servicio social
- Yustón Saul
- Katzman Perla

Ayudantes alumnos

- Salduna Ana Laura
- Martiarena Mercedes

Docentes fallecidos

Profesores

- Escudero Myrtha Azucena, médica sanitarista
- Dapino Luis, médico psiquiatra

Jefe de trabajos prácticos

- Gonzalvo Rómulo, sociólogo

Ayudantes diplomados

- Briguez Dardo, sociólogo
- Mancuso Gilda Edith, psicóloga
- Lievana Graciela, psicóloga
- Bordagaray Oscar, licenciado en enfermería

LAS PUBLICACIONES DE LA CÁTEDRA

En su período como Salud, Medicina y Sociedad la hoy Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria produjo tres publicaciones que no pudieron sostenerse en el tiempo por carencia de recursos, sin embargo, los contenidos de cada una de ellas no han perdido vigencia y la información y los artículos aparecidos en esas tres revistas siguen siendo de utilidad. En algún caso, como en el del tercer número, editado en 1997 con el título premonitorio de "¿Violencia Para Todos en el año 2000?", puede llegar a hacerle creer al lector desprevenido que fue escrita recientemente. También es un punto de referencia importante para la cuestión de la salud de los pueblos indígenas el contenido del segundo número, que recopila la experiencia del "Primer Encuentro de Salud y Medicina de los Pueblos Indígenas" realizado en La Pampa en 1994.

Lamentablemente ha tenido que pasar mucho tiempo para que la Cátedra vuelva a encontrarse con sus lectores, esperemos que a partir de ahora los lapsos se acorten y que este número especial sea el comienzo de una nueva era para sus publicaciones.

