



RESOLUCIÓN CDEyVE SEDE ANDINA UNRN N° 014/2020

San Carlos de Bariloche, 01 de diciembre de 2020

VISTO, el Expediente N° 988/2020 del registro de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO, y

CONSIDERANDO

Que el Expediente N° 988/2020 tramita la creación de la carrera de Medicina, a dictarse en la Sede Andina de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO.

Que el Plan de Desarrollo Institucional (PDI) 2019/2025 de la Universidad, aprobado por Resolución CSPyGE N° 62/2018, dispuso la evaluación de la factibilidad de creación y apertura de la carrera de Medicina en la Sede Andina, ciudad de San Carlos de Bariloche.

Que desde el 2011 y en el marco de las políticas universitarias vigentes se crearon DIEZ (10) carreras de grado de Medicina en las Universidades Nacionales, llegando a VEINTIÚN (21) ofertas en la actualidad, correspondientes a menos de la mitad de las instituciones universitarias nacionales.

Que la cobertura territorial en la región sur comprende tres carreras de Medicina, todas del ámbito estatal y localizadas en las ciudades de Bahía Blanca, Cipolletti (en convenio con los sistemas de salud de Neuquén y las ciudades del Alto Valle de Río Negro y Neuquén) y en Comodoro Rivadavia, provincia de Chubut.

Que en la subregión Andina comprendida entre Esquel (Chubut), El Bolsón y San Carlos de Bariloche (Río Negro); Villa la Angostura, Junín de los Andes y San Martín de los Andes (Neuquén), con una población total, cercana a los 250.000 habitantes y, a las que cabe agregar las localidades de la Región Sur rionegrina, en particular Ing. Jacobacci, la carrera de Medicina representa un área de vacancia y de alta demanda laboral.

Que por tanto la creación de la Carrera de Medicina se basa en la detección de un área de vacancia a nivel local y regional.

Que el Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas (FAFEMP) se ha pronunciado a favor de la apertura de nuevas carreras de Medicina



públicas, a lo largo y ancho del país, para mejorar la accesibilidad de la población a esta oferta académica y para mejorar la radicación de profesionales en regiones donde faltan. Que la regionalización de las carreras de Medicina favorece un perfil de egresado más adecuado a las necesidades de salud de la población radicada en las áreas de influencia. Que las particularidades de la Región Andina permiten un formato de carrera específico y vinculado al perfil socio comunitario.

Que a partir de contactos previos con el Estado provincial rionegrino, en específico con el Ministerio de Salud y la Dirección del Hospital Zonal Ramón Carillo de San Carlos de Bariloche, se ha relevado el interés para la gestión de acuerdos de cooperación interinstitucional para la puesta en marcha de la mencionada carrera.

Que se consultó a la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU) para solicitar el eventual apoyo económico a través de un contrato programa en el marco de las prioridades de ampliación de la oferta universitaria nacional, verificándose a priori que las ciencias de la salud están comprendidas en la agenda de compromisos de la Mesa Intersectorial de Políticas Integradas de Salud y Educación de los Ministerios de Salud y de Educación de la Nación.

Que la Resolución Rectoral N° 0579/2020 constituyó una Comisión ad hoc interna para la elaboración del estudio de factibilidad de la carrera de Medicina de la Sede Andina.

Que el estudio de factibilidad incluye justificación, plan de estudio y fundamentación pedagógica para su desarrollo, perfil del egresado, sistema de ingreso, criterios para la selección del cuerpo docente, programa de formación y capacitación docente, y contenidos mínimos.

Que en la sesión realizada el 1 de diciembre de 2020 por el Consejo de Docencia, Extensión y Vida Estudiantil de la Sede Andina se ha tratado el tema en el Punto 9 del Orden del Día, habiéndose aprobado por unanimidad por parte de las/os consejeras/os presentes.

Que la presente se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 34°, inciso ii, del Estatuto de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO.

Por ello,



**EL CONSEJO DE DOCENCIA, EXTENSIÓN Y VIDA ESTUDIANTIL
DE LA SEDE ANDINA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO
RESUELVE:**

ARTÍCULO 1º.- Avalar la creación de la carrera de Medicina, a dictarse en la Sede Andina de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO, con modalidad presencial.

ARTÍCULO 2º.- Avalar la justificación de la creación de la Carrera de Medicina en la Sede Andina de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO y análisis de las condiciones de acreditación ante la CONEAU, que como Anexo I, forma parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3º.- Avalar los fundamentos, objetivos, alcances del título, el plan de estudio y los requisitos de ingreso, permanencia y graduación de la Carrera de Medicina, que como Anexo II, forma parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO 4º.- Avalar los lineamientos para el Ingreso, Permanencia y Egreso de la Carrera de Medicina, que como Anexo III, forma parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO 5º.- Avalar los lineamientos de organización académica de la función docente, de la Carrera de Medicina, que como Anexo IV, forma parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO 6º.- Recomendar al Consejo de Programación y Gestión Estratégica de la Sede Andina, el tratamiento de la creación de la carrera de Medicina, a dictarse en la Sede Andina de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO, con modalidad presencial.

ARTÍCULO 7º.- Registrar, comunicar, archivar.



ANEXO I - RESOLUCIÓN CDEyVE SEDE ANDINA UNRN Nº 014/2020

Contexto y justificación de la creación de la carrera de medicina en la Sede Andina de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO y análisis de las condiciones de acreditación ante la CONEAU.

1- Introducción.

En esta sección se presentan las razones por las cuales la apertura de la carrera de medicina en la ciudad de San Carlos de Bariloche se halla justificada.

Por una parte, se describe el sistema de salud de la Argentina frente a los Objetivos de Desarrollo Sostenible del sistema de las Naciones Unidas (ODS) en vinculación con el objetivo de la universalización del servicio de salud.

Por otra, se pormenoriza en las diferencias existentes entre el sistema nacional y los provinciales con particular énfasis en el Sistema de Salud Pública de la Provincia de Río Negro.

A su vez, se caracteriza este último según las distintas zonas sanitarias y, en particular, las que corresponde al radio potencial de acción de la carrera. En tal sentido, se enfatizan algunos hechos tales como la diferente relación de médicos y médicas existente para distintos estratos socioeconómicos, las grandes distancias para acceder a la formación en la Zona Andina y del Suroeste provincial, junto a otros factores de contexto.

Finalmente se realiza un análisis de las carreras de medicina en el país y del proceso de acreditación de la carrera ante la CONEAU.

A continuación, se presentan los análisis efectuados y sus resultados.

2- Argentina frente a los Objetivos para el Desarrollo Sostenible.

En 2018 los países de la región firmaron la Estrategia de Recursos Humanos para la Salud Universal 2030. Esta estrategia busca guiar el diseño de las políticas de recursos humanos para la salud, en tanto considera que la disponibilidad, accesibilidad, pertinencia, relevancia y competencia del personal de salud son factores clave para alcanzar la salud universal y los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, del sistema de las Naciones Unidas.

Así también en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, realizada en Astaná (Kazajstán) los días 25 y 26 de octubre de 2018, los Jefes de Estado y de Gobierno, los ministros y los representantes de Estados y Gobiernos ratificaron las principales aspiraciones consistentes en:

Gobiernos y sociedades que den prioridad a la salud y bienestar de las personas, y los promuevan y protejan, tanto a nivel poblacional como individual, mediante sistemas de salud sólidos;

Atención primaria de salud y servicios de salud de gran calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, prestados con compasión, respeto y dignidad por profesionales de la salud bien formados, competentes, motivados y comprometidos;

Entornos propicios y favorables para la salud en los que las personas y comunidades estén empoderadas y colaboren en el mantenimiento y mejora de su salud y bienestar;

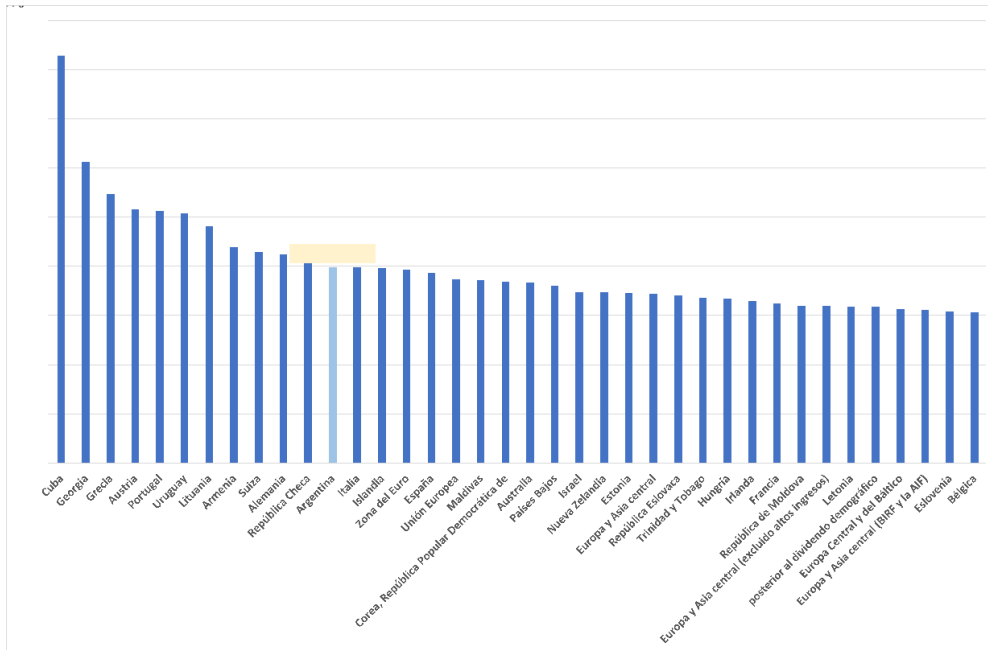
Asociados y partes interesadas alineadas en la prestación de apoyo efectivo a las políticas, estrategias y planes de salud nacionales.

En tal sentido se asumió un compromiso entre los cuales la atención primaria de la salud constituye uno de particular importancia¹.

La Argentina presenta, en general, un cuadro positivo en términos de organización del sistema de salud y se ubica en un nivel intermedio, en términos de cantidad de médicos cada mil habitantes y recursos humanos calificados, que superan los estándares mínimos establecidos por la OMS (figura 1).

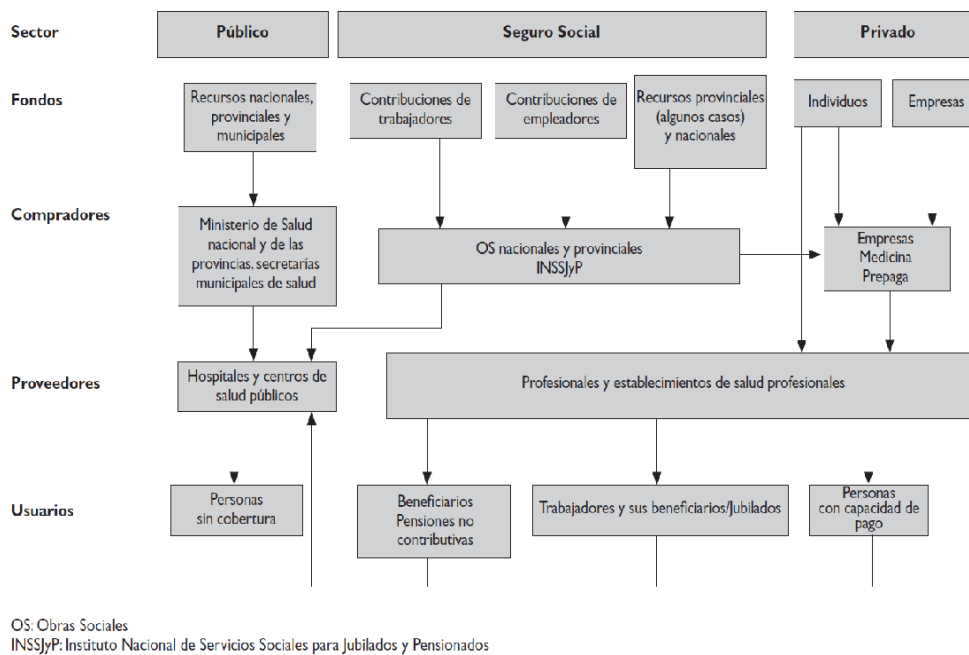
¹ Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018. HO/HIS/SDS/2018.61, World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018.

Figura 1- Médicos/as por cada 10000 habitantes.



Fuente: Banco Mundial en base a la OMS. Datos año 2017.

Figura 2- Sistema de Salud en Argentina: conformación del sector y cobertura.



Fuente: tomado de Belló M, Becerril-Montekio VM., Sistema de salud de Argentina, en Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S96-S108.

El sistema de salud de Argentina (figura 2) está compuesto por tres sectores: público, seguro social y privado. El sector público está integrado por los ministerios, nacional y provinciales, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Este sector se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados.

Por otro lado, el sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las Obras Sociales (OS), que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. Además, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias. Las provincias cuentan con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. La mayoría de las OS operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y los patrones.

Por último, el sector privado está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, y a los beneficiarios de las OS y de los seguros privados. Este sector también incluye entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga que se financian con primas que pagan las familias o las empresas y con recursos derivados de contratos con las OS. Los servicios que ofrecen se prestan en consultorios e instalaciones privados.

Sin embargo, es sabido que al menos una de cada tres personas no tiene cobertura médica y que además los indicadores de salud por regiones y provincias presentan grandes disparidades en cuanto a disponibilidad de médicos, atención preventiva e infraestructura².

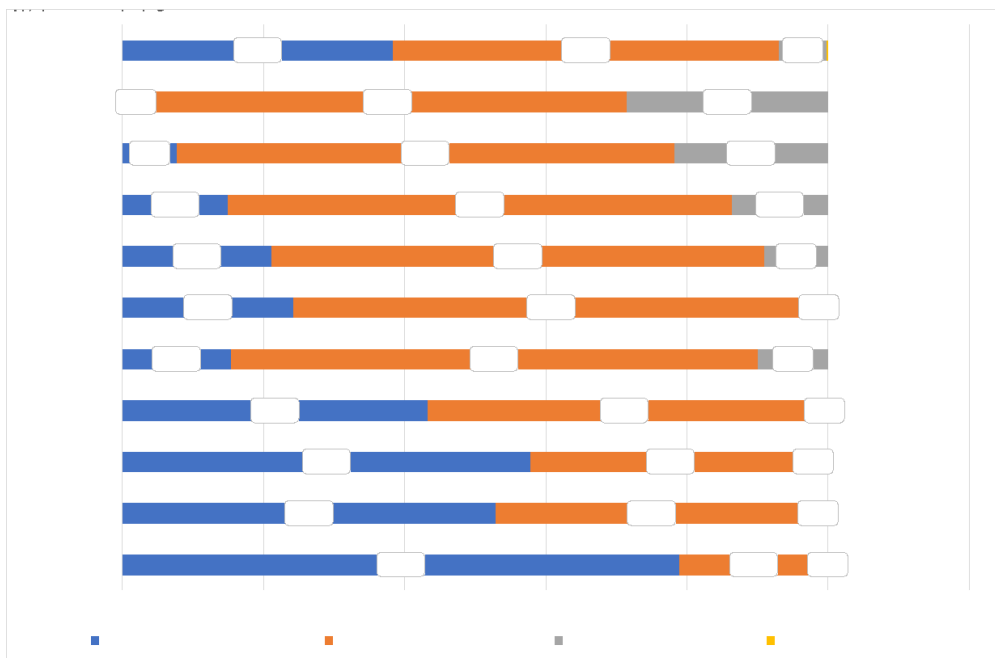
Indicadores específicos relativos para la provincia de Río Negro.

En el caso de la Provincia de Río Negro el porcentaje de personas no cubiertas por seguro médico era en 2010 del 50% (Censo 2010) y ello significa que el sistema público de salud tiene un papel clave respecto a la atención en todos los niveles.

² Ver: CAEME ¿Cómo es el sistema de salud argentino? En <https://www.caeme.org.ar/como-es-el-sistema-de-salud-argentino/>

No obstante, según la Encuesta del Gasto de los Hogares realizada por el INDEC entre 2017 y 2018, la cobertura de salud en Río Negro se caracteriza por fuertes discrepancias de alcance en los distintos deciles de distribución del ingreso (Figura 3).

Figura 3-Tipo de cobertura del servicio de salud en Río Negro por deciles de ingreso año 2017/2018



Fuente: elaboración propia con datos procesados de la ENGHO 2017/2018, INDEC

Como se puede observar, el 40% de la población de menores ingresos presenta un grado mínimo de cobertura estatal y de obras sociales, aunque en esta última se produce un salto importante a partir del quinto decil, intervalo a partir del cual también comienza a cobrar importancia la medicina prepaga.

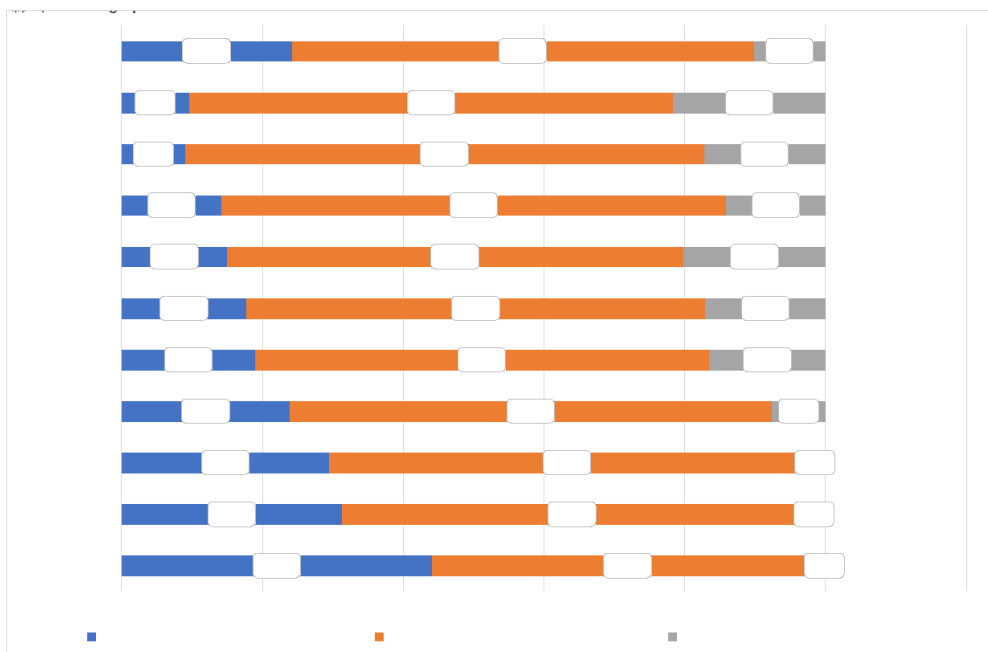
Cuando se analiza el gasto en salud por provincias y por deciles de ingresos se halla que para los tres primeros deciles de la población rionegrina el gasto en salud representa solo entre 1,6 y 2% de su gasto familiar frente al 6,7% del decil 7 o el 4,2% del decil 10 (ENGHO 2017/8 INDEC). Se puede sugerir que las familias que se encuentran en los deciles más bajos no pueden incurrir en gastos para destinarlos a medicamentos, ni pueden satisfacer las necesidades de sus hijos sobre el cuidado de la salud. De manera que las vías de solución frente a esto es que estas familias puedan tener acceso a los medicamentos proporcionados gratuitamente a través del

sistema de atención del subsector público y un aseguramiento de la atención integral que cubra las etapas de crecimiento y desarrollo de los niños, entre otras medidas protectoras de la salud en poblaciones específicas (Abeldaño, A. R., 2015)³.

Asimismo, Río Negro figura entre las provincias con menor gasto de salud sobre gasto de los hogares (3,3% contra 8% en CABA, 6,7% en Santa Fé, 5,3% media nacional según el INDEC).

Por otra parte, es llamativa la diferencia de composición por grupos de edad en los distintos niveles de ingresos (figura 4).

Figura 4-Composición por grandes grupos de edad de los hogares de Río Negro según deciles de ingreso 2017/2018.



Fuente: elaboración propia con datos procesados de la ENGHO 2017/2018, INDEC

Este sesgo, donde entre el 24 y 44% de la población de los cuatro primeros deciles corresponde al grupo etario 0-14 años, es un hecho fundamental pues condiciona el perfil futuro de la población de la provincia. Es llamativa también la baja incidencia del grupo conformado por mayores de 64 años en los 4 deciles de menores ingresos. Esta

³Abeldaño, A. R., 2015, Análisis del gasto de los hogares en salud en Argentina, como componente de la cobertura universal de salud, en Ciênc. saúde coletiva vol.22 no.5 Rio de Janeiro maio 2017 <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.21102015>.

información caracteriza, entonces, el cuadro de vulnerabilidad del 40% de la población de menores recursos económicos en la provincia.

Es decir, la ausencia de una atención médica suficiente para tender a garantizar la salud de la población rionegrina para el 40% más pobre condicionaría el futuro del capital humano y en esta tarea queda claro el papel primordial de las acciones estatales.

Pero, precisamente el peso que tiene el sector público provincial en la atención de su población vulnerable en franjas etarias y grupos desfavorecidos por el bajo nivel de ingresos implica serios desafíos tanto en lo que refiere a financiamiento como en lo atinente a la formación de recursos humanos en las áreas de medicina y enfermería, incluyendo también el del personal no médico que trabaja en el sector salud.

Entre las conclusiones que se extraen en el informe sobre el sector salud de la Argentina realizado por el PNUD (2011)⁴ una en particular es relevante al respecto en tanto afirma que: “La oferta pública de servicios de salud (universal y gratuita), marcada por un fuerte proceso de descentralización, reproduce los desequilibrios regionales y no logra compensar los problemas distributivos”.

Como ejemplo, se puede estimar que si la Provincia de Río Negro posee un nivel de 6,59 matriculados por cada 1000 habitantes⁵, esto arrojaría un universo de 5864 médicos/as en Río Negro. Sin embargo, la cifra de médicos/as en las seis zonas sanitarias en las que se divide el sistema de salud pública de Río Negro (Punto 3), era de 1015 a diciembre de 2019. Es decir, menos del 17% del total matriculado en la provincia y solo un 15% del total del personal contabilizado como personal del sistema de Salud Pública (cuadro 1).

En este punto los datos nos permiten ya establecer ciertas relaciones específicas.

Si se estima que el 40% de la población de Río Negro que corresponde a la de menores ingresos es cercana a unas 306 mil personas y que el número de médicos

⁴ APORTES PARA EL DESARROLLO HUMANO EN ARGENTINA / 2011 EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO Y SU TRAYECTORIA DE LARGO PLAZO: LOGROS ALCANZADOS Y DESAFIOS FUTUROS.

⁵ Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. Los Recursos Humanos de Salud en Argentina. AÑO 2015- Gráfico 4, pag. 10. Sin embargo, los datos a 2020 indican que el número total de médicos matriculados, considerando aquellos que no superan los 69 años de edad, es de 6125, de los cuales sólo 609 figuran con matrícula no compartida, es decir se hallan clasificados como exclusivos del sector público. Esta cifra coincide de manera aproximada con la de médicos de tiempo completo incluidos en la nómina del sector público de salud en Río Negro con datos a diciembre de 2019 presentados en el cuadro 1.

generalistas más aquellos donde no ha sido factible identificar una especialidad son unos 409 médicos/as (40% del total de la planta médica del sector de medicina pública), la relación de médicos generalistas por habitante es para este segmento de solo 1,3 médicos por cada mil habitantes y, si se considera el conjunto de médicos, la misma alcanzaría 3,3 médicos por cada mil habitantes con insuficiencia de ingresos. Una clara inequidad con respecto a la media de la población nacional (3,99 médicos cada mil habitantes según base del Banco Mundial) y también provincial (6,59 médicos cada mil habitantes según el Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud). En síntesis, del total de los médicos/as matriculados en Río Negro solo el 10% tiene una dedicación exclusiva en el sistema de salud pública, cifra que sube al 16,6% cuando se incluyen aquellos que tienen una dedicación parcial.

Esto significa una oferta desigual entre quienes acceden a la medicina privada, por ejemplo el 60% de la población, para quienes la relación médicos cada 1000 habitantes podría llegar a 12 y el otro 40% para los cuales dicha relación es de 3,3 y baja a 2 cuando se consideran los médicos tiempo completo o a solo 1,3 cuando se contabilizan médicos generalistas para atender al sector de mayor vulnerabilidad en el cual se concentra la mayor proporción de familias, donde a su vez niños y jóvenes representan una mayor proporción respecto del conjunto de los hogares de Río Negro. Además, en los pueblos más pequeños, esta relación es más desfavorable.

Como se verá en el punto siguiente, la organización del sistema de salud pública de Río Negro se caracteriza por una descentralización acorde a las particularidades de su vasto territorio, pero a su vez por una fuerte asimetría en lo que respecta a las posibilidades de formación en el área disciplinar de la medicina debido a la inexistencia de carreras de grado en un radio que diferencia a la zona Andina y Línea Sur de las restantes regiones de la provincia.

3- El Sistema de Salud en Río Negro.

Al igual que en el resto del país, está conformado por tres subsectores (fiscalizados y controlados por el Ministerio de Salud):

- El sistema público
- La seguridad social (obras sociales)
- El ámbito privado

A continuación, nos referiremos sólo al sistema público.

El sistema público provincial.

El Ministerio de Salud provincial además de fiscalizar y controlar estos subsectores, tiene bajo su gestión los siguientes organismos y programas:

- a) Consejo Provincial de Salud Pública (C.P.S.P.): Presidido por el Ministro de Salud; el Secretario Ejecutivo es el Secretario de Políticas Públicas del Ministerio, y lo integran además los jefes de las seis zonas sanitarias, es decir, los directores de los hospitales de Cipolletti, General Roca, Choele Choel, Viedma, Ingeniero Jacobacci y San Carlos de Bariloche y el Vocal Gremial.
- b) Programa Zonal de Medicamentos (PROZOME)
- c) Instituto Provincial del Seguro de Salud (I.PRO.S.S.)

El Sistema Público es el de mayor extensión territorial y garante de la cobertura sanitaria.

Comprende un Nivel Central que es el Ministerio de Salud ubicado en Viedma, el cual cumple un rol normativo y de conducción general, y una Red de Establecimientos prestadores de servicios.

La unidad mínima de organización sanitaria es el Hospital Área Programática, delimitada geográficamente con una estructura de conducción de todos los recursos disponibles para la atención de una población.

Las Zonas Sanitarias constituyen el nivel de regionalización sanitaria intermedia que integra y coordina un conjunto de áreas programas relacionadas geográficamente con el fin de optimizar recursos, atención y resultados de salud.

Cada Zona Sanitaria articula el funcionamiento de sus recursos a través de un Hospital de Cabecera, el cual es responsable de coordinar y articular los hospitales del área. Tiene a su vez asignado un Coordinador Zonal, quien debe representar y coordinar los diferentes equipos de Salud Mental Comunitaria de dicho territorio.

El territorio de toda la provincia se divide en: 6 Zonas Sanitarias; 36 Hospitales Áreas Programas; y 184 Centros de Salud⁶ (figura 5 y cuadro 2).

⁶ De los 184 se identifican en el cuadro 1 103 centros de Nivel 1 y 74 de Nivel 2, restando la identificación de otros 7.

Figura 5-Sistema de salud de Río Negro: Localidades y Zonas Sanitarias.



Fuente: <https://rionegro.gov.ar/index.php?contID=49802>.

A la fecha, los establecimientos sanitarios de la Provincia se hallan categorizados por Niveles de Complejidad creciente, la cual se define como el número de tareas diversificadas que integran la actividad global de una Institución y el grado de desarrollo tecnológico alcanzado por el mismo.

Sin embargo, con el transcurso de los años se ha perdido la consistencia necesaria entre el desarrollo técnico-científico alcanzado por las distintas actividades, los modelos de organización y gestión de los recursos, las expectativas de la población y la estructura reglamentaria vigente, desdibujándose la armonía que debiera existir entre las mismas.

La clasificación de las zonas por riesgo de fallecimiento se halla en elaboración por parte de las autoridades.

Cuadro 1- Descripción del empleo en el sector público de salud en Río Negro a diciembre de 2019.

| Ley | Agrupamiento | Funcion | 2019 |
|---|---|-------------------------|-------------|
| 1844 | Administrativo | Administrativo | 813 |
| | Serv. Grales | Mucamo | 1259 |
| | Serv. Grales | Chofer | |
| | Serv. Grales | Cocina | |
| | Serv. Grales | Lavadero | |
| | Serv. Grales | Otros Serv. Grales. | |
| | Auxiliar Asistencial | Auxiliar Enfermeria | 1082 |
| | Auxiliar Asistencial | Agente Sanitario | |
| | Auxiliar Asistencial | Auxiliar Laboratorio | |
| | Auxiliar Asistencial | Auxiliar Esterilizacion | |
| | Auxiliar Asistencial | Operador salud Mental | |
| | Auxiliar Asistencial | Auxiliar Farmacia | |
| | Auxiliar Asistencial | Otros aux. | |
| | Profes / Tecnicos | Profes / Tecnicos | 192 |
| TOTAL 1844 | | | 3346 |
| 1904 | Bioquimico | | 121 |
| | Enf / Lic en Enf | | 1153 |
| | Fonoaudiologo | | 21 |
| | Instrumentadora quirúrgica | | 61 |
| | Kinesio / Lic en Kinesio/ Fisioterap/TO | | 97 |
| | Lic. en Obst / Obst | | 77 |
| | Lic. Psicol / Psicopedago | | 170 |
| | Lic. Quim / Farm | | 44 |
| | Lic. en Serv / Trab social | | 92 |
| | Medico sin especialidad especificada | | 219 |
| | Medico Cardiologo | | 33 |
| | Medico cirujano | | 73 |
| | Medico Clinico | | 70 |
| | Medico Generalista | | 190 |
| | Medico Neonatologo | | 22 |
| | Medico Pediatra | | 82 |
| | Medico Psiquiatra | | 25 |
| | Medico Tocoginec | | 58 |
| | Medico Traumatolo/ Fisiatra | | 38 |
| | Medico otras Especialidades | | 205 |
| | Total médicos | | 1015 |
| | Lic. Nutrición/Nutricionista | | 34 |
| | Odontologo | | 129 |
| | Tecnico en Hemoterapia | | 35 |
| | Tecnico en laboratorio | | 60 |
| | Lic. en Imágenes/Tecnico Radiologo | | 129 |
| | Veterinario | | 33 |
| Otros Ley 1904 (*****) | | 67 | |
| Total 1904 | | 3338 | |
| Total ambas leyes | | | 6684 |
| Residentes (regimen pre-escalafonario) | | | 145 |
| TOTAL | | | 6829 |

Fuente: Datos proporcionados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro.

Nota: Año 2019 según base de Depto. Sueldos. La diferenciación de la Ley 1904 se hizo manualmente usando distintas fuentes. Para el caso de la categoría Médico sin especialidad especificada: es probable que tengan especialidad, aunque no fue posible identificarla.

Cuadro 2- Caracterización del sistema de Salud Pública de Río Negro

| Zona sanitaria Río Negro | ALTO VALLE OESTE (I Zona Oeste) | ALTO VALLE ESTE (I Zona Este) | VALLE MEDIO (II Zona) | ZONA ATLANTICA (III Zona) | ZONA ANDINA (IV Zona) | ZONA SUR (V Zona) | Total Río Negro | ZONA IV y ZONA V/ Río Negro |
|---|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------|-----------------|---|
| Ciudades con hospital de cabecera | Cipolletti | General Roca | Choele Choel | Viedma | Bariloche | Jacobacci | | |
| Habitantes 2019 | 169334 | 207692 | 56963 | 110570 | 187702 | 32670 | 764931 | 29% |
| Superficie Km2 | 10144 | 25896 | 37638 | 52542 | 26411 | 50382 | 203013 | 38% |
| Habitantes/Km2 | 14,3 | 6,9 | 1,3 | 1,8 | 5,3 | 0,3 | 3,8 | 2,9 |
| Hospitales complejidad VI | 1 | 1 | | 1 | 1 | | 4 | 25% |
| Total Complejidad IV-A | 1 | 2 | 1 | | | | 4 | 0% |
| Total Complejidad IV-B | 1 | | 1 | 4 | 1 | 1 | 8 | 25% |
| Total Complejidad III | 1 | 6 | 5 | 2 | 3 | 4 | 21 | 33% |
| Total hospitales | 4 | 9 | 7 | 7 | 5 | 5 | 37 | 27% |
| Centros de Salud Nivel 2 | 23 | 33 | 9 | 17 | 20 | 1 | 103 | 20% |
| Centros de Salud Nivel 1 | 9 | 6 | 10 | 14 | 14 | 21 | 74 | 47% |
| Consultas ambulatorias | 225624 | 446692 | 180682 | 332588 | 341562 | 78156 | 1605304 | 26% |
| Egresos hospitalarios | 6139 | 13054 | 3322 | 8872 | 9785 | 2366 | 43538 | 28% |
| Médicos tiempo completo | 99 | 148 | 57 | 121 | 160 | 30 | 615 | 31% |
| Médicos tiempo parcial | 90 | 103 | 25 | 73 | 96 | 1 | 388 | 25% |
| Médicos públicos por 1000 habitantes (tiempo parcial al 50%) | 0,9 | 1,0 | 1,2 | 1,4 | 1,1 | 0,9 | 1,1 | |
| Médicos públicos por 1000 habitantes | 1,1 | 1,2 | 1,4 | 1,8 | 1,4 | 0,9 | 1,3 | |
| Médicos públicos por cada mil km2 | 18,6 | 9,7 | 2,2 | 3,7 | 9,7 | 0,6 | 4,9 | |
| Médicos por consulta ambulatoria diaria | 0,23 | 0,16 | 0,14 | 0,17 | 0,22 | 0,14 | 0,18 | |
| Médicos por egreso hospitalario (diario para 4 días de internación) | 2,14 | 1,39 | 1,91 | 1,62 | 1,94 | 1,18 | 1,70 | |
| Proximidad carreras de Medicina | | | | | | | | |
| UNCO Cipolletti (km) | 0 | 37 | 220 | 550 | 443 | 429 | | |
| UNS- Bahía Blanca | 528 | 493 | 309 | 278 | 970 | 850 | | |
| UNRN-Sede Andina-Bariloche | 443 | 480 | 663 | 993 | 0 | 204 | | |
| Localidades cercanas (distancias en Km. | | | | | | | | |
| Villa La Angostura | | | | | 82 | | | |
| El Bolsón | | | | | 120 | | | |
| San Martín de los Andes | | | | | 190 | | | |
| Población Radio UNCO | 983989 | | | | | | | Población objetivo mínima Radio mínimo concentra +del 63%. 37% restante entre 85 y 204 Km. |
| Población Radio UNS | | | 430570 | | | | | |
| Población Radio Bariloche | | | | | 254681 | | | |
| | | | | | | | | |

Fuente: elaboración propia con datos proporcionados por el Ministerio de Salud de Río Negro.

Aclaración: la población por radio incluye Neuquén en el caso de la UNCO y en el caso de la UNS parte de la población de Río Negro y La Pampa. Para el caso de la UNRN-Bariloche no se consideró la Población de Chile en el radio de los 200 km.

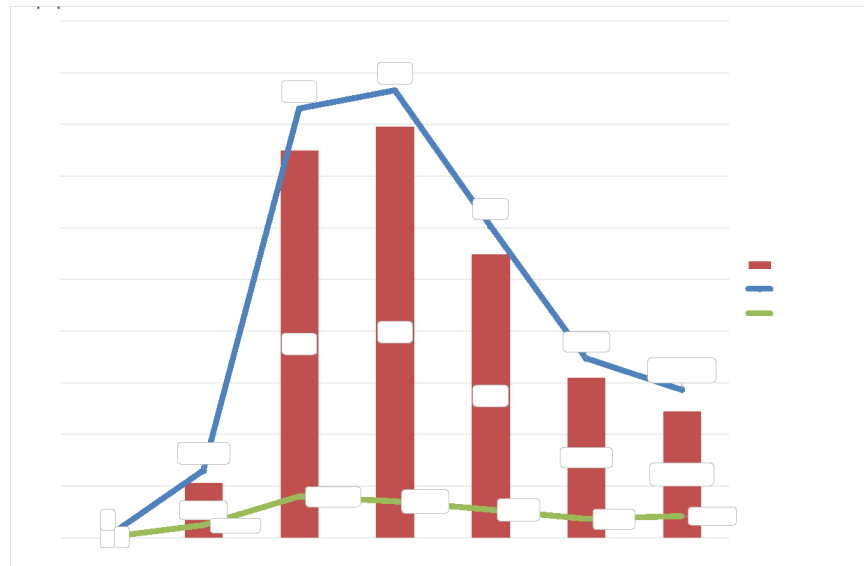
Cuando se observan las cifras del cuadro 2 que describe ciertas características del sistema de salud pública en Río Negro se registra un rasgo común, aunque con diferencias por zonas sanitarias. Esto es que, si se considera que alrededor del 40-50% de la población tiene una cobertura estatal o de obra social mínima, la relación de médicos del sector público cada mil habitantes es, para este segmento de la población, del orden del 50% a nivel de la media provincial y casi 20% inferior al promedio del indicador a nivel nacional. Estas diferencias se profundizan cuanto en vez de considerar la totalidad de la planta médica pública consideramos solo a los médicos generalistas

La relación entre el número efectivo de médicos/as, las consultas y egresos hospitalarios presenta diferencias en las cinco zonas sanitarias. De hecho, estas relaciones se ubican entre 0,14 y 0,23 médicos/as por consulta media por día (0,18 a nivel provincial), mientras que la cantidad de médicos/as para un promedio diario de internaciones con una duración de 4 días va de 1,18 a 2,14 (con una media de 1,70 a nivel provincial). Los valores más bajos se suelen dar en las áreas de menor densidad poblacional, las que generalmente disponen de centros de salud de menor complejidad.

Existen, así, diferencias marcadas entre las capacidades de atención e infraestructura entre las distintas zonas sanitarias y, sobre todo al interior de ellas. Ello va desde las distancias entre los hospitales de cabecera respecto a sus áreas de influencia, a las características en la tipología de los centros de atención, número de consultas, egresos, cirugías, partos y otras causas de requerimientos de atención y prestación de servicios.

Por otra parte, se debe tener en cuenta la composición por grupos de edad del conjunto de la matrícula médica, pues ello permite analizar necesidades futuras de formación.

Figura 6-Cantidad de médicos/as matriculados/as en Río Negro según grupos de edad.



Fuente: elaboración propia con datos proporcionados por Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES)-Sistema Integrado de Información Sanitaria (SISA).

Como se observa, en los próximos diez años más de 1200 médicos/as pasaran a tener más de 70 años, de los cuales más de 150 trabajan de manera exclusiva en el sistema público provincial.

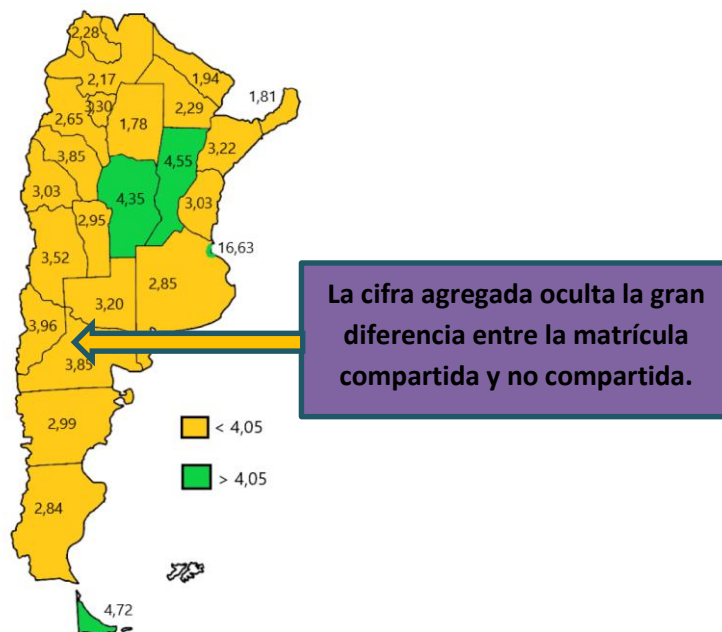
Aunque no se disponen de datos respecto de la procedencia de los médicos que trabajan actualmente en la región andina, es deseable que el recambio generacional incluya en un mayor grado a aquellos formados en la región con competencias regionales y formación en enfermedades endémicas tales como hidatidosis y hantavirus entre otras.

Como se ha señalado antes, si bien Río Negro presenta una tasa media aceptable de médicos que residen en el territorio aún se hallaría por debajo de la media nacional⁷. En Ciudad de Buenos Aires (CABA), el número se encuentra significativamente por encima del resto de las jurisdicciones, contabilizando 16,6 médicas/os cada mil habitantes. Ello obedece a que la CABA continúa constituyendo un centro con amplia capacidad formadora de profesionales y por lo tanto una de potencial emigratorio que

⁷ Al respecto los datos pueden variar según las fuentes de información utilizadas. Por ejemplo las provenientes de médicos/as matriculados/as pueden sobredimensionar el número de aquellos en actividad.

debe pasar un largo período de adaptación para poder conocer las características de la población a ser atendida, la que a su vez conforma núcleos muy diferenciados de características socioculturales y socioeconómicas en distintas zonas del interior del país (figura 7).

Figura 7-Tasa de médicas/os según residencia* por cada 1000 habitantes.

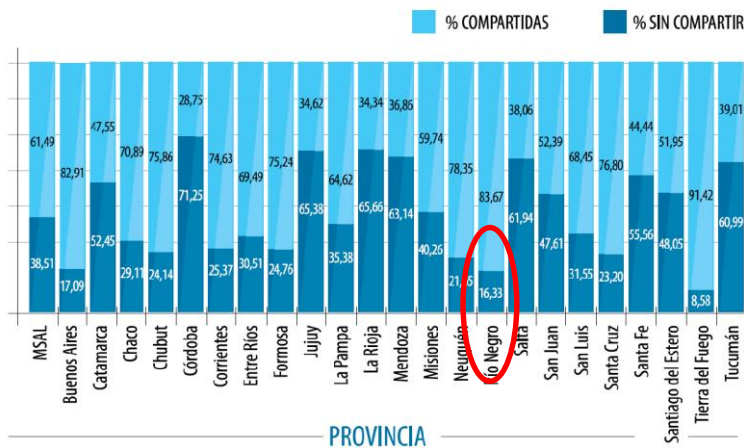


Fuente: Elaboración OFERHUS con base en datos de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS), junio 2019.

Nota:*El lugar de residencia fue establecido en base al cruce con las bases del Registro Nacional de las Personas, en donde consta el último domicilio registrado.

A su vez, Río Negro presenta uno de los menores porcentajes de matrículas no compartidas entre todas las provincias de la Argentina (figura 8).

Figura 8-Matrículas compartidas y sin compartir según provincias.



Fuente: Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. Los Recursos Humanos de Salud en Argentina, Gráfico 6, Año 2015.

Esto conduce a remarcar la importancia de lograr una mayor formación de médicos en la provincia y en particular atendiendo a sus distintas zonas, a la magnitud de las poblaciones con escasa cobertura médica y a las necesidades de fortalecer el sistema público de salud.

4- Caracterización del Sistema de Salud de la Zona Andina y Sur

La IV Zona Sanitaria tiene como cabecera al Hospital Zonal de Bariloche clasificado como de complejidad VI. Abarca los departamentos de Bariloche, El Bolsón, Comallo, Ñorquinco y Pilcaniyeu.

Por su parte la Zona V Tiene su cabecera en Ing. Jacobacci y abarca también los departamentos de Los Menucos, Maquinchao, Mtro. Ramos Mexía y Sierra Colorada. Aunque ciertas localidades de la V Zona Sanitaria escapan a un radio de acción próximo a los 200 kilómetros por ruta, la población total de alcance puede ser estimada en unos 250 mil habitantes, 63% de los cuales se ubican en el departamento de Bariloche (cuadro 3).

Cuadro 3- Determinación radio de acción directa e indirecta

| Localidad | Km. a Bariloche por ruta | Población |
|---|--------------------------|---------------|
| Zona IV | | 187702 |
| Bariloche | 0 | 161012 |
| El Bolsón | 120 | 22800 |
| Comallo | 113 | 1680 |
| Ñorquinco | 223 | 1460 |
| Pilcaniyeu | 64 | 750 |
| Zona V | | 32670 |
| Ing. Jacobacci | 204 | 14980 |
| Los Menucos | 348 | 5809 |
| Maquinchao | 277 | 2725 |
| Mtro. Ramos Mexía | 438 | 1090 |
| Sierra Colorada | 972 | 8066 |
| Localidades próximas en la Provincia de Neuquén | 82-190 km. | 51999 |
| Población de alcance | | 254681 |

Fuente: elaboración propia

Cuadro 4- Hospitales, centros de salud y médicos del sistema público de salud.

| Zona | Hospitales- Complejidad VI | Hospitales V- Complejidad IV- A | Hospitales V- Complejidad III | Centros de Salud Nivel 2 | Centros de Salud Nivel 1 | Número de médicos sector público TC | Número de médicos sector público TP |
|---------|-------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|--|
| Zona IV | 1 | 1 | 3 | 20 | 14 | 160 | 96 |
| Zona V | | 1 | 3 | 1 | 21 | 30 | 1 |

Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio de Salud.

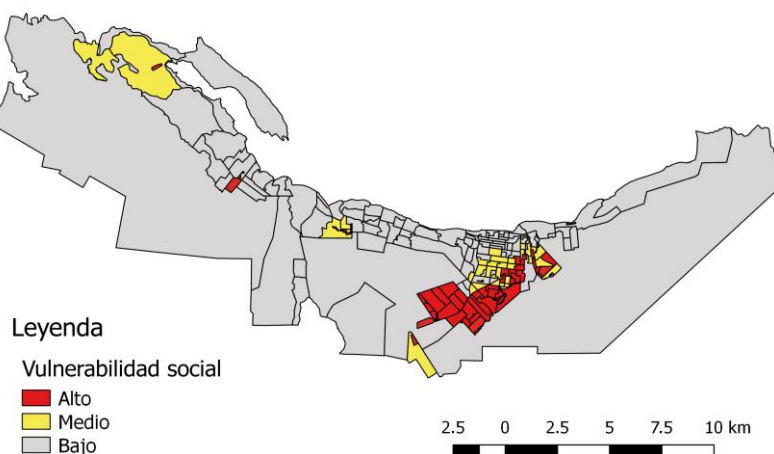
Nótese que en el caso de la IV Zona Sanitaria la cobertura efectiva resulta de 1,1 médico público de tiempo completo equivalente por cada 1000 habitantes, mientras que para la V Zona Sanitaria esta relación es de 0,93. Aun cuando se considerara que

sólo el 40% de la población depende exclusivamente de la atención pública y gratuita, estas relaciones serían de 2,7 y 2,3 médicos cada mil habitantes, aunque inferiores si se considerara la proporción de médicos generalistas.

Si se considera la elevada dispersión geográfica en medio de la cual el sistema de salud pública debe proporcionar una atención prioritaria se comprende que aquellos indicadores no son comparables al de las grandes ciudades y que, dentro de éstas, una ciudad intermedia como Bariloche, también presenta una elevada proporción de población vulnerable dispersa a lo largo de más de 220 km² (figura 9).

Por otra parte, la proporción de médicos generalistas respecto al total de personal médico es relativamente insuficiente como también lo es la de especialistas atendiendo a las características geográficas, climáticas, de hábitat, socioeconómicas y socioculturales de los habitantes de la zona andina y suroeste de la provincia frente a la magnitud de las prestaciones registradas (cuadro 5). Se debe considerar al respecto que las cifras de prestaciones no pueden registrar las demandas no atendidas.

Figura 9- Caracterización de la vulnerabilidad social en San Carlos de Bariloche según áreas de residencia.



Fuente: MSCB, Plan de acción local frente al cambio climático, primera versión enero 2020.

Nota: Se presume que en las áreas señaladas como de alta y mediana vulnerabilidad social se ubica la mayor parte de la población de menores recursos económicos y que dependen de la atención pública del sistema de salud.

Cuadro 5 - Rutinas de prestaciones médicas: resumen de Zonas IV y V.

| Area Programa y Nivel de Complejidad | Consultas ambulatorias | Promedio diario | Egresos hospitalarios | Cirugías | Partos | Prestaciones de Laboratorio |
|--------------------------------------|------------------------|-----------------|-----------------------|----------|--------|-----------------------------|
| IV Zona Sanitaria | | | | | | |
| Bariloche-Complejidad VI | 216.032 | 591,9 | 6.580 | 3.633 | 857 | 238.820 |
| El Bolsón-Complejidad IV-A | 109.095 | 298,9 | 2.873 | 209 | 337 | 130.507 |
| Comallo-Complejidad III | 8.560 | 23,5 | 168 | | | ... |
| Ñorquinco-Complejidad III | 6.131 | 16,8 | 150 | | | 2.505 |
| Pilcaniyeu-Complejidad III | 1.744 | 4,8 | 14 | | | ... |
| V Zona Sanitaria | | | | | | |
| Ing. Jacobacci--Complejidad IV-A | 43.423 | 119,0 | 1.410 | 439 | 195 | 60.012 |
| Maquinchao-Complejidad III | 9.829 | 26,9 | 460 | | | 7.730 |
| Mtro. Ramos Mexía-Complejidad III | 7.837 | 21,5 | 89 | | | /// |
| Sierra Colorada-Complejidad III | 5.969 | 16,4 | 93 | | | 2.833 |

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro.

Sin embargo, un trabajo realizado en 2017 en el Hospital Zonal de Bariloche por un equipo de docentes de la UNRN involucrado en proyectos de extensión revela algunos otros datos de interés⁸.

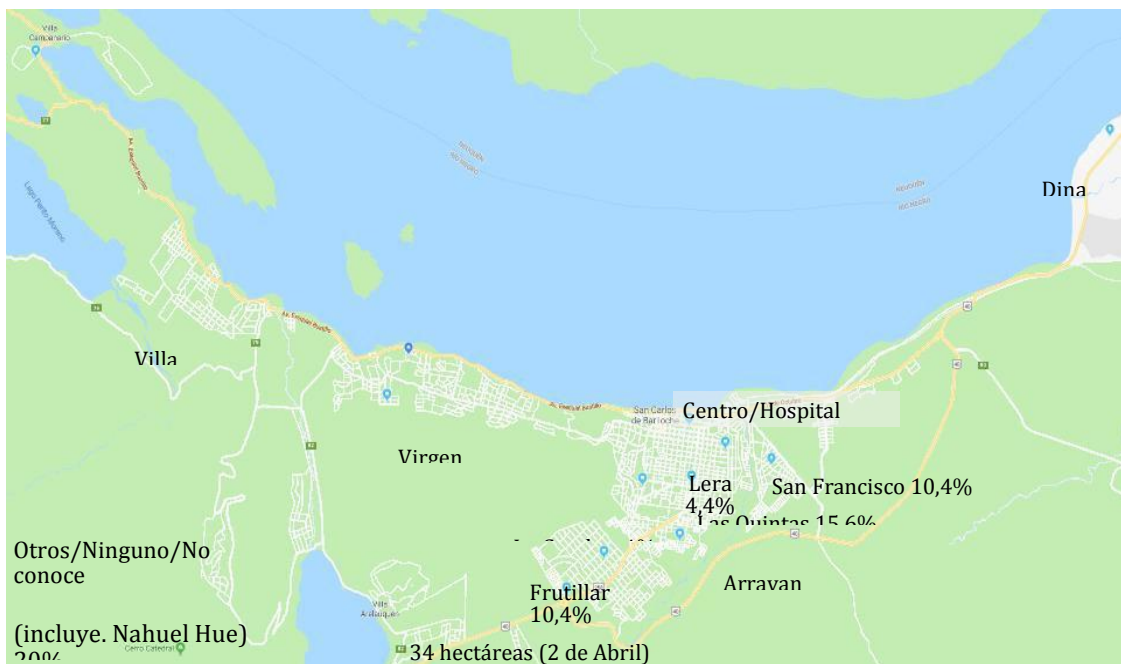
- La demanda insatisfecha o rechazada alcanzó al 33,3% de las personas que respondieron la encuesta. En el 60% de dichos casos, se indicó que ya se había venido al menos una vez con anterioridad a solicitar el mismo turno, sin haberlo conseguido.
- El 71% de los turnos solicitados fue para pacientes mujeres.
- Cerca de un tercio de las personas fueron trabajadores familiares sin remuneración (lo que incluye amas de casa), un 18% estudiantes, cerca de un cuarto cuentapropistas y empleados/as (14.6% y 12.3% respectivamente) y el 10.3% respondieron estar desocupados. La mayoría de las personas encuestadas (85.6%) dijeron no tener ninguna cobertura de salud.
- El 98% de las personas que vino a solicitar turno vivía en Bariloche y solo un 35% indicó que son usuarios de algún Centro de atención primaria de la Salud (CAPS).

⁸ UNRN, Centro Interdisciplinario de Estudios sobre Territorio y Sociedad (CIETES) y HOSPITAL ZONAL RAMÓN CARRILLO, RELEVAMIENTO DE LA DEMANDA INSATISFECHA, INFORME PARCIAL NOVIEMBRE 2017

- Cuando se les pregunto porque habían venido a solicitar el turno en el hospital en lugar de en los CAPS, un tercio (31.4%) respondió que se atiende con un médico que trabaja en el hospital, 24.1% respondió que en el los CAPS no se ofrecen servicios de esa especialidad, el 23.3% respondió que no son usuarios de los CAPS y el 11.3% que fueron derivados de los CAPS.

Según este mismo trabajo las demandas provienen de la población que reside en barrios con elevado índice de vulnerabilidad (figura 10).

Figura 10- Demanda insatisfecha. Distribución según cercanía al CAPS en el que reside el encuestado



Fuente: UNRN, Centro Interdisciplinario de Estudios sobre Territorio y Sociedad (CIETES) y HOSPITAL ZONAL RAMÓN CARRILLO, RELEVAMIENTO DE LA DEMANDA INSATISFECHA, INFORME PARCIAL, NOVIEMBRE 2017.

Otra característica de importancia reside en el hecho de que tanto Bariloche, como el Bolsón reciben cada año una considerable cantidad de turistas. El turismo en ambas ciudades es uno de los principales motores económicos. Pero el arribo de turistas implica una población flotante que en el primer caso supone un incremento de alrededor del 25% de la población residente. La cantidad de requerimientos de



atención médica también varía entonces con dichos arribos e impacta en la demanda de distintos servicios de salud.

Por otra parte, el arribo de turistas se ha visto, en ciertos casos, afectado por la amenaza de contraer enfermedades como las provocadas por el hantavirus, situación frente a la cual la demanda del sistema público se ve aún más exigida. Del mismo modo, la actual pandemia ha mostrado que las ciudades receptoras de turistas pueden verse más afectadas que otras por este tipo de situaciones y que en ellas la acción del sistema público de salud es crucial.

Al mismo tiempo la existencia de la carrera de enfermería en el CRUB (UNCO) y de ciertas especializaciones como las dictadas por la UNCUIYO a través del Instituto Balseiro hacen propicia la apertura de la carrera de medicina en Bariloche bajo una orientación destinada a reforzar el esquema de atención primaria.

5- Las carreras de Medicina en el sur argentino.

La primera carrera de Medicina en el sur argentino se puso en marcha en 1998 en la Universidad Nacional del Comahue en Cipolletti e interactúa con el sistema de salud público y privado del aglomerado urbano de Neuquén y las ciudades rionegrinas del Alto Valle, cuya población total es del orden de los 980.000 habitantes.

Ya en este milenio y como parte de la política de la Secretaría de Políticas Universitarias de la década del 2010, se crearon carreras de medicina en universidades de diferentes provincias: Santiago del Estero, Buenos Aires (La Matanza, Jauretche en Florencio Varela, Mar del Plata, Centro -Olavarría)-, Chaco - Universidad de Chaco Austral en Roque Sáenz Peña-, Entre Ríos, Córdoba (Villa María), San Luis (Villa Mercedes), y en el sur se concretan Bahía Blanca (Universidad Nacional del Sur) y Comodoro Rivadavia (Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco).

Sin embargo, no hay una carrera de medicina destinada a la formación de médicos y médicas para atender a los/as habitantes situados/as entre la Zona Andina y la Línea Sur, en particular, o bien que forme para la atención primaria en salud para una vasta zona del país. La UNCO forma médicos para la cobertura especializada de los habitantes de las zonas del Alto Valle de Río Negro y Neuquén y en parte para el Valle Medio rionegrino. Por otro lado, parte de los egresados de la UNS se desempeñan en

la Zona Atlántica rionegrina, considerando la distancia entre Bahía Blanca y Viedma de 280 km.

La distancia promedio de las ciudades de las regiones de Alto Valle y Valle Medio, que concentran el 59% de la población provincial, respecto a la carrera dictada en Cipolletti de la UNCO es de 46 km, mientras que para el 15% que habita la zona Atlántica es de unos 280 km hasta la UNS-Bahía Blanca.

Para la población de la Zona Andina -29% del total provincial y 38% del territorio- implica un rango de 443 km. hasta la UNCO Cipolletti y más de 900 km hasta la UNS-Bahía Blanca.

No se agregan los datos de la cobertura de la carrera de la UNPSJB de Comodoro Rivadavia en la costa atlántica chubutense ya que las distancias superan a los 1000 km.

Paralelamente, la situación epidemiológica de la región reúne características particulares que ha puesto en evidencia ciertas falencias de formación y conformación de las plantas médicas, y que serían importante abordar desde una perspectiva no solo asistencial sino pedagógica y eventualmente aportar a la investigación sobre la temática preexistente, aun cuando ello no supone que la carrera propuesta se enfoque sobre este tema o defina el perfil deseado del egresado.

En síntesis, se requiere reforzar la formación bajo la mirada integral del perfil generalista que abarca la formación rural y la integración con las otras carreras usuales en el primer nivel de atención de la salud. La integralidad como forma de atención y formación profesional, no siempre es reconocible en las formaciones curriculares en las carreras de ciencias médicas o de la salud.

6-Fundamentación y caracterización de la carrera propuesta.

Detallados en los Anexos I, II y III de la presente resolución.

7- El ingreso en las carreras de Medicina en el país.

Actualmente, en Argentina hay 47 carreras de medicina, 21 estatales y 26 privadas. La mitad de ellas están situadas en la capital federal y en la provincia de Buenos Aires, con un crecimiento sostenido, y sin una política definida acerca del número de médicos que necesita el país. De esta manera, las formas de los planes de estudios y las



modalidades de ingreso son decididas por las Universidades en función de sus proyectos institucionales y las tradiciones de dictado de las ciencias de la salud que allí están presentes.

De esta manera, “la mayoría de las carreras de medicina tiene un plan de estudios de seis años de duración. Hay seis carreras de siete años, por tener un año preuniversitario o un año extra de internado, y sólo una de cinco años. El ciclo formativo se estructura de la siguiente manera: tres años de ciencias básicas, dos de rotaciones clínicas y un año final de internado, cuyo objetivo es la práctica intensiva, y al que se accede tras haber aprobado todas las asignaturas de la carrera. Con mínimas diferencias, este es el perfil de la mayoría. Sólo seis carreras han adoptado un plan de estudios integrado con enseñanza basada en problemas; varias tienen un sistema híbrido con una combinación de métodos y la mayoría presentan un plan tradicional estructurado por asignaturas” (Centeno y Campos, 2017).

El sistema de admisión a las carreras de medicina en las universidades públicas es muy heterogéneo y depende de cada institución. En los últimos años, existió un sistema de admisión más cercano a la selección explícita que a la implícita, con diferentes instancias de admisión: cursos de nivelación de diferente duración, o algún tipo de examen.

En 2015, se modificaron algunos artículos de la Ley de Educación Superior 24521/95, que rige el funcionamiento de las universidades en Argentina, y se limitó la autonomía para regular los ingresos en función de las estrategias de desarrollo, las aptitudes específicas necesarias en cada caso y las disponibilidades presupuestarias, de infraestructura y de personal, entre otros temas. Si bien desde el Estado se piensa el ingreso irrestricto a la universidad con el objetivo de dar igualdad de oportunidades a todos/as aquellos/as que quieren seguir estudios superiores, a su vez en la sociedad y en los ámbitos académicos, está presente el debate acerca de la necesidad de contar con procesos de admisión y selección a la universidad. Estos sistemas tienen diferentes formatos (presencial, semipresencial y a distancia) y duración (desde un mes hasta un año). En consecuencia la modalidad de ingreso a las carreras de medicina en las Universidades públicas es materia de discusión y tensión entre lo normado por la ley y las prácticas efectivas de las instituciones.

Actualmente de las 21 carreras de Medicina en Universidades Públicas del país, sólo 6 no tienen el ingreso diferenciado al plan de estudios. El 71% desarrollan estrategias de cursos (desde 4 semanas a un año de duración) o bien examen de ingreso.

Por otro lado, hay universidades públicas que no sólo realizan cursos de ingreso, sino que se acompañan con mecanismos de acompañamiento institucional, como UNCuyo con el Proyecto de Detección, Apoyo y Seguimiento de alumnos en Riesgo Académico (DAySARA), para detectar a los alumnos con bajo rendimiento o en riesgo académico con el objetivo de conocer las causas de este rendimiento negativo y mejorar el desempeño de los estudiantes durante el primer año en la carrera universitaria elegida (Ortiz, Rüttler y Miatello; 2008: 7).

De este modo, no sólo las actividades del ingreso son predictoras del rendimiento de los/as estudiantes en las carreras sino también las estrategias de acompañamiento a estudiantes que se desarrollen institucionalmente.

Por último, es necesario que las políticas de ingreso no se refieran sólo al dominio de contenidos de biología, matemáticas y/o física; puesto que el paradigma de planificación curricular de la carrera de Medicina actualmente está ligado al desarrollo de competencias para todo el ejercicio del futuro profesional. De este modo, “el marco actual de la Educación Médica, en pleno proceso de convergencia, apuesta por una formación en competencias profesionales. En concreto, competencias técnicas (el saber), competencias metodológicas (el saber hacer), competencias participativas (el saber estar) y competencias personales (el saber ser). Siendo esta última el fundamento básico de la formación, ya que contempla actitudes y valores que rigen la conducta personal y, por ende, la acción educativa. Esto es posible lograrlo en el marco de la calidad educativa, la evaluación continua del proceso de enseñanza – aprendizaje y una relación alumno/ docente óptima” (Ortiz, Rüttler y Miatello; 2008: 11).

Es así que, la planificación de la matrícula ingresante a la carrera de Medicina puede ser pensada como una estrategia curricular, con instancias institucionales de acompañamiento y con competencias técnicas, metodológicas, participativas y personales.

8- Los resultados de la acreditación de las carreras de medicina.

La Ley de Educación Superior (24521) estableció la regulación del Estado para la formación de las profesiones cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes. Medicina fue la primera carrera que se evaluó para su acreditación.

En este repaso se observarán los principales resultados de la acreditación de Medicina, entre los años 1999 y 2015. El objetivo es observar cómo el sistema de educación superior afrontó estos procesos y cuáles fueron los elementos claves: las resoluciones ministeriales de estándares, los criterios evaluativos, el papel de los/as pares evaluadores, entre otros.

Los estándares para la acreditación: definiciones y redefiniciones.

Los procesos de evaluación para la acreditación de las carreras de grado se basan en estándares que establecen por Resolución Ministerial, a partir de la propuesta del Consejo de Universidades –CU-, en acuerdo con el Consejo de Rectores de Universidades Privadas – CRUP- y el Consejo Interuniversitario Nacional –CIN-, que trabajan propuestas de las asociaciones decanales disciplinares; en este caso, la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina – AFACIMERA- y Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas – FAFEMP-. De modo que los estándares se establecen por consensos disciplinares en negociación con el Sistema Universitario.

Los estándares ministeriales establecen cinco elementos: contenidos mínimos, carga horaria mínima, intensidad de formación práctica, estándares institucionales de la carrera y actividades reservadas de las titulaciones. Estos criterios establecen mínimos de formación que deben cumplir las Universidades, a partir de los cuales establecen el perfil de sus graduados/as.

Sin embargo, su formulación tuvo distintos criterios a lo largo del tiempo, en el caso de Medicina, la primera generación (Resolución Ministerial 535/1999) contó con 126 ítems a evaluar y formulaciones de lo que *debería ser* la formación de los/as estudiantes.



El resultado del primer ejercicio de acreditación por parte de la COMISIÓN NACIONAL DE EVALUACIÓN y ACREDITACIÓN UNIVERSITARIA (CONEAU), a partir de la Resolución Ministerial 535/1999, de 24 carreras que se presentaron voluntariamente sólo 2 acreditaron por 6 años. Para evitar un impacto negativo de este proceso en el sistema universitario, se creó la fórmula mediadora de acreditación por 3 años con compromisos de mejoras, donde las Universidades asumen planes de mejoramiento en tiempos razonables.

Ocho años después, se aprobaron estándares de segunda generación (la Resolución Ministerial 1314/2007) con un total de 67 estándares y formulaciones que establecen mínimos de formación. Con la aplicación de estos por la CONEAU se acreditaron 31 carreras y 15 proyectos.

Diez años después, se realizó la revisión y redefinición de las actividades reservadas de las titulaciones de las carreras de grado reguladas, a partir del “riesgo directo” de las actuaciones profesionales en las que puedan producir un daño o impacto negativo de manera directa o inmediata.

De esta manera, por la Resolución Ministerial 1254/2018 se establece que las actividades reservadas del título de médico/a son:

1. Prescribir, realizar y evaluar cualquier procedimiento de diagnóstico, pronóstico y tratamiento relativo a la salud humana en individuos y poblaciones.
2. Planificar y prescribir, en el marco de su actuación profesional, acciones tendientes a la promoción de la salud humana y la prevención de enfermedades en individuos y poblaciones.

Ahora bien, la redefinición de las actividades reservadas impacta en los demás estándares y su evaluación, ya que se propone que la acreditación debe estar sujeta a la formación preprofesional en relación a éstas, tal como se establece en el proyecto presentado de estándares de tercera generación al CIN y al CRUP por AFACIMERA y FAFEMP.

De esta manera, se observa que la definición de los estándares está en permanente revisión (redefinición) a partir de los contextos disciplinares de actualización y de los aprendizajes institucionales del Sistema Universitario.

Resultados del Primer ciclo de acreditación:

Con los estándares de la carrera de Medicina por la RME 535/1999, se llevó a cabo la evaluación de primer ciclo, entre los años 1999-2000. “Al finalizar la primera fase de acreditación de estas carreras, 2 estaban acreditadas por seis años, ambas de gestión estatal, y 22 carreras fueron acreditadas por tres años. De estas últimas, 3 carreras obtuvieron la acreditación luego de la presentación de un recurso de reconsideración (1 carrera de gestión estatal y 2 carreras de gestión privada). Ninguna carrera de Medicina tuvo el resultado de no acreditada” (CONEAU, 2017: 40). Las instituciones que presentaron sus carreras de Medicina para la primera acreditación fueron 8 de gestión estatal y 16 privadas.

Como resultado del ciclo de evaluación con estándares de primera generación, sólo lograron el resultado del cumplimiento de estándares dos carreras de las 24 que se presentaron, por lo que se apeló a una fórmula operativa mediadora de la acreditación por tres años para las propuestas que si bien no lograban el perfil previsto, asumieron compromisos de mejoras para alcanzarlo en un plazo razonable.

Cuadro 6-Carreras de Medicina según debilidades presentadas en el Primer Ciclo.

| Dimensión | Cantidad de carreras deficitarias |
|--------------------------------|--|
| Contexto institucional | 21 |
| Plan de estudios | 20 |
| Cuerpo académico | 22 |
| Alumnos y graduados | 21 |
| Infraestructura y equipamiento | 17 |

En estas acreditaciones el principal déficit hallado fue referido al cuerpo académico, seguido por el contexto institucional, las políticas de estudiantes y graduados, plan de estudios y, con menor cantidad, infraestructura y equipamiento.

Resultados del segundo ciclo de acreditación.

En el 2007 se aprueba la RME de estándares de la carrera de medicina 1314/2007, que significó una reducción de 126 a 67 ítems a evaluar y está actualmente vigente para todos los proyectos de carreras que se presenten. “En la convocatoria de la CONEAU para carreras de Medicina del año 2008, se presentaron a acreditación 31 carreras que incluían las 24 que se habían evaluado en el primer ciclo y 7 que habían iniciado su desarrollo en una etapa posterior, por lo que no se habían presentado en la convocatoria del año 2000. De estas 7 carreras que iniciaban su primer ciclo de acreditación, 3 eran de gestión estatal y 4 de gestión privada. Del total de las 31 carreras presentadas, 11 eran de gestión estatal y 20 de gestión privada. Al finalizar la primera fase de esta convocatoria, 18 carreras estaban acreditadas por 6 años, entre las que se incluían las 2 carreras que habían obtenido el mismo resultado en el ciclo anterior. De las 13 carreras que fueron acreditadas por 3 años, había 2 que alcanzaron este resultado luego de un pedido de reconsideración. Ninguna carrera de Medicina resultó no acreditada” (CONEAU, 2017: 61).

En esta formulación de estándares de segunda generación no sólo se bajó el número de los ítems a evaluar, sino que se reformularon para lograr enunciados contrastables con la información otorgada por las carreras y no de voluntad institucional, como “debería tender a”.

Por otro lado, mientras que la acreditación de 1999 era la primera que se abordaba desde la CONEAU, ya en el segundo ciclo hubo una mejora en la capacidad técnica del personal de la agencia y en la preparación de los pares evaluadores por parte de éste.

Las instituciones que presentaron sus carreras de Medicina para la segunda acreditación fueron 11 de gestión estatal y 20 privadas.

Los/as pares se capacitaron en los talleres previos a las visitas y en los talleres de consistencia donde el papel de los/as técnicos/as que dan soporte en las distintas instancias de las acreditaciones, es central en la coordinación de tarea y en la generación de juicios de valor. Por otro lado, el personal técnico también realizó informes de síntesis de la información de las carreras (descriptiva y valorativa), lo cual fueron “insumos fundamentales para los pares evaluadores al momento de elaborar sus propios informes” (Marquina, 2017: 108).

Cuadro 7- Carreras de Medicina según debilidades presentadas en el Segundo Ciclo.

| Dimensión | cantidad de carreras deficitarias |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| Contexto institucional | 7 |
| Plan de estudios | 7 |
| Cuerpo académico | 5 |
| Alumnos y graduados | 7 |
| Infraestructura y equipamiento | 9 |

Se observa que, si bien hay déficits que siguen apareciendo en las evaluaciones, éstos son menos. Hay un fuerte impacto de la menor cantidad de estándares entre las dos resoluciones ministeriales, al mismo tiempo que un aprendizaje institucional de cómo abordar los procesos de acreditación de estas carreras.

Con respecto a la infraestructura, en lo que respecta a las Universidades públicas de las 21 en funcionamiento, 8 tienen las instalaciones de hospitales escuelas; las restantes garantizan la realización del entrenamiento de complejidad gradual a través de laboratorios de simulación y convenios con el servicio médico del territorio de influencia.

La evaluación de los proyectos de carrera de Medicina.

Para presentar el proyecto de carrera ante la agencia nacional de evaluación y acreditación, las Universidades deben formalizar la decisión de hacerlo en los meses de marzo y/o septiembre, y proceder a la carga de su información en el instructivo *on line* CONEAU Global en abril u octubre, según lo establecido por la Ordenanza 62.

Esta acreditación se realiza sólo a fines del reconocimiento provisorio del título por parte del Ministerio de Educación y su duración es por tres años o hasta la siguiente convocatoria nacional de evaluación de las carreras en funcionamiento. La evaluación de los pares se realiza en función a la resolución de estándares vigente, en este caso

la número 1314/2007, y se analiza la capacidad institucional de la Universidad de desarrollo de la carrera en los siguientes elementos⁹:

- **Contexto institucional:** capacidad de la unidad académica de planificar y dar respuesta a las demandas de la carrera nueva. Políticas de incorporación de docentes, desarrollo de proyectos de extensión e investigación.
- **Convenios:** copias de convenios –o cartas intención de firmarlos- que están directamente relacionados con el desarrollo de la carrera.
- **Plan de estudios:** consistencia con el perfil del/la egresado/a, contenidos mínimos, su articulación horizontal y vertical, carga horaria mínima, intensidad de formación práctica (reglamentación para su supervisión y evaluación), consistencia en la formación de las actividades reservadas de la titulación. Para su evaluación es necesario el acto administrativo que aprueba la creación de la carrera, plan de estudios, fichas curriculares y programas analíticos para cada espacio curricular previsto.
- **Cuerpo docente:** propuesta de docentes¹⁰ para cubrir el dictado de los primeros 3 años de la carrera, así como también un programa de formación disciplinar y pedagógica.
- **Estudiantes:** definición de políticas de ingreso, permanencia, bienestar y egreso.
- **Infraestructura:** inmueble/es de dictado de clases, acceso a bibliotecas y a lugares de prácticas, ya sea por propiedad o por convenio. De cada uno de estos ámbitos es necesaria la descripción de sus dimensiones, recursos, la persona que está a cargo y certificado de seguridad e higiene.

Evaluación para la acreditación de la carrera.

Del análisis de la aplicación de los estándares entre las convocatorias sucesivas de la CONEAU a acreditación de la carrera de medicina en los dos ciclos, entre 1999 y

⁹ En el Manual de acreditación de carreras de grado, realizado por la OAC –en función del aprendizaje institucional logrado- y aprobado por Resolución UNRN 396/2020, se explicitan los pasos a realizar en este procedimiento.

¹⁰ Todo el cuerpo docente que se presente a acreditación debe estar registrado en CONEAU Global, tener su currículum actualizado (o CVar vinculado) y tratar –aceptar o rechazar- las vinculaciones generadas en el aplicativo de participación en actividades de docencia, extensión y/o investigación.

2015, se observa la necesidad de disponer condiciones institucionales para desarrollar la evaluación de una nueva oferta académica:

Cuadro 8 - Condiciones institucionales para la acreditación.

| Dimensión |
|---|
| <p>Contexto institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> . determinar políticas de investigación, extensión y de gestión adecuadas para la carrera; . desarrollar estrategias de formación de recursos humanos académicos e incorporación en la carrera académica. |
| <p>Plan de estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> . cumplimentar con los contenidos mínimos y la articulación horizontal y vertical de éstos, . garantizar instancias prácticas para todos/as los/as estudiantes, . tener una instancia institucional de seguimiento de la planificación curricular. |
| <p>Cuerpo académico:</p> <ul style="list-style-type: none"> . desarrollar políticas de formación pedagógica universitaria (en general), en aprendizaje basado en problemas y en evaluación formativa e integradora en particular. . planificar actividades de actualización disciplinar. . incorporar docentes con experiencia en la investigación y extensión para la formación de recursos humanos. . garantizar la relación técnica entre docentes – estudiantes acorde al plan de estudios |
| <p>Alumnos y graduados:</p> <ul style="list-style-type: none"> . generar instancias formales de incorporación a las actividades de investigación y extensión, . desarrollar políticas de seguimiento a partir de avances, rendimientos y egresos, |

. garantizar la consistencia entre el perfil de egresado/a propuesto y la formación planificada.

Infraestructura y equipamiento:

. planificar y garantizar el acervo y actualización del material bibliográfico, ya sea a través de convenios con otras instituciones del territorio, como por el compromiso de plan de compra de bibliografía y el acceso a bibliotecas *on line*.

.garantizar el acceso a espacios de prácticas, ya sea a través de convenios con centros de salud como por el desarrollo de laboratorios de simulación.

Si bien llama la atención que ninguna carrera presentada haya tenido el resultado de no acreditada, esto se explica por la aparición de la fórmula mediadora de la acreditación por tres años para las universidades que asumieron compromisos de mejoras en un plazo razonable y que, por otro lado, ante un informe negativo, se elige retirar la propuesta académica.

En el proceso de acreditación de las carreras reguladas ante la CONEAU, según la bibliografía especializada, se pone en juego no sólo la aplicación de estándares, sino también un entramado de tomas de decisiones en las que intervienen los miembros de la agencia (mirada predominantemente política en relación del sistema universitario), los/as técnicos/as (soporte y performadores de las evaluaciones) y los/as pares evaluadores/as que tienen una mirada disciplinar y de las tradiciones-instituciones en las que se formaron (Marquina, 2017).

Por otro lado, la acreditación nacional puede ser la antesala a la internacional regional, como la de ARCU SUR (de Mercosur), por ejemplo, en la que sólo dos Universidades Nacionales (Cuyo y Tucumán) la lograron.

Estos estándares internacionales de Mercosur se diferencian de los nacionales en que se observan los elementos institucionales de coherencia y consistencias de las políticas de las carreras –en las dimensiones de: contexto institucional, proyecto académico, comunidad universitaria e infraestructura- para garantizar la formación de egresados/as con un perfil consensuado como adecuado para la región.

Actualmente, está en discusión una nueva revisión de estándares, presentada por AFACIMERA y FAFEMP, en función de los aprendizajes institucionales y necesidades



de adecuación al desarrollo disciplinar; por lo cual el documento es un útil orientador para conocer las tendencias actuales de la enseñanza de la profesión.

Bibliografía citada:

- Centeno y Campos (2017) La educación médica en Argentina en FEM: Revista de la Fundación Educación Médica *versión On-line* ISSN 2014-9840 *versión impresa* ISSN 2014-9832 FEM (Ed. impresa) vol.20 no.6 Barcelona dic.
- CONEAU (2017), Medicina: impacto en la calidad educativa. Buenos Aires, CONEAU- Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria.
- CONEAU (2017), Ordenanza 62
- Marquina (2017), Yo te evaluó, tú me evalúas...Estado, Profesión Académica y mercado en la acreditación de carreras en la Argentina. Buenos Aires, EUDEBA.
- Ministerio de Educación (1999), Resolución Ministerio de Educación 535/1999
- Ministerio de Educación (2007), Resolución Ministerio de Educación 1314/2007
- Ministerio de Educación (2018), Resolución Ministerio de Educación 1254/2020
- Ortiz, Rüttler y Miatello (2008), Los fundamentos del sistema de ingreso a la carrera de medicina de la facultad de ciencias médicas, en Revista Médica Universitaria, Facultad de Ciencias Médicas, UNCuyo, Vol 4, N° 3.
- UNRN (2020), Resolución 396/2020

ANEXO II - RESOLUCIÓN CDEyVE SEDE ANDINA UNRN N° 014/2020

| | |
|----------------------------|-----------------|
| SEDE | Andina |
| ESCUELA DE DOCENCIA | |
| CARRERA | Medicina |

PLAN DE ESTUDIOS DE MEDICINA

| | |
|------------------------------------|-------------------|
| Denominación de la Carrera | Medicina |
| Título que otorga | Médico/a |
| Modalidad de dictado | Presencial |
| Horas totales de la carrera | 6496 horas |

| | |
|-------------------------------|---|
| Condiciones de Ingreso | <p>Poseer título de Educación Secundaria obtenido en el país, cuya validez esté garantizada por las leyes y normas vigentes.</p> <p>Conforme al art. 4 de la Ley N° 27.204 podrán ingresar los/as mayores de veinticinco (25) años que no reúnan esa condición, siempre que demuestren, a través de las evaluaciones que la Universidad Nacional de Río Negro establezca, que tengan preparación o experiencia laboral acorde con los estudios que se proponen iniciar, así como aptitudes y conocimientos suficientes para cursar satisfactoriamente.</p> <p>Poseer título de Nivel Medio obtenido en el extranjero, reconocido por el Ministerio de Educación de la Nación y demás jurisdicciones educativas, o revalidado de acuerdo a las normas vigentes y debidamente legalizado. Los ingresantes extranjeros deberán</p> |
|-------------------------------|---|

| | |
|------------------------------|--|
| | <p>acreditar una residencia mínima de 10 años en la región patagónica argentina.</p> <p>Haber cumplimentado los procedimientos y requisitos de ingreso que establece la UNRN en el Anexo III de la presente.</p> |
| Condiciones de Egreso | <p>Haber cursado y aprobado la totalidad de los espacios curriculares obligatorios de la carrera.</p> <p>Aprobar el Examen General Final de Carrera.</p> |

| | |
|------------------------------------|---|
| Perfil del/de la Egresado/a | <p>El enfoque de la carrera está orientado hacia un/a profesional que sea el de un/a médico/a general en condiciones de ofrecer atención médica integral, mediante un abordaje singular, familiar y comunitario; realizando cuidados de manera oportuna, confiable y eficaz, tanto en el ámbito familiar como social; colaborando con la organización de la comunidad para mejorar su salud; desarrollando acciones de promoción de la salud y autocuidado para lograr condiciones de vida saludables en una sociedad más equitativa sin exclusiones de ningún tipo.</p> <p>Una formación que incorpore los valores de la cultura del conocimiento, la adquisición de destrezas y habilidades necesarias para la práctica médica mediante un proceso reflexivo y crítico que permita reconocer el cuerpo en sus múltiples dimensiones (físico, psíquico, social y político), así como fortalecer una percepción empática del cuerpo del/a otro/a.</p> <p>Que desarrolle experiencias de vida en todos los escenarios y genere grupos de estudios y de trabajo produciendo nuevas relaciones vinculares y de tecnologías de la comunicación con las personas, los usuarios del sistema de salud, sus familias y la comunidad, fortaleciendo la capacidad de afrontar los conflictos relacionados con la vida, la muerte y la invalidez.</p> <p>Que sea capaz de desarrollar conocimientos a partir de la reflexión de la propia práctica individual o grupal, y que incorpore a la misma</p> |
|------------------------------------|---|

| | |
|---|---|
| | <p>diferentes perspectivas, respetando e incluyendo a la práctica la diversidad de saberes y cosmovisiones.</p> <p>Que comprenda el discurso, los motivos del sufrimiento y el dolor de las personas y pueda colaborar para que cada una construya su propio camino de salud y recuperación.</p> <p>Que sea capaz de desempeñarse en diferentes instituciones del campo de la salud incluyendo las áreas periurbanas, rurales o de difícil acceso pudiendo resolver los problemas de salud en dichas poblaciones y articular eficaz y eficientemente con centros asistenciales de mayor complejidad tecnológica.</p> <p>El plan de estudios de la carrera enuncia explícitamente a través del perfil de/la egresado/a y de las competencias implicadas, la formación de profesionales médicos/as generalistas que incorporan en su quehacer los principios de una ética humanista y una perspectiva intercultural, con compromiso y responsabilidad social.</p> |
| <p>Competencias del egresado</p> | <p>Las competencias generales se han organizado bajo los siguientes dominios</p> <p>1- Capacidad para manejar de forma adecuada la situación clínica de los/as pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Actuar en la protección y promoción de la salud, la prevención de las enfermedades tanto agudas como crónicas, en el tratamiento, seguimiento, cuidado y la rehabilitación de las personas y su acompañamiento en episodios críticos y en la terminalidad de la vida. b. Usar en forma eficiente la tecnología de la información y la comunicación en su práctica profesional. c. Formular hipótesis diagnósticas y diagnósticos diferenciales teniendo en cuenta los datos de la anamnesis, del examen físico y psíquico, el contexto social y geográfico y las patologías prevalentes, emergentes y reemergentes tanto agudas como crónicas en todas las fases de su desarrollo. |

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none">d. Seleccionar adecuadamente los métodos complementarios teniendo en cuenta su eficacia, interpretando sus resultados para mejorar la calidad de vida de los/las pacientes.e. Realizar tratamientos involucrando en su razonamiento, criterios de eficacia terapéutica, cuidados de las personas, adherencia, contexto clínico y socio-económico.f. Brindar oportunamente todo tipo de información sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, al/a la paciente y su familia, ofreciendo apoyo y contención..g. Gestionar adecuada y oportunamente la solución de problemas de salud de las personas, que se encuentran fuera del alcance de su capacidad resolutive, participando de un abordaje interdisciplinario y entre niveles, optimizando procesos y tomando decisiones de manera reflexiva y crítica.h. Conocer y respetar las normas de seguridad para evitar incidentes y eventos adversos en el paciente, derivados de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.i. Transferir o recibir la responsabilidad del cuidado de un/una paciente.j. Estar preparado/a para realizar sistemáticamente prácticas seguras de atención, tanto en forma individual como en el trabajo en equipo, en ámbitos de responsabilidad institucional.k. Gestionar los casos clínicos, resolviendo lo que esté capacitado/a para resolver y /o transferir las responsabilidades de cuidados de su paciente a otro/a/s miembro/s del equipo de salud.l. Realizar los siguientes procedimientos clínicos y quirúrgicos indispensables en la atención inicial de las urgencias y emergencias: Evaluación de signos vitales/soporte vital básico y RCP/Maniobras hemostáticas iniciales ante hemorragias externas/acceso venoso |
|--|--|

periférico/administración de soluciones y medicamentos por diferentes vías/inmovilización inicial de fracturas cerradas y expuestas/inmovilización y traslado de pacientes/taponajes de epistaxis anterior y posterior/toracocentesis en neumotórax hipertensivo/maniobras de contención de pacientes con excitación psico-motriz. Medición de peso y talla/Agudeza visual y fondo de ojo/otoscopia y rinoscopia/examen de mama/especuloscopia, tacto vaginal y toma de citología/realización e interpretación de ECG/tacto rectal/inyecciones subcutáneas e intramusculares/curación y sutura de heridas simples/drenaje de colecciones supuradas superficiales/control de embarazo y atención de parto eutócico/control, evaluación e interpretación de crecimiento y desarrollo

2- Capacidad para aplicar el conocimiento médico

- a. Desarrollar actividades de autoaprendizaje y/o de estudio independiente en forma individual o grupal.
- b. Reflexionar y aplicar el razonamiento y juicio crítico en la interpretación de la información y su origen, para la resolución de los problemas de la práctica médica.
- c. Abordar críticamente la dinámica del mercado de trabajo, las políticas públicas y la legislación vigente en materia de salud, ponderando prioritariamente las necesidades de las personas.
- d. Utilizar el idioma inglés científico-técnico en el nivel de comprensión de textos.

3- Capacidad para aprender de la práctica clínica y mejorarla (debe adquirir capacidad de autocrítica y ser proactiva/o en el cambio hacia una mejor práctica clínica).

- a. Desarrollar la capacidad de aprendizaje desde la práctica clínica, enfocándose en las particularidades de cada caso,

en la sistematización de información y su posterior análisis como parte de la práctica habitual.

- b. Utilizar metodología y criterio científico en la práctica profesional contribuyendo a la mejora continua y a la resolución de los problemas de salud.
- c. Estar preparado/a para participar en actividades de producción científica, en proyectos de investigación de carácter colaborativo y en la difusión científica de los resultados en el campo de su práctica profesional y de la ciencia pública.
- d. Proporcionar atención médica a/a la paciente con herida de urgencia.
- e. Tener capacidad de autocrítica, flexibilidad y ser proactiva/o para mejorar su propia práctica de manera continua.

4. Capacidad para desarrollar habilidades interpersonales y de comunicación.

- a. Saber abordar los múltiples aspectos de la relación médico-individuo/familia/comunidad/ sociedad.
- b. Reconocer y respetar la diversidad de hablas y lenguas, costumbres, creencias y prácticas de las personas.
- c. Reconocer las propias creencias y subjetividades que se ponen en juego en la relación con otros/as.
- d. Comunicarse adecuadamente de manera integral, contemplando el lenguaje oral, escrito, corporal en sus diversas manifestaciones con las personas, sus familias, entornos, el equipo y las organizaciones de salud, gestionando su tarea ante las situaciones de cambio e incertidumbre.
- e. Realizar la Historia Clínica completa en los distintos contextos (Consultorio de APS, consultorio hospitalario, internación) de la práctica médica.

5- Profesionalismo

- a. Asumir una conducta ética frente a la persona, la familia, la comunidad y el equipo de salud, respetando la dignidad, la privacidad y autonomía de las y los otros.
- b. Establecer relaciones de confianza y respeto con las personas, dialogando y negociando los procesos de cuidado, y reconociéndolas como sujetos de derecho.
- c. Conocer y ajustar su desempeño profesional a las normas legales que regulan la práctica profesional demostrando responsabilidad hacia la solución de los problemas de salud de los individuos, las familias y la comunidad.
- d. Valorar la importancia de la Historia Clínica como documento científico, legal y de comunicación escrita.
- e. Asesorar y obtener el consentimiento informado para la realización de procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos brindando al paciente y su familia información suficiente, clara y adecuada.
- f. Respetar y hacer respetar, en todas las circunstancias, las normas de bioseguridad y asepsia promoviendo actividades educativas.
- g. Considerar respetuosamente las decisiones de las personas y sus familiares en la elaboración de tratamientos que impliquen cambios importantes en los modos de vida o intervenciones terapéuticas.

6-Conciencia y capacidad para manejar los recursos del sistemas de salud, haciendo un uso adecuado y óptimo de los mismos.

- a. Elaboración, implementación y evaluación de programas de promoción de la salud y prevención de las patologías prevalentes, emergentes y reemergentes tanto agudas como crónicas.

| | |
|-----------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> b. Resolver problemas en diferentes niveles de atención de salud, con énfasis en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. c. Integrar y participar activamente en equipos de salud interdisciplinarios e intersectoriales, compartiendo decisiones, competencias y responsabilidades. d. Aplicar criterios vinculados con la organización y administración de servicios de salud, para la gestión de programas de salud, nacionales, regionales y locales, en sus prácticas individuales y/o comunitarias. e. Conocer y colaborar con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica f. Promover y desarrollar actividades en Educación para la Salud en distintos contextos y escenarios. g. Reconocer a los sistemas médicos como modelos complejos de pensamiento y conducta; adaptar sus competencias a las múltiples manifestaciones culturales que puede tener el proceso Salud-Enfermedad-Atención en su contexto regional. h. Usar adecuadamente la documentación complementaria (registros, informes) de la práctica profesional. i. Solicitar oportunamente las interconsultas con otros profesionales de salud para alcanzar el diagnóstico y tratamiento adecuado, a través de una tarea interdisciplinaria especialmente en casos de patologías múltiples, complejas y de carácter crónico. |
| <p>Alcances del título</p> | <ul style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar actividades profesionales en ámbitos urbanos rurales, de difícil acceso o periurbanos que impliquen diagnóstico, tratamiento y seguimiento 2. Interactuar con las comunidades estableciendo vínculos con otros saberes y otras culturas |

| | |
|--------------------------------------|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 3. Trabajar con otros/as, con un objeto común de cuidados 4. Tomar decisiones en base a la mejor evidencia disponible y en los más precisos principios éticos. <p>Todo ello ya sea sobre individuos o sobre el conjunto de la población independientemente de la percepción o no de retribuciones.</p> <p>Quedan excluidas aquellas actividades legisladas para otros profesionales de la salud, no sí las concurrentes.</p> |
| <p>Actividades Reservadas</p> | <p>Dentro de estos alcances, y de acuerdo con lo determinado por la Resolución Ministerial Resolución 1254/2018, Anexo XXIV, quienes posean el título de médico/a tendrán competencia para la ejecución de las siguientes actividades reservadas que implican un riesgo directo sobre la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de la población.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prescribir, realizar y evaluar cualquier procedimiento de diagnóstico, pronóstico y tratamiento relativo a la salud humana en individuos y poblaciones. 2. Planificar y prescribir, en el marco de su actuación profesional, acciones tendientes a la promoción de la salud humana y la prevención de enfermedades en individuos y poblaciones. |

Fundamentación de la Carrera

Argentina frente a los Objetivos para el Desarrollo Sostenible

En 2018 los países de la región firmaron la Estrategia de Recursos Humanos para la Salud Universal 2030. Esta estrategia busca guiar el diseño de las políticas de recursos humanos para la salud, en tanto considera que la disponibilidad, accesibilidad, pertinencia, relevancia y competencia del personal de salud son factores clave para alcanzar la salud universal y los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, del sistema de las Naciones Unidas.

La Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, realizada en Astaná (Kazajstán) los días 25 y 26 de octubre de 2018, los Jefes de Estado y de Gobierno, los ministros y los representantes de Estados y Gobiernos ratificaron la prioridad de la salud y el bienestar de las personas mediante sistemas de promoción y protección de salud sólidos, con énfasis en la atención primaria de la salud y conducente al logro del empoderamiento las personas y comunidades en el mantenimiento y mejora de su salud y bienestar.

La Argentina presenta, en general, un cuadro positivo en términos de organización del sistema de salud y se ubica en un nivel intermedio, en términos de cantidad de médicos cada mil habitantes y recursos humanos calificados, que superan los estándares mínimos establecidos por la OMS.

El sistema de salud de Argentina

El sistema de salud de Argentina está compuesto por tres sectores: público, seguro social y privado. El sector público está integrado por los ministerios, nacional y provinciales, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Este sector se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados.

Por otro lado, el sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las Obras Sociales (OS), que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. Además, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias. Las provincias cuentan con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. La mayoría de las OS operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y los patrones.

Por último, el sector privado está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, y a los beneficiarios de las OS y de los seguros privados. Este sector también incluye entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga que se financian con primas que

pagan las familias o las empresas y con recursos derivados de contratos con las OS. Los servicios que ofrecen se prestan en consultorios e instalaciones privadas.

Sin embargo, es sabido que al menos una de cada tres personas no tiene cobertura médica y que además los indicadores de salud por regiones y provincias presentan grandes disparidades en cuanto a disponibilidad de médicos, atención preventiva e infraestructura.

En el caso de la Provincia de Río Negro el porcentaje de personas no cubiertas por seguro médico era en 2010 del 50% (Censo 2010) y ello significa que el sistema público de salud tiene un papel clave respecto a la atención en todos los niveles.

Cuando se analiza el gasto en salud por provincias y por deciles de ingresos se halla que para los tres primeros deciles de la población rionegrina el gasto en salud representa solo entre 1,6 y 2% de su gasto familiar frente al 6,7% del decil 7 o el 4,2% del decil 10 (ENGHO 2017/8 INDEC). Se puede sugerir que las familias que se encuentran en los deciles más bajos no pueden incurrir en gastos para destinarlos a medicamentos, ni pueden satisfacer las necesidades de sus hijos sobre el cuidado de la salud. De manera que las vías de solución frente a esto es que estas familias puedan tener acceso a los medicamentos proporcionados gratuitamente a través del sistema de atención del subsector público y un aseguramiento de la atención integral que cubra las etapas de crecimiento y desarrollo de los niños, entre otras medidas protectoras de la salud en poblaciones específicas (Abeldaño, A. R., 2015) .

Asimismo, Río Negro figura entre las provincias con menor gasto de salud sobre gasto de los hogares (3,3% contra 8% en CABA, 6,7% en Santa Fé, 5,3% media nacional según el INDEC).

La ausencia de una atención médica suficiente para tender a garantizar la salud de la población rionegrina para el 40% más pobre condicionaría el futuro del capital humano y en esta tarea queda claro el papel primordial de las acciones estatales.

Pero, precisamente el peso que tiene el sector público provincial en la atención de su población vulnerable en franjas etarias y grupos desfavorecidos por el bajo nivel de ingresos implica serios desafíos tanto en lo que refiere a financiamiento como en lo atinente a la formación de recursos humanos en las áreas de medicina y enfermería, incluyendo también el del personal no médico que trabaja en el sector salud.

Entre las conclusiones que se extraen en el informe sobre el sector salud de la Argentina realizado por el PNUD (2011) una en particular es relevante al respecto en tanto afirma que: “La oferta pública de servicios de salud (universal y gratuita), marcada por un fuerte proceso de descentralización, reproduce los desequilibrios regionales y no logra compensar los problemas distributivos”.

La Provincia de Río Negro posee un nivel de 6,59 matriculados por cada 1000 habitantes, esto arrojaría un universo de 5864 médicos/as en Río Negro. Sin embargo, la cifra de médicos/as en las seis zonas sanitarias en las que se divide el sistema de salud pública de Río Negro (Punto 3), era de 1015 a diciembre de 2019. Es decir, menos del 17% del total matriculado en la provincia y solo un 15% del total del personal contabilizado como personal del sistema de Salud Pública (cuadro 1).

En este punto los datos nos permiten establecer ciertas relaciones específicas.

Si se estima que el 40% de la población de Río Negro que corresponde a la de menores ingresos es cercana a unas 306 mil personas y que el número de médicos/as generalistas más aquellos donde no ha sido factible identificar una especialidad son unos 409 médicos/as (40% del total de la planta médica del sector de medicina pública), la relación de médicos/as generalistas por habitante es para este segmento de solo 1,3 médicos/as por cada mil habitantes y, si se considera el conjunto de médicos/as, la misma alcanzaría 3,3 médicos/as por cada mil habitantes con insuficiencia de ingresos.

Una clara inequidad con respecto a la media de la población nacional (3,99 médicos/as cada mil habitantes según base del Banco Mundial) y también provincial (6,59 médicos/as cada mil habitantes según el Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud).

En síntesis, del total de los médicos/as matriculados en Río Negro solo el 10% tiene una dedicación exclusiva en el sistema de salud pública, cifra que sube al 16,6% cuando se incluyen aquellos/as que tienen una dedicación parcial.

Esto significa una oferta desigual entre quienes acceden a la medicina privada, por ejemplo el 60% de la población, para quienes la relación médicos/as cada 1000 habitantes podría llegar a 12 y el otro 40% para los cuales dicha relación es de 3,3 y baja a 2 cuando se consideran los/as médicos/as tiempo completo o a solo 1,3 cuando se contabilizan médicos/as generalistas para atender al sector de mayor

vulnerabilidad en el cual se concentra la mayor proporción de familias, donde a su vez niños/as y jóvenes representan una mayor proporción respecto del conjunto de los hogares de Río Negro. Además, en los pueblos más pequeños, esta relación es más desfavorable.

El sistema público provincial

El Ministerio de Salud provincial además de fiscalizar y controlar estos subsectores, tiene bajo su gestión los siguientes organismos y programas:

- a. Consejo Provincial de Salud Pública (C.P.S.P.): Presidido por el Ministro de Salud; el Secretario Ejecutivo es el Secretario de Políticas Públicas del Ministerio, y lo integran además los jefes de las seis zonas sanitarias, es decir, los directores de los hospitales de Cipolletti, General Roca, Choele Choel, Viedma, Ingeniero Jacobacci y San Carlos de Bariloche y el Vocal Gremial.
- b. Programa Zonal de Medicamentos (PROZOME)
- c. Instituto Provincial del Seguro de Salud (I.PRO.S.S.)

El Sistema Público es el de mayor extensión territorial y garante de la cobertura sanitaria. Comprende un Nivel Central que es el Ministerio de Salud ubicado en Viedma, el cual cumple un rol normativo y de conducción general, y una Red de Establecimientos prestadores de servicios.

La unidad mínima de organización sanitaria es el Hospital Área Programática, delimitada geográficamente con una estructura de conducción de todos los recursos disponibles para la atención de una población.

Las Zonas Sanitarias constituyen el nivel de regionalización sanitaria intermedia que integra y coordina un conjunto de áreas programas, relacionadas geográficamente con el fin de optimizar recursos, atención y resultados de salud.

Cada Zona Sanitaria articula el funcionamiento de sus recursos a través de un Hospital de Cabecera, el cual es responsable de coordinar y articular los hospitales del área. Tiene a su vez asignado un Coordinador Zonal, quien debe representar y coordinar los diferentes equipos de Salud Mental Comunitaria de dicho territorio.

El territorio de toda la provincia se divide en: 6 Zonas Sanitarias; 36 Hospitales Áreas Programas; y 184 Centros de Salud (figura 5 y cuadro 2).

A la fecha, los establecimientos sanitarios de la Provincia se hallan categorizados por Niveles de Complejidad creciente, la cual se define como el número de tareas diversificadas que integran la actividad global de una Institución y el grado de desarrollo tecnológico alcanzado por el mismo.

Sin embargo, con el transcurso de los años se ha perdido la consistencia necesaria entre el desarrollo técnico-científico alcanzado por las distintas actividades, los modelos de organización y gestión de los recursos, las expectativas de la población y la estructura reglamentaria vigente, desdibujándose la armonía que debiera existir entre las mismas.

Si se considera que alrededor del 40-50% de la población tiene una cobertura estatal o de obra social mínima, la relación de médicos del sector público cada mil habitantes es, para este segmento de la población, del orden del 50% a nivel de la media provincial y casi 20% inferior al promedio del indicador a nivel nacional. Estas diferencias se profundizan cuanto en vez de considerar la totalidad de la planta médica pública consideramos sólo a los médicos generalistas

La relación entre el número efectivo de médicos/as, las consultas y egresos hospitalarios presenta diferencias en las cinco zonas sanitarias. De hecho, estas relaciones se ubican entre 0,14 y 0,23 médicos/as por consulta media por día (0,18 a nivel provincial), mientras que la cantidad de médicos/as para un promedio diario de internaciones con una duración de 4 días va de 1,18 a 2,14 (con una media de 1,70 a nivel provincial). Los valores más bajos se suelen dar en las áreas de menor densidad poblacional, las que generalmente disponen de centros de salud de menor complejidad.

Existen, así, diferencias marcadas entre las capacidades de atención e infraestructura entre las distintas zonas sanitarias y, sobre todo, al interior de ellas. Ello va desde las distancias entre los hospitales de cabecera respecto a sus áreas de influencia, a las características en la tipología de los centros de atención, número de consultas, egresos, cirugías, partos y otras causas de requerimientos de atención y prestación de servicios.

Por otra parte, se debe tener en cuenta la composición por grupos de edad del conjunto de la matrícula médica, pues ello permite analizar necesidades futuras de formación.

En los próximos diez años más de 1200 médicos/as pasarán a tener más de 70 años, de los cuales más de 150 trabajan de manera exclusiva en el sistema público provincial.

Aunque no se disponen de datos respecto de la procedencia de los/as médicos/as que trabajan actualmente en la región Andina, es deseable que el recambio generacional incluya en un mayor grado a aquellos/as formados/as en la región con competencias regionales y formación en enfermedades endémicas tales como hidatidosis y hantavirus entre otras.

Como se ha señalado antes, si bien Río Negro presenta una tasa media aceptable de médicos/as que residen en el territorio, aún se hallaría por debajo de la media nacional. En Ciudad de Buenos Aires (CABA), el número se encuentra significativamente por encima del resto de las jurisdicciones, contabilizando 16,6 médicas/os cada mil habitantes. Ello obedece a que la CABA continúa constituyendo un centro con amplia capacidad formadora de profesionales y por lo tanto una de potencial emigratorio que debe pasar un largo período de adaptación para poder conocer las características de la población a ser atendida, la que a su vez conforma núcleos muy diferenciados de características socioculturales y socioeconómicas en distintas zonas del interior del país.

Las carreras de Medicina en el sur argentino.

La primera carrera de Medicina en el sur argentino se puso en marcha en 1998 en la Universidad Nacional del Comahue en Cipolletti e interactúa con el sistema de salud público y privado del aglomerado urbano de Neuquén y las ciudades rionegrinas del Alto Valle, cuya población total es del orden de los 980.000 habitantes.

Ya en este milenio y como parte de la política de la Secretaría de Políticas Universitarias de la década del 2010, se crearon carreras de medicina en universidades de diferentes provincias: Santiago del Estero, Buenos Aires (La Matanza, Jauretche en Florencio Varela, Mar del Plata, Centro -Olavarría)-, Chaco - Universidad de Chaco Austral en Roque Sáenz Peña-, Entre Ríos, Córdoba (Villa María), San Luis (Villa Mercedes), y en el sur se concretan Bahía Blanca (Universidad Nacional del Sur) y Comodoro Rivadavia (Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco).

Sin embargo, no hay una carrera de medicina destinada a la formación de médicos y médicas para atender a los/as habitantes situados/as entre la Zona Andina y la Línea Sur, en particular, o bien que forme para la atención primaria en salud para una vasta zona del país. La UNCo forma médicos/as para la cobertura especializada de los habitantes de las zonas del Alto Valle de Río Negro y Neuquén y en parte para el Valle Medio rionegrino. Por otro lado, parte de los/as egresados/as de la UNS se desempeñan en la Zona Atlántica rionegrina, considerando la distancia entre Bahía Blanca y Viedma de 280 km.

La distancia promedio de las ciudades de las regiones de Alto Valle y Valle Medio, que concentran el 59% de la población provincial, respecto a la carrera dictada en Cipolletti de la UNCo es de 46 km, mientras que para el 15% que habita la zona Atlántica es de unos 280 km hasta la UNS-Bahía Blanca.

Para la población de la Zona Andina -29% del total provincial y 38% del territorio- implica un rango de 443 km. hasta la UNCo Cipolletti y más de 900 km hasta la UNS-Bahía Blanca.

No se agregan los datos de la cobertura de la carrera de la UNPSJB de Comodoro Rivadavia en la costa atlántica chubutense ya que las distancias superan los 1000 km. Paralelamente, la situación epidemiológica de la región reúne características particulares que ha puesto en evidencia ciertas falencias de formación y conformación de las plantas médicas, y que serían importante abordar desde una perspectiva no solo asistencial sino pedagógica y eventualmente aportar a la investigación sobre la temática preexistente, aun cuando ello no supone que la carrera propuesta se enfoque sobre este tema o defina el perfil deseado del egresado.

En síntesis, se requiere reforzar la formación bajo la mirada integral del perfil generalista que abarca la formación rural y la integración con las otras carreras usuales en el primer nivel de atención de la salud. La integralidad como forma de atención y formación profesional, no siempre es reconocible en las formaciones curriculares en las carreras de ciencias médicas o de la salud.

La carrera de Medicina en la Universidad Nacional de Río Negro.

La creación de la UNRN, aunque responde a una descentralización positiva del sistema universitario, se inscribe en un criterio distinto en tanto conforma el sistema

de universidades nacionales y su misión fue claramente definida en su primer proyecto institucional y en la ley que la ha creado: **desarrollarse en un territorio predeterminado y complementarse con otras instituciones universitarias nacionales.**

El estudio de factibilidad inicial contenía los fundamentos de la nueva casa de altos estudios y, en la práctica, las bases del Proyecto Institucional, a saber, una universidad: (i) relacional, o sea vinculada al territorio en el que está inserta, específicamente la provincia de Río Negro; (ii) regional, que debe alcanzar el objetivo de dar respuesta a un vasto territorio de 200.000 km², de tamaño superior a una veintena de países europeos y otros muchos países del mundo, aunque con mayores desafíos de comunicación e interconexión territorial; (iii) que combinara acertadamente las funciones de docencia, investigación y extensión y (iv) que avanzara hacia la incorporación de enseñanzas mediadas por las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en sus propuestas formativas.

Las expectativas de la sociedad rionegrina sobre la UNRN han sido y continúan siendo muy importantes. Distintas localidades, gobiernos municipales, concejos deliberantes, legisladores provinciales, asociaciones empresarias y de trabajadores, y otras organizaciones representativas de la comunidad se han expedido públicamente y han requerido a la autoridad superior bien sea la apertura de nuevas carreras, bien sea apoyo técnico o el desarrollo de actividades para fortalecer el tejido productivo y socioeducativo de la provincia. En tal sentido la sociedad aspira no solo a una universidad que satisfaga necesidades de educación universitaria para jóvenes que culminan los estudios secundarios y desean y requieren continuar formándose a nivel superior, sino también concretar las perspectivas de movilidad social ascendente y realización personal, aspiraciones a las que la UNRN ha dado respuesta en estos diez primeros años de existencia convirtiéndose en un actor de importancia para el desarrollo territorial, pero también porque su producción científica y académica ha trascendido las fronteras provinciales, regionales y nacionales.

La UNRN ha venido ya implementando, desde su inicio, una visión que se corresponde con los ejes de la política del Nivel Superior que establece la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU) del Ministerio de Educación de la Nación a través de la Secretaría Ejecutiva de los Consejos Regionales de Planificación de la Educación Superior

(CPRES), y que han alcanzado una suerte de política de Estado y no de gobierno.

Ellos son:

- Articulación y cooperación del Sistema Universitario con el secundario y del Nivel Superior en su conjunto (Universitario e Institutos de Educación Superior).
- Vinculación, pertinencia y planificación del Sistema Universitario con las necesidades concretas de la sociedad y del sector productivo.
- Mejorar y fortalecer las trayectorias formativas y articulación con el mundo del trabajo de los estudiantes universitarios.

Este esquema responde a la necesidad de desarrollar ofertas educativas correspondientes a áreas de vacancia.

A diez años de desarrollo institucional la UNRN ha resignificado su proyecto institucional estableciendo objetivos y metas en el **Plan de Desarrollo Institucional (2019-2025)**.

Entre los objetivos prioritarios para este periodo la UNRN se propuso la definición de nuevas ofertas educativas por cada sede y localización conforme a las necesidades detectadas de la sociedad y contribuir con sus propias capacidades a identificar áreas de vacancia, actuales y potenciales mediante estudios acerca de la conformación de la base económica provincial actual y proyectada en articulación con otras instancias de gobierno, actores económicos, políticos, sociales y culturales.

En el PDI es posible advertir, en el Eje 5: Ampliar la oferta de grado y posgrado, la previsión del Análisis de factibilidad técnica y económica para la apertura de la carrera de Medicina en San Carlos de Bariloche cuya síntesis se consignó en apartados anteriores y cuyo informe se anexa al plan de estudios.

A partir del diagnóstico resultante del informe de factibilidad se justifica la creación de la carrera con el objetivo general de formar profesionales médicos/as que puedan responder a las necesidades locales, regionales y nacionales con alta calidad científica y técnica, con capacidad de dar respuesta a las problemáticas particulares de cada región adaptando su saber a las realidades sociales, culturales y económicas, con competencias para desarrollarse en diferentes escenarios en los que se requiera su práctica, condiciones de trabajo diferentes y diferentes poblaciones.

Marco teórico/epistemológico de referencia

Desde las profesiones del campo de la salud se han realizado diversos abordajes que buscan explicar los mecanismos causales de las enfermedades, a la vez las disciplinas provenientes de las ciencias sociales han aportado gran parte de los conceptos que permiten mayor comprensión de los fenómenos asociados a la salud y la enfermedad.

La medicina social, la epidemiología crítica e incluso la higiene plantean que determinadas condiciones sociales, económicas y sanitarias distribuidas desigualmente mediante mecanismos legales aunque injustos promueven las diferencias en las probabilidades de enfermar y de morir.

Estas propuestas, dentro del campo de la salud han sido subalternas y marginales en términos de poder y alcance en relación al complejo médico industrial farmacéutico que domina tanto la práctica como la investigación y la formación de los/as profesionales.

El discurso de lo social o comunitario ha sido muchas veces atenuado quitándole potencia y redondeando sus aristas más incómodas al modificar algunos conceptos como el de comunidad, que queda reducido a un espacio romántico despojado de conflictos, como una postal de lo que nuestro mundo debiera volver a conquistar. O más aún se observa una lectura de los grupos sociales muy ingenua aplicada a los problemas de salud, donde el sistema debe fomentar y promover la participación comunitaria en la toma de decisiones, que no se condice con el resto de las áreas de gobierno o este tipo de visión de la salud queda confinada únicamente al accionar de servicios sanitarios en áreas de alta vulnerabilidad.

La presente propuesta de plan de estudios busca darle un lugar importante a los fenómenos de determinación de la salud y la enfermedad; propone que el estudiantado inicie su formación en medicina incorporando la perspectiva de persona integral, que nace, crece y se desarrolla en un grupo o comunidad y que la pertenencia a ese grupo lo ubica en un espacio social y cultural único.

Objetivos Generales

- Formar profesionales médicos/as que puedan responder a las necesidades locales, regionales y nacionales con alta calidad científica y técnica, con capacidad de dar respuesta a las problemáticas particulares de cada región

adaptando su saber a las realidades sociales, culturales y económicas, con competencias para desarrollarse en diferentes escenarios en los que se requiera su práctica, condiciones de trabajo diferentes y diferentes poblaciones.

Objetivos Específicos

- Formar profesionales médicas/os con sólidos conocimientos científicos y técnicos que permita incorporarse al desarrollo profesional en diferentes áreas de trabajo.
- Formar profesionales con suficiencia para el manejo de los principales problemas de salud de la población de referencia de la UNRN; a la vez que pueda adaptarse a otras regiones o provincias.
- Desarrollar profesionales médicas/os con capacidad para el autoaprendizaje continuo y capacidad para adaptarse a las plataformas de difusión del conocimiento.
- Generar en las/os profesionales médicas/os capacidades comunicacionales, habilidades interpersonales y pensamiento crítico en virtud de las dificultades observadas en la práctica médica profesional.
- Formar profesionales con competencias para trabajar en equipos interprofesionales de manera colaborativa.
- Desarrollar en las/os profesionales médicas/os la competencia para el desarrollo de investigación científica acorde a las necesidades y problemas a resolver.

Bases Educativas

- Aprendizaje reflexivo que integre desde el comienzo de la carrera y de forma dialéctica la teoría con la práctica; basado en la exploración de los problemas de salud y mediante el trabajo en grupos pequeños.
- Aprendizaje centrado en el estudiante, que integre tanto los objetivos del programa como las propuestas del estudiantado y destine una significativa proporción del tiempo a actividades operativas.
- Aprendizaje que haga uso de múltiples recursos didácticos.

- Aprendizaje basado en la comunidad, respetando las realidades regionales e incorporando las problemáticas emergentes como parte de la currícula.

Fundamentos curriculares:

Lineamientos Generales:

Este Plan de Estudios propone desde el inicio:

La integración de contenidos correspondientes a las tres áreas disciplinares: “Cuerpo individual: estructura y funcionamiento”, “Cuerpo en relación al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados”, y “Cuerpo social”, con una coordinación simultánea y complementaria, para lograr el desarrollo horizontal y vertical de esas áreas a lo largo de todo el plan de estudios.

La docencia se organiza de forma tal que cada docente estará adscrito a alguna de estas áreas, de manera tal que podrá participar de diferentes asignaturas en diferentes años de la carrera según la organización lo requiera.

La diversidad de actividades y formatos de enseñanza y aprendizaje que promueven la integralidad de la enseñanza y la significatividad del aprendizaje.

La flexibilización del currículum, que garantiza por un lado la obligatoriedad de cursado conforme al perfil profesional adoptado; y, por otro, la existencia de espacios para cursos optativos que pueden ser renovados o modificados según lo establezca el seguimiento continuo del currículum.

Intervenciones de enseñanza que promuevan el aprendizaje significativo, promoviendo en el estudiantado un aprendizaje activo, en escenarios de aprendizajes reales, con problemáticas emergentes, pensamiento crítico y responsabilidad individual, grupal y social, en el logro de competencias profesionales mediante la vivencia de experiencias que movilizan sentimientos.

El autoaprendizaje del estudiantado, favorecido a través de las estrategias metodológicas diseñadas para que asuman una formación y actualización continua de alto nivel científico.

La evaluación continua de los aprendizajes, la enseñanza y el propio currículum para lograr la formación de médicas y médicos generales bajo un enfoque científico humanístico y social.

La investigación en forma sistemática a lo largo de los ciclos de la carrera, como forma de construcción de nuevo conocimiento básico y aplicado, con énfasis en los grandes problemas de salud individual y colectiva.

La permanente relación entre teoría y práctica en la vinculación territorial que fundamenta el trabajo en escenarios comunitarios y curriculariza las actividades de extensión.

Descripción curricular

Conforme a los lineamientos curriculares propuestos la carrera de Medicina se estructura en tres ciclos de formación, los cuales cuentan con finalidades formativas, contenidos, formato curricular, actividades y forma de evaluación propias (ver detalle por ciclo de formación). En su totalidad contribuyen al desarrollo de las competencias de egreso.

- Ciclo Inicial de 3 años de duración:
- Ciclo de Desarrollo Profesional de 2 años:
- Ciclo de Práctica Final Obligatoria de 1 año de duración.

El carácter integral de la propuesta de enseñanza está dado por la relación que se establece entre tres áreas de conocimiento.

- Área de Cuerpo individual: estructura y funcionamiento.
- Área de Cuerpo en relación al proceso de salud -enfermedad-atención-cuidados.
- Área de Cuerpo social.

Las áreas de conocimiento permiten agrupar los contenidos mínimos definidos por la Resolución MEN N° 1314/2007 y por la UNRN.

La lógica de agrupamiento obedece al criterio de la subsunción de la epidemiología crítica, donde cada área hace referencia a las dimensiones con que puede ser analizado y comprendido el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados.

El contenido de cada área se desarrolla verticalmente a lo largo de todos los ciclos de la carrera y se integra horizontalmente, en las asignaturas de cada ciclo.

La relación entre las tres áreas de conocimiento que propone cada ciclo permite articular íntegramente las experiencias de aprendizaje de los/as estudiantes y la

presencia simultánea y complementaria de contenidos y saberes provenientes de diferentes campos disciplinares.

Cada ciclo organiza el conocimiento y las experiencias de aprendizaje en diferentes asignaturas que permiten la articulación entre el contenido (áreas) y diferentes experiencias de aprendizaje (actividades) a cumplimentar por los estudiantes.

La diversidad de actividades que conforman cada asignatura posibilita diferentes intervenciones de enseñanza (que van desde la conferencia hasta el trabajo tutorado en pequeño grupo) y diferentes niveles de autonomía, complejidad y dificultad en las experiencias de aprendizaje (que van desde la recepción de información hasta la búsqueda autónoma de conocimiento requerido para resolver situaciones problemáticas reales y/o a la construcción social de conocimiento médico)

Actividades involucradas en cada asignatura por ciclo:

| | | |
|--|---|--|
| CICLO INICIAL | 12 Asignaturas comunes a todos/as 2 Cursos Optativas | Actividades Teóricas Actividades Prácticas de Laboratorio Sesiones tutoriadas de ABP Trabajo en terreno Actividades relación médico paciente Tiempo protegido de estudios |
| CICLO DE DESARROLLO PROFESIONAL | 6 Asignaturas comunes a todos/as | Práctica Médica Supervisada Sesiones tutoriadas de ABRP (aprendizaje basado en resolución de problemas) Reflexión sobre la práctica Evidencia orientada al paciente Tiempo protegido de estudios |
| CICLO DE PRÁCTICA FINAL OBLIGATORIA | 4 asignaturas comunes a todos/as 1 Módulo Electiva | Práctica Médica Supervisada Sesiones tutoriadas de ABRP aprendizaje basado en resolución de problemas) Reflexión sobre la práctica Evidencia orientada al paciente Seguimiento longitudinal de pacientes |

Las actividades que conforman las asignaturas implican variadas intervenciones de enseñanza y pluralidad de experiencias de aprendizaje que se articulan a la finalidad formativa y objetivos de cada ciclo. (Ver detalle de cada ciclo)

Espacios optativos: Se incluyen 2 cursos optativos en el ciclo inicial (total 96 horas) y un módulo electivo en el ciclo de práctica final obligatoria (336 horas). Estos espacios aportan un alto grado de flexibilidad curricular y la posibilidad de actualización científica y disciplinar al diseño.

Formación práctica:

Los tres ciclos de formación contienen formación práctica de acuerdo al siguiente detalle:

| Ciclo | Horas totales | Horas Prácticas totales | Horas Teóricas Totales |
|---|---------------|-------------------------|------------------------|
| Ciclo inicial | 2400 | 1440 | 960 |
| Ciclo de Desarrollo profesional | 2464 | 2024 | 440 |
| Ciclo de Formación Práctica Obligatoria | 1632 | 1184 | 448 |
| Totales | 6496 | 4648 | 1848 |

Trabajo social Obligatorio

De acuerdo a los Artículos 57° y 71° del Estatuto de la UNRN todos los estudiantes deberán participar de un Programa de Trabajo Social previo a su graduación.

En esta carrera esta exigencia se cumplimentara durante el desarrollo de las actividades de Trabajo en Terreno (TT) previstas para el Ciclo Inicial equivalentes a 300 horas de modo que los estudiantes que aprueban la evaluación de final de ciclo podrán acreditar el Programa de Trabajo Social exigido para su egreso.

Lineamientos de Evaluación:

La totalidad de las asignaturas del plan de estudios incorporan herramientas evaluativas complementarias, mediante las cuales se contemplan permanentemente las dimensiones de conocimientos, habilidades y actitudes. Esta evaluación

multidimensional implica además la necesidad de contar con evaluaciones de proceso. Sosteniendo como lineamiento el aprendizaje centrado en el estudiante, todos los espacios curriculares contienen durante su proceso evaluaciones formativas que permitan a cada estudiante identificar sus déficits y resolverlos en forma oportuna. La evaluación permanente, multidimensional, rigurosa metodológicamente en cuanto a validez, confiabilidad, impacto educativo y aceptabilidad, habilita la posibilidad de promoción en todos los espacios curriculares. Para quienes no logren la promoción, se establecerá un proceso de remediación, el cual incluye la determinación de docentes responsables, identificación de déficits singulares, plan de mejora y evaluación de resultados que garantice la adquisición de los objetivos educacionales planificados.

Examen de finalización del Ciclo Inicial

Esta instancia es una evaluación integral de las competencias necesarias para comenzar el segundo ciclo.

Examen General Final de Carrera

El Examen Final General de Carrera es asumido como un instrumento de evaluación de calidad de la formación del/la Médico/a.

Para acceder al Examen General Final de Carrera el Estudiante debe haber cursado y aprobado todas las instancias de la Práctica Final Obligatoria.

El Examen General Final de Carrera evalúa las competencias de egreso mediante herramientas válidas y confiables para la evaluación de competencias profesionales.

Lineamientos para Organización académica:

Conforme al estatuto de la UNRN, la carrera de Medicina será dirigida por un/una Director/a el que cuenta con asistencia del Consejo Asesor de la misma.

El/la director/a y los/as integrantes docentes del Consejo Asesor tendrán, además de las funciones estatutarias, las de:

Coordinación curricular general de la carrera.

Coordinación curricular de ciclo de formación

Coordinación curricular de área disciplinar

Coordinación curricular de ingreso

Las bases educacionales y características curriculares del plan de estudios propuesto para la carrera de Medicina de la UNRN obligan a determinar criterios y lineamientos generales para la organización de la docencia.

El desarrollo curricular propuesto exige un cuerpo docente que se diferencie de los modelos tradicionales de formación en medicina y que sea capaz de comprender la importancia formativa de las diferentes y múltiples funciones que integran la práctica docente.

La multiplicidad de actividades de aprendizaje que conforman las asignaturas propone diferentes tipos de intervenciones que sostienen el aprendizaje integrado, significativo y centrado en el/la estudiante y que se diferencian claramente de la imagen tradicional del/de la profesor/a que tiene una “cátedra”, que da el “teórico” o “supervisa prácticas profesionales” y cuenta con ayudantes que se encargan de los “trabajos prácticos” y seguimiento de los/las estudiantes.

Como se ha descrito en las características curriculares de cada ciclo de formación, las asignaturas que lo componen incluyen una variedad de actividades de aprendizaje en las que se pretenden promover diferentes competencias de los/las estudiantes y alcanzar los objetivos de cada etapa.

El desarrollo de este plan de estudios requiere, entonces, de un cuerpo docente que:

- Se capacite en el modelo pedagógico centrado en el estudiante, en sus fundamentos, principios y bases educacionales y en aspectos didácticos del mismo (Aprendizaje Basado en Problemas, Evaluación de aprendizajes, etc).
- Se constituya en grupos de trabajos interdisciplinarios y dinámicos en función de las exigencias formativas de cada asignatura.
- Reconozca que cada grupo de trabajo requiere un/una coordinador/a académico/a o responsable de asignatura cuyo perfil dependerá de los núcleos temáticos centrales de cada una de las tres áreas de conocimiento, los problemas profesionales seleccionados, de la especialidad médica que

protagoniza la asignatura, de las prácticas médicas concretas y las actividades profesionales confiables que deben desarrollar los/as estudiantes.

- Reconozca el carácter colectivo, deliberativo y colegiado que asume la docencia en el modelo pedagógico propuesto.
- Reconozca que todas las funciones son importantes y necesarias para lograr la integralidad del plan de estudios y del modelo pedagógico centrado en el/la estudiante.
- Asuma la necesidad de incluir en su práctica docente cotidiana, la formación pedagógica continúa y la reflexión constante sobre la relación entre los fundamentos y las estrategias didácticas del modelo pedagógico centrado en el/la estudiante y las prácticas de las que participa.
- Reconozca la multiplicidad de tiempos y estilos de aprendizaje y sea capaz de proponer experiencias formativas que potencien la autonomía y protagonismo de los/as estudiantes en su propio proyecto formativo.

Los lineamientos de coordinación y organización académica y las funciones docentes se detallan en el ANEXO IV

Mecanismo de ingreso:

La carrera prevé un mecanismo de ingreso que se compone de tres (3) etapas:

- 1- **Etapas de Curso Pre-universitario:** (40 horas) Curso pre universitario en los meses de octubre, noviembre y diciembre modalidad a distancia mediante material previamente elaborado para el auto aprendizaje (cuadernillo); tutorías semanales vía remota y realización de trabajos de campo complementarios. Su objetivo es la confirmación o modificación vocacional de los ingresantes.
- 2- **Curso de Ingreso de Medicina: (120 horas)** Curso introductorio a la carrera y de fortalecimiento de los saberes en Matemática, Biología y Salud y Sociedad en los meses de febrero y marzo en los que se trabajan contenidos necesarios para ingresar a primer año de la carrera. Se propone la integración de saberes en modalidad de identificación; análisis y resolución de problemas o propuestas de mejora. Esta etapa finaliza con la realización de un examen sumativo y de carácter selectivo ya que el resultado del mismo interviene en la conformación del orden de mérito.

- 3- **Etapas de selección y conformación del orden de mérito:** Quienes aprueban el curso pasan a instancia de Mini Entrevistas Múltiples en las que se evaluarán los perfiles de las/os estudiantes en relación a determinados componentes requeridos para el desempeño en la carrera; tales como: pensamiento crítico, pensamiento ético, trabajo en equipo, responsabilidad, aptitud para el autoaprendizaje, capacidad de autocrítica, tolerancia a la incertidumbre y tolerancia a las diferencias sociales y culturales.
- Los lineamientos de ingreso se detallan en el ANEXO III de la presente.

DESCRIPCIÓN CURRICULAR POR CICLO

CICLO INICIAL - 3 años – 2400 horas

Descripción general:

El ciclo inicial de la carrera de medicina tiene como propósito ofrecer al estudiantado procesos de enseñanza y de aprendizaje en el que se desarrollen todas las competencias profesionales descritas previamente en instancia parcial (hitos de competencias), mediante una incorporación espiralada de las mismas. Todas las asignaturas de este ciclo comparten entre sus características la misma duración, integración disciplinar, formatos de aprendizaje, evaluación, promoción y remediación, de forma tal que cada estudiante se empodere en dicho proceso y consolide su rol activo, tanto en su aprendizaje como en el de sus pares. La vinculación longitudinal durante los tres años en pequeños grupos con una comunidad específica, la inserción temprana en escenarios de práctica, el desarrollo de actividades en pequeños grupos tutoriales, la existencia de evaluaciones continuas, formativas y complementarias, son aspectos fundamentales, junto a los contenidos mínimos descritos, para la incorporación de las competencias previstas.

Objetivos del Ciclo Inicial

1. Manejar de forma adecuada el cuadro clínico de un paciente

Al finalizar este proceso debe ser capaz de realizar una anamnesis sistemática a cualquier persona mediante la cual interprete sintomatología en un contexto singular,

particular y general. Debe poseer habilidades técnicas para realizar un examen clínico. Debe ser competente para identificar el foco de la entrevista, identificar una agenda oculta, y reconocer temores, expectativas y dudas de sus pacientes. Debe conocer los principios, alcances y limitaciones de la medicina preventiva. Es capaz de dar recomendaciones sobre estilos de vida para la promoción de la salud. Debe conocer los alcances y limitaciones de distintos diagnósticos complementarios. Conocer las bases de la terapéutica. Realizar en ámbito de simulación examen de mama, otoscopia, rinoscopia, especuloscopia, tacto vaginal y toma de citología, tacto rectal. inyecciones subcutáneas e intramusculares

2. Aplicar el conocimiento médico

Realizar búsquedas sistemáticas en bases de datos científicos. Seleccionar la bibliografía más adecuada para sus preguntas y necesidades. Saber reconocer y analizar críticamente la evidencia científica. Demuestra suficiencia de idioma inglés.

3. Aprender de la práctica clínica y mejorarla.

Desarrollar la capacidad de reflexionar sobre su propia práctica, identificando en términos de competencias sus fortalezas y debilidades; y puede diseñar, de forma tutorizada, un proceso de mejora.

4. Aplicar habilidades interpersonales y de comunicación.

Debe ser capaz de abordar los múltiples aspectos de la relación médico/a/individuo, familia, comunidad y sociedad, pudiendo reconocer y respetar la diversidad de hablas y lenguas, costumbres, creencias y prácticas de las personas. Debe ser capaz de reconocer sus propias creencias y subjetividades, y el modo en que las mismas se ponen en juego en la relación con otros/as.

5. Profesionalismo

Llevar a cabo actividades profesionales, cuidando la confidencialidad, cumpliendo con los principios éticos, y actuando de manera sensible frente a las diferencias identitarias y culturales de las y los pacientes.

Asumir una conducta ética frente a la persona, la familia, la comunidad, y el equipo de salud, respetando la dignidad, privacidad y autonomía. Debe establecer relaciones de confianza y respeto con las personas, dialogando y negociando los procesos de cuidado, reconociéndolos y reconociendo a las y los otros como sujetos de derecho.

Debe ser capaz de cumplir con todas las normas de asepsia y bioseguridad en las actividades prácticas en las que se inserte en el ciclo de desarrollo profesional.

6. Manejarse de manera óptima dentro de los sistemas de salud y utilizar de manera adecuada los recursos.

Reconocer a los sistemas médicos como modelos complejos de pensamiento y conducta. Ser capaz de integrarse y participar en distintos equipos de salud con los que se vincula en los procesos de enseñanza/aprendizaje. Debe ser capaz de colaborar en el diseño e implementación de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Debe tener en cuenta la dimensión económica y social de los recursos y deber saber utilizarlos de manera responsable.

Estructura curricular del Ciclo Inicial

Doce asignaturas curriculares integradas, que se desarrollarán en forma secuencial a lo largo de los tres años del ciclo, para cubrir los temas teóricos y prácticos propios de la formación médica.

1. Introducción al estudio de la medicina (8 semanas)
2. Promoción de la salud (8 semanas)
3. Vínculos (8 semanas)
4. Movimiento (8 semanas)
5. Ser humano y entorno (8 semanas)
6. Sangre y defensa (8 semanas)
7. La respiración (8 semanas)
8. Salud cardiovascular (8 semanas)
9. Alimentación, nutrición y endocrinología (8 semanas)
10. Metabolismo y excreción (8 semanas)
11. Salud sexual y reproductiva (8 semanas)
12. Discapacidad (8 semanas)

Dos (2) Cursos optativos al final del tercer año, que permitan al/la estudiante comenzar a formarse según sus intereses e inquietudes. (4 semanas cada uno)



Descripción de las actividades presentes en cada Unidad y su carga horaria semanal.

Las actividades son de carácter presencial, a excepción de las teóricas (AT), obligatorias, organizadas en bloques fijos por día semanal, estables a lo largo del año lectivo, e incluye el tiempo protegido de estudio.

Actividades Teóricas (T): 4 horas semanales

Las clases teóricas se realizarán de forma asincrónica y no presencial, en concordancia temática con el desarrollo de cada unidad. Tendrán características de conferencia, clase dialogada o seminarios y sus objetivos tenderán a orientar al estudiantado para que priorice aspectos relevantes de los distintos temas, para exponer temas de mayor complejidad y para actualizar perspectivas de análisis de la información.

Las actividades teóricas son sincrónicas con las demás actividades (ABP, TT, RMP, TPL).

Actividades de Trabajos Prácticos en Laboratorio (TPL): 3 horas semanales

Los Trabajos Prácticos en pequeños grupos se realizarán en el Laboratorio Morfofuncional sobre temas de Anatomía Macroscópica, Anatomía Microscópica y Anatomía Patológica en forma independiente o integrada en temas de Imagenología, Bioquímica, Fisiología, Fisiopatología, Microbiología, Parasitología, Virología y Farmacología.

Actividades en Sesiones Tutoriales de ABP (ABP): 6 horas semanales

En cada unidad se mantiene, como actividad central, por sus fundamentos psicopedagógicos y metodológicos, el método de "Aprendizaje Basado en Problemas". Se tratará de una instancia de pequeños grupos (no más de 10 estudiantes de aprendizaje con un tutor). El objetivo es que el estudiantado tenga un caso a resolver y lo haga de manera protagónica, buscando la información para solucionarlo y aprendiendo en el proceso, tanto el conocimiento como la habilidad de resolución.

Actividades de Trabajo en Terreno (TT): 3 horas semanales

En cada unidad el estudiantado deberá concurrir a actividades de Trabajo en Terreno, en grupos pequeños (no más de 10 estudiantes), según se establezca como parte de su formación integral y en concordancia con el momento de carrera. La modalidad de “Aprendizaje Basado en la Comunidad” pone al estudiantado, desde el primer momento de la carrera, en interacción con una comunidad y sus actores sociales. En dicha interacción, los grupos de estudiantes realizan un proceso de observación-análisis-reflexión-acción en torno a problemas de salud-enfermedad individuales y colectivos.

Actividades de Relación Médico Paciente: 3 horas semanales

Estas actividades tendrán un carácter netamente práctico, en grupos pequeños (no más de 10 estudiantes), donde el estudiantado trabajará en el laboratorio de habilidades clínicas y con pacientes en los servicios asistenciales, el desarrollo de habilidades comunicacionales y semiológicas.

Tiempo protegido de estudio 5 horas semanales

Distribución horaria semanal tentativa de actividades:

La siguiente distribución semanal es un modelo tentativo. Incluye: actividades presenciales obligatorias en bloques fijos y estables a lo largo del año lectivo, actividades no presenciales y asincrónicas, y tiempo protegido de estudio.

| Asignaturas del Ciclo Inicial | | | | | |
|--|---|--|---|---|-------------------------------|
| Horario | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES |
| Bloques fijos. Presencial obligatoria | Sesiones Tutoriales (ABP) 3 hs | Relación Médico Paciente 3 hs | Trabajo Práctico de Laboratorio 3 hs | Sesiones Tutoriales (ABP) 3 hs | Trabajo en terreno 3 hs |
| Seminarios a-sincrónicos y obligatorios - 4 hs semanales | | | | | |
| Tiempo protegido de estudios - 5 hs semanales | | | | | |
| Total Semanal: 24 horas | | | | | |



Con el objetivo de preservar las opciones laborales del estudiantado, los bloques fijos presenciales y obligatorios se realizarán de 15 a 18 hs y 10 a 13 hs.

Lineamientos de Evaluación y Acreditación del ciclo inicial

Durante el cursado de cada unidad curricular, **como evaluación formativa** y para garantizar resultados, se prevé una evaluación continua, registrada en planillas de desempeño de las 3 actividades de pequeño grupo (ABP; TT; RMP), incluyendo habilidades, actitudes y conocimientos.

Al finalizar cada unidad curricular se consolidará **la evaluación sumativa**, la cual se integra por:

Evaluación de desempeño: construida por los/as 3 docentes de pequeño grupo. Implica las siguientes dimensiones de competencia:

- 1) Responsabilidad/autoaprendizaje/trabajo en equipo (3 puntos).
- 2) Evaluación de habilidades, en relación a los objetivos de aprendizaje de relación médico paciente (3 puntos).
- 3) Evaluación de conocimientos (4 puntos).

La **evaluación sumativa determinará la PROMOCIÓN**, lo cual requiere alcanzar un **puntaje mínimo del 50% de cada una de las instancias**

La no promoción implica que el/la estudiante realice un **proceso de REMEDIACIÓN, durante las primeras 6 semanas de la unidad curricular siguiente**. Para realizar dicha remediación, la cursada se considerará aprobada durante ese lapso exclusivamente.

El incumplimiento de las actividades obligatorias, o una **nota sumativa final inferior a 4 puntos determinan la imposibilidad de la remediación**, por lo tanto la **DESAPROBACIÓN** del cursado.

Al finalizar y aprobar el ciclo inicial cada estudiante deberá rendir: una **Prueba de Suficiencia de Idioma Inglés** y una **Evaluación global del Ciclo Inicial** que abarca conocimientos teóricos y aplicación del conocimiento correspondiente a todo el ciclo. La aprobación de la evaluación global será obligatoria para acceder al Ciclo de Desarrollo Profesional.

CICLO DE DESARROLLO PROFESIONAL - 2 años - 2464 horas

Descripción general:

El ciclo de formación profesional debe contribuir al desarrollo del profesional en su sentido más amplio, desde la adquisición de conocimientos específicos, habilidades clínicas, desarrollo de razonamiento clínico y consolidación de las actitudes profesionales.

Conceptualmente el CICLO DE FORMACIÓN PROFESIONAL debe ser coherente con el CICLO INICIAL por lo que en cada asignatura se establecerán competencias mínimas y objetivos, considerando un abordaje que contemple las tres áreas (Cuerpo individual, Cuerpo en relación al P-S-E-A y Cuerpo social) priorizando el aprendizaje centrado en el estudiante y la base comunitaria.

Se organizará en base a asignaturas prolongadas que permitan el seguimiento de pacientes. Se introducen las habilidades propias de los distintos niveles de complejidad en la atención, a través de estas asignaturas y del desarrollo de competencias para la práctica profesional. Se reemplazan las tutorías clásicas con situaciones preparadas, por tutorías con pacientes reales, como mecanismo de identificación de objetivos de aprendizaje.

Objetivos y competencias del Ciclo de Desarrollo Profesional

Al finalizar el ciclo de Desarrollo Profesional, se espera que el estudiantado sea capaz de:

1. Capacidad para manejar de forma adecuada la situación clínica de los/as pacientes.

Al finalizar este proceso el estudiantado debe ser capaz de llevar adelante una entrevista médica en forma autónoma y con supervisión directa, pudiendo problematizar las necesidades, temores y expectativas de cada usuario/a de forma contextualizada y amplia. Debe ser capaz de proponer al docente y al paciente un plan de acción pertinente, que incluya la explicación, negociación, pautas anticipatorias, pautas de cuidado, bases de tratamiento farmacológico y plan de estudio diagnóstico. Debe ser capaz de construir junto a cada usuario/a un plan de

gestión y seguimiento de los problemas identificados, de acuerdo a la situación social y regional/territorial

Debe ser capaz de realizar bajo supervisión directa evaluación de signos vitales/soporte vital básico y RCP/Maniobras hemostáticas iniciales ante hemorragias externas/acceso venoso periférico/administración de soluciones y medicamentos por diferentes vías.

Debe mostrar competencia en simulación para inmovilización inicial de fracturas cerradas y expuestas/inmovilización y traslado de pacientes/taponajes de epistaxis anterior y posterior/toracocentesis en neumotórax hipertensivo/maniobras de contención de pacientes con excitación psico-motriz.

Debe ser capaz de realizar bajo supervisión directa medición de peso y talla/Agudeza visual y fondo de ojo/otoscopía y rinoscopia/examen de mama/especuloscopia, tacto vaginal y toma de citología/realización e interpretación de ECG/tacto rectal/inyecciones subcutáneas e intramusculares/curación y sutura de heridas simples/drenaje de colecciones supuradas superficiales/control de embarazo y atención de parto eutócico/control, evaluación e interpretación de crecimiento y desarrollo.

2. Aplicar el conocimiento médico.

Al finalizar este ciclo cada estudiante debe ser capaz de adquirir en forma autónoma los conocimientos de distintas áreas disciplinares, de forma crítica, rigurosa y eficiente. Esto incluye el acceso a base de datos científicas, consultas a expertos y expertas, en diálogo con la experiencia y vivencia de cada usuario/a del sistema de salud con quienes se vincula.

3. Aprender de la práctica clínica y mejorarla.

Debe ser capaz de analizar de forma crítica su propio desempeño, identificar y operacionalizar incidentes críticos en términos de competencias, y diseñar junto a sus tutores/as un plan de mejora de las mismas. Debe considerar el interjuego entre su subjetividad y la de cada paciente como un aspecto central de la mejora continua de su práctica clínica.

4. Aplicar habilidades interpersonales y de comunicación.

Debe ser capaz de realizar la Historia Clínica completa en los distintos contextos de la práctica médica (territorio, consultorio de APS, consultorio hospitalario, internación).

Debe comunicarse adecuadamente de manera integral -contemplando el lenguaje oral, escrito, corporal y mediado por tecnologías en sus diversas manifestaciones- con las personas, sus familias y entornos, el equipo y las organizaciones de salud, gestionando su tarea ante las situaciones complejas de cambio e incertidumbre.

5. Profesionalismo.

A lo ya desarrollado en esta dimensión, debe conocer y ajustar su desempeño profesional a las normas legales que regulan la práctica profesional, demostrando responsabilidad hacia la solución de los problemas de salud de los individuos, las familias y la comunidad.

6. Manejar óptimamente el funcionamiento de los sistemas de salud y las posibilidades de los pacientes en el mismo, usando de manera adecuada los recursos.

Debe conocer la dinámica del sistema de salud, en cuanto a su fuente de financiamiento y lógica institucional. También, debe conocer la interacción que se da en la práctica entre cada sub-sector del sistema, sus alcances y limitaciones. Debe ser capaz de tomar decisiones de manera costo efectivas, basadas en evidencia científica con validez externa y respetuosa de las lógicas institucionales en las que se insertan.

Estructura curricular del ciclo de Desarrollo Profesional

Duración de 2 (dos) años organizados en 6 asignaturas básicas:

1. Medicina preventiva, práctica médica ambulatoria y medicina rural (22 semanas)
2. Abordajes quirúrgicos de baja complejidad (11 semanas)
3. Salud mental y medicina legal (11 semanas)
4. Internación (22 semanas)
5. Gestión de pacientes crónicos (11 semanas)
6. Urgencias y Emergencias (11 semanas)

El desarrollo de las asignaturas es consecutivo pudiendo comenzar por las asignaturas de 22 semanas de duración o por las de 11 semanas respetando las correlatividades (fuertes o débiles) consignadas en el mapa de correlatividades.

Planificación curricular

Los escenarios de aprendizaje variarán según la asignatura e incluyen escenarios ambulatorios, de internación y guardia en cada uno de los efectores asistenciales asociados de Bariloche y la zona. Se mantendrán las actividades (organizadas en bloques fijos diarios) de pequeño grupo, mediante Aprendizaje Basado en Resolución de Problemas (ABRP), Evidencia Orientada a los Pacientes (EOPS) y Reflexión Sobre la Práctica. Estas tres actividades toman como insumo de aprendizaje la confrontación del estudiantado con prácticas reales en el primer nivel de atención. Para actividades específicas se continuará con actividades en el Laboratorio de Competencias Profesionales.

Distribución horaria semanal tentativa de actividades:

| Asignaturas del Ciclo Desarrollo Profesional | | | | | |
|--|--|--------|-------------------------------------|--------|---------|
| Carga Horaria | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
| 20 Semanales | Actividad práctica: Práctica asistencial ambulatoria y de internación. - Actividad comunitaria y seguimiento familiar-Laboratorio de simulación Reflexión sobre la práctica. | | | | |
| 3 Semanales | ABRP | | | | |
| No presencial | Evidencia orientada al paciente 1 hs | | Tiempo protegido de estudio 4 hs | | |
| Total Semanal: 28 horas | | | | | |

Descripción de las actividades y su carga horaria semanal

Práctica Supervisada: (20 horas semanales)

En cada una de las asignaturas, la/el estudiante tiene que adquirir experiencias en todos los escenarios disponibles (**Practica Supervisada**), siendo responsabilidad del



Grupo Planificador y del/de la Responsable Académico de cada asignatura adecuar esta norma a las condiciones específicas de cada asignatura, determinando los tiempos de permanencia de cada estudiante en, por ejemplo, guardias, consultorios externos, puestos sanitarios, salas de internación.

Se prevén reuniones semanales del grupo de estudiantes con docentes preestablecidos.

Reflexión sobre la práctica:

Actividad conjunta del estudiantado y los/as docentes, acerca de las expectativas, adquisiciones y dificultades con que se toparon en sus actividades diarias. Se abordarán aspectos relativos al profesionalismo y la bioética, así como los relativos a las comunicaciones. Se pondrá énfasis en la interdisciplina, la interprofesionalidad y la multiplicidad de saberes. La actividad de reflexión sobre la práctica se considera constitutiva de la práctica profesional supervisada y se incluye en la carga horaria prevista.

Aprendizaje Basado en Resolución de Problemas (ABRP): 3 horas semanales.

El funcionamiento de dichas reuniones es el de un grupo tutorial con las siguientes particularidades: detectar los conocimientos necesarios para comprender el problema y la exploración de posibles alternativas de resolución. Los problemas que se utilizaran como disparador, en lo posible, provendrán de la práctica realizada en servicio o en territorio (los estudiantes deberán concurrir con un resumen de un paciente o situación seleccionada de la práctica a cada reunión).

Evidencia orientada al paciente: 1 hora semanal

Trabajo autónomo de cada estudiante, mediante el cual realizarán ejercicios de lectura crítica y adecuación de la evidencia con el caso.

Tiempo protegido de estudios: 4 horas semanales

Lineamientos de evaluación y acreditación del ciclo:

La evaluación tendrá las características que se propusieron para la carrera en su totalidad. En cuanto a los aspectos formativos, el uso de múltiples instrumentos y en esta etapa en particular, el énfasis en la evaluación de las competencias. Para este ciclo se prevén: observación de actividades específicas de práctica, reportes de desempeño en actividades de reflexión sobre las prácticas y evaluaciones al finalizar las asignatura de integración y razonamiento clínico. La nota de aprobación de las

asignaturas surge de la integración de todos estos componentes en proporciones preestablecidas. Las herramientas evaluativas complementarias incluyen:

- 1) Habilidades de autoaprendizaje: Evaluación de EOPS (Evidencia Orientada al Paciente) /Desempeño en ABRP/Reflexión sobre la práctica.
- 2) Habilidades clínicas: Evaluación en Simulación/Evaluación Clínica Reducida (EECR).
- 3) Profesionalismo: Evaluación de desempeño en escenarios prácticos.
- 4) Conocimiento médico: Evaluación de razonamiento médico y toma de decisiones.

Las asignaturas son PROMOCIONABLES, en la medida que el estudiantado cumpla con las actividades obligatorias mínimas y alcance el 50 % de en todas las dimensiones de competencias evaluadas.

La no promoción implica que el/la estudiante realice un **proceso de REMEDIACIÓN, durante las primeras 14 semanas** de la unidad curricular siguiente. Para realizar dicha remediación, la cursada se considerará aprobada durante ese lapso exclusivamente.

El incumplimiento de las actividades obligatorias, o una **nota sumativa final inferior a 4 puntos determinan la imposibilidad de la remediación, por lo tanto la DESAPROBACIÓN de la cursada.**

CICLO DE PRÁCTICA FINAL OBLIGATORIA – 1 año – 1632 horas

Descripción general:

La Práctica Final Obligatoria es una instancia de consolidación de las competencias profesionales planteadas en el plan de estudios en una instancia considerada de transición entre la formación de grado y la inserción profesional. En este sentido, los límites entre las tres áreas disciplinares se pierden, ya que la consolidación final de las competencias se plasman en experiencias concretas del ejercicio profesional. Es por ello que este ciclo se centra en la confrontación de las propias competencias del estudiantado con actividades profesionales específicas en distintos territorios y espacios del ejercicio de la profesión. La participación directa y supervisada del estudiantado en distintas tareas médicas, supone que el mismo ha incorporado una

visión integral de sus prácticas y su rol profesional, la capacidad de revisión crítica de su desempeño, habilidades de autoaprendizaje y de trabajo en equipo. Todo esto, les permite insertarse en el campo de la salud ya habiendo realizado un trabajo de síntesis y puesta en marcha de sus competencias, en el mismo contexto en el que desarrollará su vida profesional.

Objetivos y competencias profesionales

En este sentido, en la instancia final de la carrera se espera que cada estudiante consolide y demuestre la adquisición de competencias mediante la realización de Actividades Profesionales Confiables (APROCs) bajo supervisión directa de las y los docentes:

| Asignaturas ciclo Práctica Final Obligatoria | Actividades Profesionales Confiables |
|---|--|
| Medicina ambulatoria y rural | Establecer mapeos de la población a cargo, especialmente mapeo de riesgo y vulnerabilidad socio-sanitaria, atendiendo especialmente a la detección de casos de violencias. |
| | Conocer prácticas de auto-atención y cuidados de la población a cargo. Identificar prácticas locales de salud y autocuidado. |
| | Establecer contactos y relaciones con actores, redes e instituciones clave del territorio. |
| | Establecer el control del paciente con síndrome metabólico o RCV |
| | Realizar el control del niño/a sano menor de 5 años en un marco de derechos. |
| | Proporcionar atención prenatal y posnatal en un marco de derechos. |
| | Conocer el tipo de relaciones humano-animal del territorio y su relación con los perfiles de morbi-mortalidad del mismo. |

| | |
|--|---|
| | Proporcionar atención integral al paciente con enfermedad infecciosa (respiratoria/exantemática/ITS/intestinal/urinaria). |
| | Proporcionar atención integral al paciente con enfermedad de vigilancia epidemiológica (chagas/dengue/tuberculosis/hantavirus/rabia). |
| | Realizar consejería y aplicación de métodos anticonceptivos y otras prácticas de salud sexual y reproductiva en un marco de derechos. |
| | Realizar una interrupción legal del embarazo |
| | Aplicar medidas de rastreo y prevención primaria de enfermedades distintos grupos etarios (niñez/juventud/adultez) |
| | Proporcionar atención ambulatoria integral a pacientes con factores de riesgo cardiovascular |
| | Realizar el control del paciente con enfermedad músculo-esquelética. |
| | Realizar detección de trastornos de la conducta y el estado de ánimo, problematizados por las familias y/o la comunidad. |
| | Realizar detección de uso problemático de sustancias. |
| | Atención inicial y triage en situaciones de emergencias con pacientes múltiples. |
| | Manejar la adecuada comunicación y contención en situaciones de emergencias. |
| | Realizar las acciones iniciales para el manejo de personas en estado de shock. |
| | Realizar reanimación cardiopulmonar. |

| | |
|---------------------------------|---|
| Medicina crítica y de urgencias | Establecer el control del paciente con urgencia respiratoria. |
| | Proporcionar atención integral al paciente con urgencia neurológica. |
| | Otorgar manejo inicial al paciente con una urgencia abdominal |
| | Manejo inicial de intoxicaciones y envenenamientos |
| | Manejo inicial del paciente politraumatizado |
| | Manejo inicial de pacientes quemados y electrocutados |
| | Manejo inicial de pacientes con urgencia psiquiátrica |
| | Proporcionar atención médica al paciente con herida de urgencia |
| | Manejo inicial de pacientes víctimas de violencias |
| Internación | Realizar la recepción y manejo inicial de pacientes adultos con cardiopatía o insuficiencia cardiaca en adultos |
| | Realizar la recepción y manejo inicial de pacientes adultos con insuficiencia hepática aguda o crónica |
| | Realizar la recepción y manejo inicial de pacientes adultos con enfermedad vascular cerebral |
| | Realizar la recepción y manejo inicial de pacientes adultos con diabetes descompensada |
| | Realizar la recepción y manejo inicial de pacientes insuficiencia respiratoria aguda |
| | Realizar la recepción y manejo inicial de pacientes adultos con insuficiencia renal aguda o crónica |

| | |
|---------------------------------------|---|
| | Realizar la recepción y manejo inicial de pacientes enfermedad neoplásica |
| | Manejar de manera adecuada la comunicación de la situación de internación con la/el paciente y sus allegados. |
| Seguimiento longitudinal de pacientes | Evaluar recursos locales, distancias- accesibilidad y movilidad, redes familiares, institucionales y de sociabilidad de personas con enfermedades crónicas. |
| | Realizar un proyecto terapéutico singular en pacientes con enfermedades cardiovasculares o metabólicas crónicas |
| | Realizar proyectos terapéuticos grupales en pacientes con problemáticas crónicas prevalentes. |
| | Fomentar y supervisar prácticas de cuidados y autocuidado. |
| | Asistir y acompañar los cambios vitales-familiares-sociales producidos por la adquisición de un nuevo estatus clínico, consecuencias de enfermedad, discapacidad y/o otros. |
| | Realizar un proyecto terapéutico singular en pacientes con problemas de salud mental. |
| | Realizar un proyecto terapéutico singular en situaciones de duelo. |
| | Asistir y acompañar las decisiones sobre el final de la vida de las personas. |
| | Realizar un proyecto terapéutico singular en pacientes con deterioro cognitivo. |

Estructura curricular del ciclo de Práctica Final Obligatoria

Duración de 1 (un) año organizado en 5 (cinco) asignaturas:

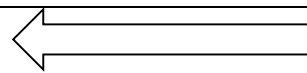
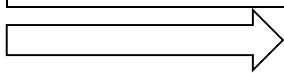
1. Medicina ambulatoria y rural: 12 semanas
2. Medicina crítica y de urgencias 12 semanas
3. Módulo electivo: 12 semanas
4. Internación 12 semanas
5. Seguimiento longitudinal de pacientes (36 semanas)

El desarrollo de las asignaturas Medicina ambulatoria y Rural, Medicina Crítica y de Urgencias e Internación es secuencial, de acuerdo a los requisitos especificados en la tabla de correlatividades, y simultáneo al desarrollo de la asignatura Seguimiento Longitudinal de Pacientes.

El módulo electivo se desarrolla al finalizar las instancias mencionadas anteriormente.

Organización de las asignaturas del Ciclo de Práctica Final Obligatoria

| Medicina Ambulatoria (12 semanas) 28 hs semanales | Medicina crítica y de urgencias 12 semanas 28 hs semanales | Internación (12 semanas) 28 hs/semanales | Módulo Electivo 12 (semanas) 28 hs semanales |
|--|---|--|--|
| Seguimiento longitudinal de pacientes 36 semanas 8 hs semanales | | | Instancia de ajuste y remediación (no obligatoria) |



Alternativa de inicio A

Alternativa de inicio B

últimas 12 semanas

Planificación curricular

Los escenarios de aprendizaje variarán según la asignatura del ciclo PFO e incluirán escenarios ambulatorios, de internación y guardia en cada uno de los Efectores Asistenciales Asociados.

Distribución horaria semanal tentativa de actividades:

| Asignaturas del Ciclo Práctica Final Obligatoria | | | | | |
|--|---|---|-----------|--------|---------|
| Carga Horaria | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
| 24 horas semanales | Actividad en Servicio Asistencial ambulatorio o de internación. Actividad en la comunidad/guardias. (20 horas semanales) Aprendizaje Basado Resolución de Problemas (3 horas semanales) Evidencia Orientada al paciente (1 hora) 24 hs | | | | |
| | Reflexión sobre la práctica 4 hs | Seguimiento longitudinal de pacientes 8 hs | | | |
| Total Semanal: 36 horas | | | | | |

Carga horaria semanal: 36 hs

Descripción de las actividades y carga horaria semanal

Práctica Supervisada: 20 horas semanales

En cada una de las asignaturas el estudiante tiene que adquirir experiencias en todos los escenarios disponibles (**Práctica Supervisada**), siendo responsabilidad del Grupo Planificador y del Responsable Académico de cada asignatura adecuar esta norma a las condiciones específicas.

Se prevén reuniones semanales del grupo de estudiantes con docentes preestablecidos. Estas reuniones serán:

Aprendizaje Basado en Resolución de Problemas (ABRP): 3 horas semanales

El funcionamiento de dichas reuniones es el de un grupo tutorial con las siguientes particularidades: Además de detectar los conocimientos necesarios para comprender el problema, se explorarán posibles alternativas de solución. Es aconsejable que los problemas a ser utilizados como disparador provengan de la práctica realizada en servicio. Para ello, el estudiantado deberá concurrir a cada reunión con un resumen de un paciente o situación seleccionada de la práctica.)

Reflexión sobre la práctica: 4 horas semanales.

Es aconsejable que se realice de manera conjunta entre estudiantado y docentes y gire en torno de las expectativas, adquisiciones y dificultades con que se han

enfrentado en sus actividades diarias. Se abordarán aspectos relativos al profesionalismo, la bioética y la comunicación. Se pondrá énfasis en la interdisciplina.

Evidencia orientada al paciente: 1 hora semanal

Trabajo autónomo de cada estudiante, mediante el cual realizarán ejercicios de lectura crítica con rigurosa metodología académica, a fin de resolver situaciones puntuales de la práctica clínica mediante la cual confrontan sus competencias profesionales.

Seguimiento longitudinal de pacientes: 8 horas semanales

Actividad de aprendizaje en servicio que conjuga el abordaje concreto de un paciente en su contexto real con una adecuada supervisión, logrando singularizar intervenciones, basadas en evidencias médicas, a las características propias del paciente, su familia y comunidad. Permite al estudiante integrar conocimientos de las diferentes áreas de la carrera, vivenciar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados en torno a las determinaciones sociales de la salud y desarrollar estrategias innovadoras de abordaje que se adecuen a la realidad socio-regional de las y los pacientes y sus familias, en un ejercicio de re-contextualización de la práctica médica. Se orienta fundamentalmente al manejo de patologías crónicas y a problemáticas complejas que requieren de un abordaje temporal determinado.

Evaluación

La evaluación tendrá las características que se propusieron para la carrera en su totalidad, incorporará aspectos formativos, será permanente, y se utilizarán múltiples instrumentos. Para este ciclo se prevén: observación de actividades específicas de práctica, reportes de desempeño en actividades de reflexión sobre la prácticas y evaluaciones al finalizar las asignaturas de integración y razonamiento clínico. En este momento, **la evaluación debe reflejar la adquisición de la competencia de manera más completa y cercana a la práctica profesional.** La nota de aprobación de la asignatura surge de la integración de todos estos componentes en proporciones preestablecidas. Las herramientas evaluativas complementarias incluyen:

- 1) Habilidades de autoaprendizaje: Evaluación de EOPS (Evidencia orientada al paciente) /Desempeño en ABRP/Reflexión sobre la práctica.
- 2) Certificación de actividades profesionales confiables (APROCs).
- 3) Profesionalismo: Evaluación de desempeño en escenarios prácticos.



- 4) Conocimiento médico: Evaluación de razonamiento médico y toma de decisiones

Las asignaturas son PROMOCIONABLES, en la medida en que el estudiantado cumpla con las actividades obligatorias mínimas, y alcancen el 50 % de desempeño en todas las dimensiones de competencias evaluadas.

La no promoción implica que el/la estudiante realice un **proceso de REMEDIACIÓN, durante las primeras 14 semanas de la unidad curricular siguiente.** Para realizar dicha remediación, la cursada se considerará aprobada durante ese lapso exclusivamente.

El incumplimiento de las actividades obligatorias, o una **nota sumativa final inferior a 4 puntos determinan la imposibilidad de la remediación, por lo tanto la DESAPROBACIÓN del cursado.**

MAPA CURRICULAR

| n° | Asignatura | Año | Cantidad de Semanas | Horas Semanales | Horas totales | Horas Prácticas totales | Horas Teóricas Totales | Horas teóricas presenciales | Horas teóricas a distancia |
|-----|--|-----|---------------------|-----------------|---------------|-------------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 1 | Introducción al estudio de la medicina | 1 | 8 | 24 | 192 | 120 | 72 | 40 | 32 |
| 2 | Promoción de la salud | 1 | 8 | 24 | 192 | 120 | 72 | 40 | 32 |
| 3 | Vínculos | 1 | 8 | 24 | 192 | 120 | 72 | 40 | 32 |
| 4 | Movimiento | 1 | 8 | 24 | 192 | 120 | 72 | 40 | 32 |
| 5 | Ser humano y entorno | 2 | 8 | 24 | 192 | 120 | 72 | 40 | 32 |
| 6 | Sangre y defensa | 2 | 8 | 24 | 192 | 120 | 72 | 40 | 32 |
| 7 | La respiración | 2 | 8 | 24 | 192 | 120 | 72 | 40 | 32 |
| 8 | Salud cardiovascular | 2 | 8 | 24 | 192 | 120 | 72 | 40 | 32 |
| 9 | Alimentación, nutrición y endocrinología | 3 | 8 | 24 | 192 | 120 | 72 | 40 | 32 |
| 10 | Metabolismo y excreción | 3 | 8 | 24 | 192 | 120 | 72 | 40 | 32 |
| 11 | Salud sexual y reproductiva | 3 | 8 | 24 | 192 | 120 | 72 | 40 | 32 |
| 12 | Discapacidad | 3 | 8 | 24 | 192 | 120 | 72 | 40 | 32 |
| 13 | Curso Optativo I | 3 | 4 | 12 | 48 | 0 | 48 | 32 | 16 |
| 14 | Curso Optativo II | 3 | 4 | 12 | 48 | 0 | 48 | 32 | 16 |
| 15 | Prueba de Suficiencia de Idioma Inglés | | | | | | | | |
| | Evaluación Global | | | | | | | | |
| | Carga horaria obligatoria del ciclo inicial | | | | 2400 | 1440 | 960 | 544 | 416 |
| 16 | Medicina Preventiva, práctica ambulatoria y medicina rural | 4 | 22 | 28 | 616 | 506 | 110 | 110 | 0 |
| 17 | Abordajes quirúrgicos de baja complejidad | 4 | 11 | 28 | 308 | 253 | 55 | 55 | 0 |
| 18 | Urgencias y emergencias | 4 | 11 | 28 | 308 | 253 | 55 | 55 | 0 |
| 19 | Internación | 5 | 22 | 28 | 616 | 506 | 110 | 110 | 0 |
| 20 | Gestión de pacientes crónicos | 5 | 11 | 28 | 308 | 253 | 55 | 55 | 0 |
| 21 | Salud mental y medicina legal | 5 | 11 | 28 | 308 | 253 | 55 | 55 | 0 |
| | Carga Horaria Total del Ciclo de Desarrollo Profesional (*) | | | | 2464 | 2024 | 440 | 440 | 0 |
| 22 | Seguimiento longitudinal | 6 | 36 | 8 | 288 | 216 | 72 | 72 | 0 |
| 23 | Medicina Crítica y de Urgencias | 6 | 12 | 28 | 336 | 242 | 94 | 94 | 0 |
| 24 | Internación | 6 | 12 | 28 | 336 | 242 | 94 | 94 | 0 |
| 25 | Medicina ambulatoria y rural | 6 | 12 | 28 | 336 | 242 | 94 | 94 | 0 |
| 26 | Módulo Electivo | 6 | 12 | 28 | 336 | 242 | 94 | 94 | 0 |
| | Carga horaria total CICLO DE FORMACIÓN PRÁCTICA OBLIGATORIA | | | | 1632 | 1184 | 448 | 448 | 0 |
| | Carga horaria total médico/médica | | | | 6496 | 4648 | 1848 | 1432 | 416 |
| (*) | Todas son consecutivas, en cada año se pueden empezar por la asignatura larga de 22 o por una de las cortas de 11. | | | | | | | | |

| MAPA DE CORRELATIVIDADES | | | |
|---------------------------------|--|----------------------|----------------------|
| Cod | Denominación | | |
| | | (para rendir) | (para cursar) |
| 1 | Introducción al estudio de la medicina | --- | --- |
| 2 | Promoción de la salud | --- | --- |
| 3 | Vínculos | 1 | 1 |
| 4 | Movimiento | 1,2 | 1,2 |
| 5 | Ser humano y entorno | 2,3 | 2,3 |
| 6 | Sangre y defensa | 3,4 | 3,4 |
| 7 | La respiración | 4,5 | 4,5 |
| 8 | Salud cardiovascular | 5,6 | 5,6 |
| 9 | Alimentación, nutrición y endocrinología | 6,7 | 6,7 |
| 10 | Metabolismo y excreción | 7,8 | 7,8 |
| 11 | Salud sexual y reproductiva | 8,9 | 8,9 |
| 12 | Discapacidad | 9,1 | 9,1 |
| 13 | Curso Optativo I | 11 | 11 |
| 14 | Curso Optativo II | 11 | 11 |
| 15 | Examen de suficiencia de idioma | --- | --- |
| 16 | Medicina Preventiva, práctica ambulatoria y medicina rural | 11,12 | 11,12 |
| 17 | Abordajes quirúrgicos de baja complejidad | 11,12 | 11,12 |
| 18 | Urgencias y emergencias | 11,12 | 11,12 |
| 19 | Internación | 16, 18 | 16, 18 |
| 20 | Gestión de pacientes crónicos | 16, 17 | 16, 17 |
| 21 | Salud mental y medicina legal | 16,17 | 16,17 |
| 22 | Seguimiento longitudinal de pacientes | 19,20,21 | 19,20,21 |
| 23 | Medicina Crítica y de Urgencias | 19,20,21 | 19,20,21 |
| 24 | Internación | 19,20,21 | 19,20,21 |
| 25 | Medicina ambulatoria y rural | 19,20,21 | 19,20,21 |
| 26 | Módulo Electivo | 22,23,24,25 | 22,23,24,25 |

CONTENIDOS MÍNIMOS POR ASIGNATURA

| Asignatura | Introducción al estudio de la medicina | | |
|-------------------|--|---|------------------|
| Objetivos | <p>El alumnado, al finalizar la asignatura, deberá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Reconocer el cuerpo de la persona humana en forma global como un todo estructural y funcional, e interpretar la importancia de los métodos de diagnóstico por imágenes. ● Comprender que el destinatario del saber médico es un sujeto situado en una cultura. ● Diferenciar la enfermedad entendida y tratada según parámetros biomédicos y científicos, de la enfermedad como una percepción subjetiva, definida como padecimiento. ● Reconocer el valor de las redes de sociabilidad en el proceso salud-enfermedad. ● Identificar el papel de los distintos actores en un sistema de salud orientado a la atención primaria. ● Demostrar conocimientos de epidemiología clásica, epidemiología clínica, y utilizar herramientas de bioestadística para interpretar los resultados obtenidos a través de su aplicación. ● Entender el conocimiento científico como un producto socio-histórico de Occidente. Reconocer su calidad, sus mecanismos de rigor y crítica, sus aportes en términos de la salud humana, en el marco de una ecología de saberes ● Reconocer los principios de la construcción científica del conocimiento, las diferentes herramientas para la búsqueda bibliográfica, y desarrollar estrategias de búsqueda eficientes. ● Distinguir los principios de la bioética y su relevancia para la práctica médica. Apreciar la necesidad de practicar Medicina Basada en Evidencia a través de la apreciación crítica de literatura científica. | | |
| Contenidos | "Cuerpo individual: estructura y | "Cuerpo en relación al proceso de salud - | "Cuerpo social": |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | funcionamiento.” y | enfermedad-atención- cuidados” | |
| | Ubicación del ser humano en la escala filogenética. Ramas de la anatomía: descriptiva, macroscópica y microscópica, patológica, topográfica y regional, general, funcional, de superficie, antropología física e imaginería anatómica. Terminología anatómica: planos, ejes y posiciones. Criterio morfológico, funcional y aplicado. | Proceso de Salud-Enfermedad. Promoción de la Salud: Principios y técnicas. Atención Primaria de la Salud: situación actual y perspectivas. Epidemiología clásica y epidemiología clínica. Búsqueda bibliográfica: Diferentes fuentes de información. Sistemas de búsqueda. Estrategias eficientes para la búsqueda bibliográfica. Medicina basada en evidencia. Guías utilizadas para la revisión crítica de estudios. Cuestiones de bioética en el uso de la información médica. El consentimiento informado como institución ética y legal. | El cuerpo social: el proceso de hominización como síntesis de naturaleza y cultura. Proceso Salud-enfermedad-atención cuidados: aspectos estructurales. Biomedicina y medicinas: modelos, saberes y formas de atención. Lo normal/lo patológico. Paradigmas y desarrollo científico. Surgimiento de la medicina científica y la mirada clínica. Organización del campo de la salud, Instituciones, actores e intereses. Epidemiología Crítica. Elementos básicos de demografía sanitaria. Principios fundamentales de Bioética Médica: . Autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La determinación social de la salud: introducción |

| | |
|-------------------|---|
| Asignatura | Promoción de la salud |
| Objetivos | <p>El alumnado, al finalizar la asignatura, deberá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprender el concepto de promoción de la salud e identificar en el mismo las relaciones de subsunción entre las dimensiones |

| | | | |
|--------------------------|---|---|--------------------------------|
| | <p>singulares, particulares y generales de la determinación social de la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conocer las tradiciones y experiencias de promoción de la salud en Argentina. ● Conocer las particularidades de la promoción de la salud en entornos urbanos y en entornos rurales. ● Reconocer los procesos de medicalización de la vida. ● Definir, describir y comparar el impacto de las acciones de prevención, promoción diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a nivel individual y colectivo. ● Interpretar los mecanismos que regulan el crecimiento y la diferenciación celular. ● Analizar la capacidad de las células eucariotas para expresar su información genética. ● Interpretar las distintas etapas del desarrollo embrionario. ● Identificar los procesos de adaptación de células y tejidos, interpretando los mecanismos de comunicación celular y su maquinaria molecular. ● Explicar la función de los nutrientes esenciales, su metabolismo y catabolismo en la homeostasis estructural y funcional del organismo. ● Analizar los mecanismos que mantienen en equilibrio dinámico los compartimientos del organismo. ● Interpretar los resultados de un meta-análisis en medicina e identificar los aspectos relevantes a tener en cuenta en la apreciación crítica de un meta-análisis. ● Identificar los aspectos a tener en cuenta en evaluaciones económicas en salud. | | |
| <p>Contenidos</p> | <p>“Cuerpo individual: estructura y funcionamiento.” y</p> | <p>“Cuerpo en relación al proceso de salud - enfermedad-atención-cuidados”</p> | <p>“Cuerpo social”:</p> |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | <p>Entorno físico: Ecosistemas naturales y Determinación genética y epigenética. La célula: estructura y funcionalidad celular. Bioenergética, enzimología y metabolismo. Embriología: etapas del desarrollo embrionario y fetal. Información genética. Comunicación celular. Especialización celular</p> | <p>Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Proceso de Salud-Enfermedad. Promoción de la Salud: Principios y técnicas. Medidas de frecuencia: mortalidad y morbilidad. Causalidad: Criterios de una relación causal. Tratamiento: Evaluación de la intervención. Impacto, eficacia y efectividad. Pronóstico. Revisiones sistemáticas y Meta-análisis en medicina: definición, objetivos, procedimientos, métodos y técnicas del meta-análisis. Guías para la revisión crítica de un meta-análisis. Evaluación de las intervenciones. Aspectos relativos a la entrevista y la comprensión de la experiencia del paciente.</p> | <p>APS: su historia. La medicina social y las políticas de bienestar. Agentes y promotoras de salud en las políticas de salud de la Argentina. La promoción de la salud en el ámbito rural. La promoción de la salud en las ciudades. El campo de la salud en Argentina: desarrollo histórico. Saber, poder y biopolíticas. Medicalización de la vida, tecnologización de la salud. Comunicación y salud. Contexto en el que se desarrollan los PSEAC. Elementos básicos de demografía sanitaria</p> |
|--|---|---|--|

| Asignatura | Vínculos |
|-------------------|---|
| Objetivos | <p>El alumnado, al finalizar la asignatura, deberá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Reconocer la relevancia de la comunicación en distintos niveles de organización como aspecto determinante del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados en general y así como en la relación de médicos y médicas con su objeto de trabajo. |

| | | | |
|--------------------------|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Comprender la construcción intercultural y social de la subjetividad y de las nociones de persona y el modo en que las redes de sociabilidad, las narrativas y trayectorias de las personas y grupos participan de los procesos de salud-enfermedad-atención cuidados. • Explicar los principales mecanismos que participan en la patogenia de las enfermedades del ser humano y los cambios macro y microscópicos que producen cada uno de estos mecanismos • Describir los aspectos biológicos más importantes de los microorganismos y parásitos causantes de enfermedades transmisibles al hombre. • Definir e identificar los mecanismos inmunopatogénicos, tipo de respuesta desencadenada y los efectores de la misma. • Explicar conceptos de farmacología básica. • Reconocer la piel como elemento estructural y en su función de soporte y protección. • Analizar los mecanismos fisiopatológicos en la patología infecciosa, inflamatoria, tumoral y vascular de la piel. • Definir y comparar sistemas de atención de salud haciendo un análisis crítico de cada uno de ellos. • Enumerar diferentes estrategias para la vigilancia de un evento imprevisto y ejemplificar de qué manera la información generada por el Sistema de Vigilancia contribuye en forma efectiva y oportuna a la toma de decisiones en salud. | | |
| <p>Contenidos</p> | <p>“Cuerpo individual: estructura y funcionamiento .” y</p> | <p>“Cuerpo en relación al proceso de salud - enfermedad-atención-cuidados”</p> | <p>“Cuerpo social”:</p> |
| | <p>Concepto de patología y fisiopatología básica. Conceptos de lesiones reversibles e</p> | <p>El rol del médico. Comunicación. Componentes. Tipos de comunicación y factores que la determinan. Comunicación, lenguajes y escucha activa.</p> | <p>Cultura, personalidad, redes interpersonales y familiares. Subjetividad, socialización y sociabilidad. La ley de salud mental en Argentina.</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>irreversibles. Inflamación. Concepto de microbiología básica. Conceptos de farmacología básica. Piel: embriología, características estructurales y funcionales. Fisiología de la piel.</p> | <p>Riesgo: Medidas de efecto y medidas de impacto. Diagnóstico: Validez de pruebas diagnósticas. Diferentes enfoques del concepto de "normalidad". La comunicación en la relación Médico paciente. Componentes de la entrevista. Técnicas de preguntas. Anamnesis. Etapas de la vida, sus características y crisis vitales Entrevista en las diferentes etapas de la vida: entrevista pediátrica, con el adolescente, con el adulto, con el anciano. Entrevista individual y grupal. La visita domiciliaria. Estructuras que vinculan a la persona con el medio: Piel: Dermatitis. Enfermedades infecciosas. Neoplasias benignas y malignas frecuentes</p> | <p>Nociones de persona. Narrativas e identidades en la experiencia del dolor y la enfermedad. Sufrimiento, muerte y duelo en perspectiva sociocultural. Medicina y cultura: distintos abordajes. Lo etéreo desde un punto de vista socio-cultural. Relaciones humanos-no humanos (hanta e hidatidosis desde una perspectiva socio-cultural). Noción de comunidad sana. Sistemas Locales de Salud. Concepto de promoción de la Salud. Estilos de vida y modo de vida, sus implicancias en la salud de la comunidad. Vigilancia de la salud: definición, atributos y propósitos prácticos. Diferentes estrategias para la vigilancia de un evento. Legislación internacional, nacional y provincial. Estudio de brote. Epidemiología de los servicios de salud. Las violencias como problema de salud.</p> |
|--|---|--|--|

| Asignatura | Movimiento | | |
|-------------------|--|--|-------------------------|
| Objetivos | <p>El alumnado al finalizar la asignatura deberá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Describir en las distintas etapas embriológicas el desarrollo osteoartromuscular. ● Relacionar la estructura macroscópica y microscópica con la función del sistema osteoartículomuscular: hueso, cartílago, cápsula articular y sinovial, tendones, ligamentos, meniscos, bursas, músculos. ● Describir tono, postura y movimiento y sus bases físicas. ● Reconocer todos los elementos anatómicos normales del esqueleto axial y del apendicular en los diferentes métodos de diagnóstico por imágenes. ● Identificar los procesos fisiopatológicos en relación con las patologías hereditaria, tumoral, metabólica, infecciosa e inflamatoria prevalentes que afectan al sistema de soporte y movimiento. ● Integrar los principios etiopatogénicos al uso racional farmacológico y de laboratorio de diagnóstico. ● Calcular e interpretar los indicadores estadísticos sanitarios más frecuentes. ● Utilizar herramientas de Bioestadística para recolectar, organizar, resumir y presentar casos de accidentes que comprometen al sistema de soporte y movimiento. ● Construir situaciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades relacionadas con enfermedades prevalentes del sistema osteoartromuscular. ● Distinguir entre nociones de funcionalidad y normalidad en el abordaje del movimiento del cuerpo humano. ● Comprender el proceso de transición demográfica. ● Integrar las dimensiones laborales y etáreas en el estudio del cuerpo humano. ● Reconocer la dimensión espacial, social e infraestructural de la movilidad humana. | | |
| Contenidos | “Cuerpo individual: | “Cuerpo en relación al proceso de salud - | “Cuerpo social”: |

| | estructura y funcionamiento .” y | enfermedad-atención-cuidados” | |
|--|---|---|--|
| | <p>Embriología, Estructura y función del aparato musculoesquelético. Proteínas contráctiles y estructurales. Metabolismo del glucógeno muscular. Glucólisis, formación de lactato. El agua y los minerales en el mantenimiento osteoarticular. El control del tono, la postura y el movimiento. La placa neuro motora. Los reflejos. Noxas y patologías principales del aparato osteomuscular. Bases farmacológicas de los medicamentos</p> | <p>Determinación de peso, talla e Índice de masa corporal. Signos vitales. Nivel de conciencia. Anamnesis orientada al problema y tradicional de pacientes con patologías de la piel, faneras y sistema osteo-artro-muscular teniendo en cuenta los antecedentes personales, familiares laborales, traumatológicos y hábitos. Examen físico: Inspección, palpación y movilidad de los diferentes componentes del sistema osteo-artro-muscular. Consideraciones particulares y comprensión de la enfermedad en pacientes con discapacidad. Herramientas de estadística descriptiva: recolección, organización, resumen y presentación de la información generada a partir de casos de accidentes que comprometen al sistema de soporte y movimiento. Atención inicial del trauma: establecer</p> | <p>Funcionalidad-normalidad. El cuerpo sano: trabajo, condiciones de vida y ciclo vital. El cuerpo en movimiento: ocio, esparcimiento, juego en las nociones de lo saludable. Teoría de la transición demográfica: explicaciones económicas y sociales. Problemas sociales relacionados con la dinámica de la población, en países en distintas etapas de transición demográfica: efecto sobre la estructura por edad, el envejecimiento de las poblaciones, el nivel de reemplazo. Salud y movilidad: vialidad, infraestructura y políticas sanitarias.</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>que producen efectos sobre el sistema locomotor.</p> | <p>rangos de urgencias frente a traumas articulares u óseos para su tratamiento o traslado. Capacitarse para proceder (en el lugar de los accidentes o catástrofes) a rescatar, clasificar (según la gravedad de las patologías), trasladar o tratar a los lesionados, basándose en la aplicación práctica de los conocimientos previamente adquiridos</p> <p>Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la patología prevalente del sistema locomotor</p> | |
|--|---|--|--|

| Asignatura | Ser humano y entorno |
|-------------------|---|
| Objetivos | <p>El alumnado, al finalizar la asignatura, deberá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identificar las etapas de desarrollo embriológico, localizar las estructuras micro y macroscópicas del sistema nervioso y determinar sus funciones. ● Interpretar las estructuras anatómicas normales a través de las imágenes (TAC, IRM, RX, Angiográficas). ● Describir las características de las sinapsis químicas y eléctricas. ● Identificar los mecanismos fisiopatológicos presentes en las enfermedades neurológicas prevalentes y las bases farmacológicas en la terapéutica neurológica. ● Reconocer la especialización cortical y las funciones cognitivas superiores incluyendo lenguaje, memoria, abstracción, aprendizaje, cálculo, concentración. ● Interpretar los estados de conciencia, vigilia y sueño. ● Entender la personalidad y el comportamiento individual como una síntesis de lo heredado, lo biográfico y las múltiples socializaciones. |

| | | | |
|--------------------------|--|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer las políticas y abordajes de la salud mental comunitaria. • Conocer los rasgos centrales de la producción y consumo de medicamentos en escala regional y nacional. • Conocer, describir y analizar cómo inciden los consumos problemáticos, las adicciones y las violencias, en la salud de las personas y sus comunidades. • Analizar la validez y confiabilidad de un instrumento utilizado para valorar patologías del sistema nervioso. | | |
| <p>Contenidos</p> | <p>“Cuerpo individual: estructura y funcionamiento.” y</p> | <p>“Cuerpo en relación al proceso de salud - enfermedad-atención-cuidados”</p> | <p>“Cuerpo social”:</p> |
| | <p>Mecanismos neuronales primitivos. Embriología, estructura y función del sistema nervioso central y periférico. Embriología, estructura y función de los órganos de los sentidos. Estado de conciencia y sus alteraciones. Fisiopatología de los grandes síndromes neurológicos. Funciones</p> | <p>Historia Clínica. Examen físico del sistema nervioso central y periférico. Características clínicas de los grandes síndromes neurológicos. Demencias. Herramientas de Bioestadística descriptiva e inferencial. Probabilidad. Entrevista con el paciente con padecimiento mental. Examen Actual. Confección de la Historia Clínica en Salud Mental. Funciones Intelectuales Básicas y Superiores. Estados de la conciencia. Estudios complementarios: Escalas de evaluación. Punción Lumbar. Forma y oportunidad en la</p> | <p>Salud mental comunitaria. Salud rural y salud urbana. Lo genético y lo epigenético en la salud de las personas y las poblaciones. Consumo problemático de sustancias y efectos sobre el SNC. Investigación científica, industria farmacéutica y mercado. El consumo de medicamentos y otras sustancias en el mundo y en Argentina. Alcoholismo, género y violencias. Adicciones, violencia y</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>cerebrales básicas y superiores. Comportamiento . Fármacos con efectos terapéuticos, tóxicos y adversos en el sistema nervioso. Funciones cerebrales básicas y superiores y comportamiento. Atención. Memoria. Sensopercepción. Pensamiento forma y contenido. Comportamiento y emoción: Procesos neurofisiológicos de la emoción. Ansiedad: Neurofisiología</p> | <p>transmisión de noticias difíciles. Principales anomalías de los organos de los sentidos Estado de conciencia y sus alteraciones. Traumatismos del Sistema Nervioso. Enfermedades cerebrovasculares. Epilepsia. Enfermedades y síndromes extrapiramidales. Enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso. Lesiones del Sistema Nervioso Periférico. Lesiones del Sistema Muscular relacionadas con la Neurología. Síndromes miasténicos y Miastenia Gravis. Lesiones desmielinizantes prevalentes. Farmacología general del Sistema Nervioso. Alteraciones del pensamiento. Afectividad. Voluntad. Juicio Crítico: concepto y alteraciones. Cuantificación del error en las mediciones. Tipos de errores. Otoscopía. Evaluación Auditiva. Rinoscopía. Examen ocular. Fondo de Ojo</p> | <p>riesgo: historia, conceptos y consecuencias. Diferencias entre drogas legales e ilegales.</p> |
|--|--|---|--|

| Asignatura | Sangre y defensa |
|-------------------------|--|
| <p>Objetivos</p> | <p>El alumnado, al finalizar la asignatura, deberá ser capaz de:</p> <p>Reconocer como componentes principales del sistema linfomieloide a la sangre periférica y los órganos productores: médula ósea, órganos linfáticos y tejidos asociados, describiendo su localización y estructura anatómica e histológica y su organización funcional.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Interpretar las características de los compartimientos hemopoyéticos, de la célula madre pluripotencial y de su progenie, y la influencia de los factores de crecimiento y diferenciación celular en relación con los problemas asociados a alteraciones. ● Reconocer las características estructurales, funcionales y regulatorias de las líneas celulares mieloides y linfoides, identificando los componentes celulares maduros y la cinética de formación y recambio de eritrocitos, leucocitos y plaquetas. Interpretar anomalías de las tres líneas celulares, relacionándolas con la fisiopatología y los datos de laboratorio. ● Describir la fisiopatología y etiopatogenia en los desórdenes de la coagulación de la sangre y en las alteraciones de los vasos linfáticos y órganos linfáticos. ● Interpretar los mecanismos inmunes normales y patológicos. ● Explicar los mecanismos de acción y farmacocinética de los fármacos usados en el tratamiento, y la importancia terapéutica de las transfusiones, inmunoterapia y trasplante de médula ósea. ● Utilizar diferentes herramientas para seleccionar el diagnóstico más apropiado, cuando se trabaja con determinaciones bioquímicas en sangre ● Definir, describir y comparar el impacto de las acciones de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a nivel individual y colectivo. ● Conocer y recomendar medidas de rastreo según grupo etario y de acuerdo a una evidencia ● Reconocer la diversidad cultural de nociones del cuerpo humano. ● Conocer las políticas sanitarias, a escala nacional y global, respecto a HIV y donación de sangre. |

| | <p>“Cuerpo individual: estructura y funcionamiento .” y</p> | <p>“Cuerpo en relación al proceso de salud - enfermedad-atención-cuidados”</p> | <p>“Cuerpo social”:</p> |
|--------------------------|---|--|---|
| <p>Contenidos</p> | <p>componentes estructurales y función del sistema linfomielode. Compartimientos hematopoyéticos . Factores de crecimiento y diferenciación celular. Hemoglobina. Compartimientos del hierro del organismo. Inmunidad celular y humoral. Alteraciones de la respuesta inmune. Trombopoyesis y coagulación. Fármacos con efectos terapéuticos, tóxicos y adversos en el sistema linfomielode</p> | <p>Historia Clínica. Examen Físico. Fisiopatología. Síndrome anémico. Síndrome de diátesis hemorrágica. Síndromes linfo y mieloproliferativos. Semiología de las adenopatías. Trastornos de la coagulación y trombosis. Enfermedad trombo-embólica. Desórdenes genéticos, inflamatorios, traumáticos y tumorales de los vasos linfáticos, amígdalas, ganglios linfáticos, timo y bazo. Signos y síntomas. Exámenes complementarios. Etiopatogenia y fisiopatología. Uso de la farmacología en las patologías linfohemáticas. Uso de una herramienta de la Epidemiología clínica: Evaluación del Diagnóstico. Cálculo de sensibilidad, especificidad, valores predictivos y cociente de verosimilitud de una prueba</p> | <p>La variación sociohistórica de la inmunidad de las personas y las poblaciones. Secreciones, límites corporales, pureza y contaminación como procesos culturalmente moldeados. Salud internacional. Las vacunas: investigación y políticas. VIH en la salud internacional. Identidades y organizaciones de pacientes y familiares. Donación de sangre: historia y políticas en la Argentina. Medio ambiente físico y proceso de salud enfermedad. Contaminación ambiental por medios químicos y físicos en las comunidades con afectación directa en la salud de las personas. PCB y leucemia. Anemia</p> |

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| | <p>diagnóstica basada en una determinación bioquímica en sangre. Interpretación y uso de las curvas ROC para la determinación del mejor punto de corte. Medidas de rastreo basadas en evidencia.</p> | <p>y factores socio-culturales.</p> |
|--|--|-------------------------------------|

| Asignatura | La respiración |
|-------------------------|---|
| <p>Objetivos</p> | <p>El estudiantado, al finalizar la asignatura, deberá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Interpretar el desarrollo embriológico del aparato respiratorio. ● Describir la estructura macro y microscópica de los distintos componentes de la vía aérea y relacionarlos con el proceso de la respiración. ● Describir y explicar el concepto o definición de cada enfermedad, sus signos y síntomas. ● Identificar las causas de las patologías y describir los mecanismos fisiopatogénicos involucrados en cada enfermedad y las alteraciones que se producen en los diversos órganos. Correlacionar dichas alteraciones con los signos y síntomas. ● Identificar los métodos complementarios de diagnóstico y su utilidad ante las diferentes patologías respiratorias. Interpretar los resultados de los mismos. ● Interpretar los mecanismos de acción, la farmacocinética, la farmacodinamia, los efectos adversos, las interacciones e indicaciones clínicas de los distintos grupos farmacológicos referidos al aparato respiratorio. ● Conocer y recomendar medidas de rastreo según grupo etario y de acuerdo a una evidencia sostenible. ● Aplicar los conceptos de probabilidad y riesgo para explicar la aparición de un problema respiratorio en un individuo o población. ● Cuantificar la asociación entre factor y enfermedad respiratoria. |

| | | | |
|-------------------|--|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Reconocer las relaciones entre ambiente, contaminación y salud respiratoria. ● Conocer las políticas sanitarias sobre tabaquismo, tuberculosis y enfermedades respiratorias. | | |
| Contenidos | “Cuerpo individual: estructura y funcionamiento .” y | “Cuerpo en relación al proceso de salud - enfermedad-atención-cuidados” | “Cuerpo social”: |
| | Desarrollo embriológico del sistema respiratorio. Estructura y función del sistema respiratorio. Circulación pulmonar. Gasometría arterial. Transferencia y transporte de gases por la sangre. Estado ácido-base. Farmacología respiratoria: B2 agonistas, anticolinérgicos, corticoides, adrenalina. Terapia antituberculosa | Realizar Historias Clínicas. Prevención de la enfermedad: Tabaquismo, enfermedades laborales, tóxicas e infecciones. Terminología normal y patológica. Examen Físico. Fisiopatología, historia natural, presentación clínica en las principales patologías del aparato respiratorio. Enfoque Clínicos en: Cianosis y/o Hipoxia. Disnea. Tos. Hemoptisis | Salud respiratoria y calidad del aire. Salud respiratoria y trabajo. Salud respiratoria y toxicidad. El tabaquismo y la tuberculosis: relaciones entre problematización social, investigación científica, tratamientos médicos y políticas sanitarias. Medio ambiente urbano/rural y contaminación, sistemas de producción y consumo. Salud y derechos de las personas y la naturaleza |

| Asignatura | Salud cardiovascular |
|-------------------------|---|
| <p>Objetivos</p> | <p>El alumnado, al finalizar la asignatura, deberá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Describir las bases genéticas y ambientales de la diferenciación celular para el desarrollo embriológico y las características generales de organogénesis del sistema cardiovascular. ● Conocer las principales relaciones entre género, clase, trabajo y salud cardiovascular. ● Reconocer las variabilidad socio-cultural de las formas de enfermar y percibir dolor; así como de los hábitos estilos de vida que se relacionan con la salud cardiovascular. ● Ubicar y relacionar entre sí las diferentes estructuras anatómicas microscópicas y macroscópicas del sistema cardiovascular; y relacionar las distintas estructuras con la visión obtenida por los distintos estudios por imágenes. ● Conocer el funcionamiento de las distintas estructuras del sistema cardiovascular, y el papel del sistema nervioso, y de los factores humorales y locales que actúan sobre dicho funcionamiento. ● Interpretar el electrocardiograma en situaciones normales y patológicas. ● Reconocer la respuesta del sistema cardiovascular a las distintas injurias y los mecanismos de agresión y patogenia. ● Identificar en situaciones de malformaciones los efectos funcionales de estas. ● Conocer los distintos mecanismos fisiopatológicos de las principales entidades patológicas cardíacas. ● Conocer la epidemiología y las políticas sanitarias en Argentina sobre salud cardiovascular. ● Analizar la dinámica y la cinética de las drogas para la elección y utilización de los fármacos en terapéutica cardiovascular, como así también los conceptos y clases de efectos indeseables, de interacciones medicamentosas, margen, ventana e índice terapéutico. ● Calcular medidas de frecuencia de enfermedad cardiovascular e identificar diferentes enfoques del concepto de "normalidad" para el caso de la presión arterial. |

| | <p>“Cuerpo individual: estructura y funcionamiento.” y</p> | <p>“Cuerpo en relación al proceso de salud - enfermedad-atención-cuidados”</p> | <p>“Cuerpo social”:</p> |
|--------------------------|---|---|--|
| <p>Contenidos</p> | <p>embriología del corazón y el sistema vascular. Estructura y función del corazón y sistema vascular central y periférico. Presión arterial. Aterogénesis- Fisiopatología de la insuficiencia cardíaca y la hipertensión arterial. Farmacología de los sistemas monoaminérgicos periféricos y centrales, de los trombolíticos, antiagregantes plaquetarios y vasodilatadores coronarios. Antihipertensivos</p> | <p>Reanimación Cardiopulmonar. Historia Clínica. Examen Físico Cardiológico. Hipertensión Arterial. Valvulopatías mitral y aórtica. Reanimación Cardiopulmonar. Exploración cardiovascular a través de Rayos X, Tomografía Axial Computada, Resonancia magnética por imágenes, Angiografía, ecografía Terapéutica cardiovascular, efectos indeseables y sus interacciones. Prevención de enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones. El Electrocardiograma normal. Los ruidos cardíacos: características. Insuficiencia Cardíaca (IC). Disfunción sistólica y disfunción diastólica. Modificaciones neurohumorales y endocrinas en la IC.</p> | <p>Género, clase y trabajo en la salud cardiovascular. Epidemiología mundial de los problemas cardiovasculares y relaciones con el capitalismo global. Políticas sanitarias. Investigación científica y protocolos. Las narrativas socioculturales de la enfermedad. Aspectos discursivos, culturales, éticos y de género en la percepción y descripción del dolor y el sufrimiento. Estrategias comunitarias. Cambios en los hábitos y estilos de vida, estrategias</p> |

Alteraciones de la respiración en la IC. Disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, asma cardíaco. Alteraciones de la hematosiis y de la utilización de oxígeno. Cianosis central y periférica. Repercusiones funcionales y estructurales de la IC en diversos órganos: hígado, cerebro, riñón, osteoarticular. Alteraciones del balance hidrosalino en la IC. Edemas. Edema agudo de pulmón (EAP). Tromboembolismo Pulmonar: modificaciones hemodinámicas. Cor. Pulmonar Agudo (TEP) Infarto de Pulmón: condiciones predisponentes; alteraciones de la relación perfusión – ventilación. Corazón Pulmonar Crónico. Arritmias. Enfermedad coronaria aterosclerótica. Angina de pecho. Angina estable e inestable. Infarto de miocardio. Modificaciones hemodinámicas. Complicaciones mecánicas y arritmias en el IAM. Miocardiopatías Pericarditis. Endocarditis. Hipertensión arterial. Tumores cardíacos:

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>primarios y secundarios. Enfermedades de las arterias. Enfermedad de las venas. Otras patologías de la circulación. Shock. Uso de una herramienta de la Epidemiología clínica: Evaluación del Riesgo. Cálculo de medidas de riesgo de una patología respiratoria. Objetivos de la Medicina Preventiva. Cambios en el razonamiento médico y toma de decisiones. MBE. Rastreo para Cáncer de Pulmón. Prevención de enfermedades respiratorias. Estrategias comunitarias. Asma y Contaminación del medio ambiente</p> | |
|--|--|---|--|

| Asignatura | Alimentación, nutrición y endocrinología |
|-------------------|---|
| Objetivos | <p>El estudiantado, al finalizar la asignatura, deberá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Entender la alimentación y la comensalidad en su multidimensionalidad económica, ambiental, social y cultural. ● Reconocer la estructura macroscópica y microscópica normal y patológica del tubo digestivo y el uso de métodos auxiliares de exploración. ● Identificar la estructura y función de los órganos accesorios de la digestión, del peritoneo y sus deflexiones. ● Relacionar como un todo la estructura y función del sistema digestivo y comparar los procesos regulados e integrados entre sí. |

- Definir los procesos de digestión mecánica y química, diferenciando los principales jugos y enzimas digestivas, el nutriente que cataliza cada una y los productos resultantes.
- Identificar los mecanismos de deglución, masticación, eliminación y defecación.
- Explicar los procesos fisiopatológicos subyacentes en las patologías prevalentes del aparato digestivo.
- Reconocer los determinantes del medio ambiente en la salud de las comunidades y las herramientas para su diagnóstico y tratamiento.
- Identificar la función del sistema en el control de los alimentos.
- Diferenciar los conceptos de eficacia y efectividad de un tratamiento y evaluar el impacto del mismo para una patología del sistema digestivo
- Ubicar las estructuras macroscópicas y microscópicas normales y patológicas del sistema endocrino metabólico, relacionarlas con la visión obtenida por imagenología, definiendo el método (RX, ultrasonido, tomografía computada, resonancia magnética nuclear).
- Describir los conjuntos de signos y síntomas (síndromes) que constituyen los cuadros clínicos correspondientes a los patologías más importantes del aparato digestivo, y explicar los mecanismos fisiopatológicos de producción.
- Analizar la dinámica y la cinética de las drogas para la elección y utilización de los fármacos en terapéutica .Aplicar correctamente los principios farmacodinámicos y los datos farmacocinéticas a problemas concretos relacionados con patologías y estados fisiológicos particulares (infancia, embarazo, vejez, etc.).
- Reconocer las distintas formas de diagnóstico de los trastornos nutricionales deficitarios, y desarrollar estrategias para la prevención primaria de la desnutrición desde la perspectiva de la salud comunitaria.
- Comprender a grandes rasgos el funcionamiento de los sistemas de producción de alimentos, las industrias alimentarias, sus actores e instituciones en relación con las problemáticas de salud.
- Comprender el concepto de soberanía alimentaria.

| | | | |
|-------------------|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Reconocer los mecanismos de biosíntesis hormonal y mecanismos de acción de las distintas hormonas e identificar los procesos de regulación de los diferentes ejes endocrinos con los fenómenos que acompañan a la hipo e hipersecreción de las diferentes glándulas. Identificar las pruebas de laboratorio que ayudan a su diagnóstico. ● Describir los conjuntos de signos y síntomas (síndromes) que constituyen los cuadros clínicos correspondientes a las patologías más importantes, y explicar los mecanismos fisiopatológicos de producción. ● Analizar la dinámica y la cinética de las drogas para la elección y utilización de los fármacos en terapéutica .Aplicar correctamente los principios farmacodinámicos y los datos farmacocinéticas a problemas concretos relacionados con patologías y estados fisiológicos particulares (infancia, embarazo, vejez, etc.). ● Conocer la epidemiología y las políticas sanitarias sobre nutrición y desnutrición. ● Desarrollar habilidades para la correcta educación del paciente en relación a medidas preventivas primarias y secundarias en enfermedades endocrinológicas y metabólicas. ● Reconocer los criterios de la relación causa-efecto en una patología del sistema endocrino-metabólico, y redactar correctamente un informe científico. | | |
| Contenidos | “Cuerpo individual: estructura y funcionamiento .” y | “Cuerpo en relación al proceso de salud - enfermedad-atención-cuidados” | “Cuerpo social”: |
| | Embriología del aparato digestivo. Estructura y función del aparato digestivo. Patología | Historia Clínica. Examen físico. Obesidad y desnutrición. Signos y síntomas en patologías endocrinas. Semiología de la Glándula Tiroides: Principales causas de agrandamiento difuso y | Cultura, alimentos y comensalidad. Mercado e industrias alimentarias. Historicidad de la alimentación y las dietas. Soberanía alimentaria y soberanía sobre el propio cuerpo. |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | <p>prevalente del aparato digestivo. Enteroparasitosis. Valoración nutricional. Eje endócrino. Mecanismo de acción de las hormonas. Regulación del sistema endócrino. Tejido glandular. Principales alteraciones del sistema endócrino</p> | <p>nodular de la tiroides. Síndrome de hipo e hiperfunción. Dietas. Cuidado del paciente en situaciones especiales (aspectos culturales, religiosos y étnicos) .Anorexia y bulimia .Desnutrición infantil: epidemiología. Valoración nutricional. Abordaje desde el riesgo. Promoción de hábitos saludables. Detección precoz y abordaje familiar. Consecuencias del diagnóstico tardía. Participación comunitaria en los problemas nutricionales. Búsqueda de las causas de la aparición de una patología del sistema endocrino-metabólico.</p> | <p>Multidimensionalidad de las relaciones entre hormonas y comportamiento. Información nutricional de los alimentos. Sistemas de producción de alimentos, el impacto sobre los patrones de consumo. Organizaciones sociales, activismo, leyes y políticas sobre alimentación y nutrición en Argentina. Desnutrición y Hambre: indicadores y programas</p> |
|--|--|--|---|

| | |
|-------------------|---|
| Asignatura | Metabolismo y excreción |
| Objetivos | <p>El estudiantado, al finalizar la asignatura, deberá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identificar el desarrollo embriológico normal y reconocer macro y microscópicamente las estructuras normales del sistema urinario y hepatobiliar ● Conocer la multidimensionalidad de la problemática de la diabetes a escala de los individuos y las poblaciones. |

| | | | |
|-------------------|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Conocer a grandes rasgos las políticas sanitarias sobre diabetes y las regulaciones estatales en torno de la producción y consumo de alimentos azucarados. ● Relacionar la estructura con la función normal y las diferencias a lo largo de la vida del sistema urinario y hepatobiliar. ● Reconocer los mecanismos que mantienen la homeostasis del cuerpo humano, incluyendo el equilibrio de agua y electrolitos, el mantenimiento de un pH óptimo para la función celular y el papel del sistema urinario en ambos procesos y en la excreción. ● Interpretar la anatomía patológica macro y microscópica y la fisiopatología del sistema urinario y hepatobiliar ● Correlacionar la signo-sintomatología con la patología y la fisiopatología del sistema renoureteral y hepatobiliar. ● Identificar las pruebas de laboratorio y exámenes complementarios que ayudan al diagnóstico de patología renales y hepáticas, e interpretar los resultados de los mismos. ● Analizar la dinámica y la cinética de las drogas para la elección y utilización de los fármacos en terapéutica de enfermedad renal y hepática . ● Reconocer historia natural, curso clínico y pronóstico en una patología renal y hepática ● Buscar y Valorar un meta-análisis sobre tratamiento de alguna patología renal. ● Describir, interpretar e integrar los grandes procesos metabólicos en situaciones normales y en distintas patologías, explicando los procesos que relacionan generación y liberación de energía. | | |
| Contenidos | “Cuerpo individual: estructura y funcionamiento” | “Cuerpo en relación al proceso de salud - enfermedad-atención-cuidados” | “Cuerpo social”: |
| | metabolismo de hidratos de carbono. Metabolismo de lípidos. | Regulación de la glucemia: Páncreas endocrino. Hormonas. Fisiopatología de la Diabetes. Fisiología del Metabolismo | Determinación social de la diabetes. Consecuencias en las familias y las comunidades . La industria alimentaria, la |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>Metabolismo de proteínas.</p> <p>Regulación de la glucemia.</p> <p>Embriología, estructura y función del aparato urinario y sistema hepatobiliar</p> <p>Principales alteraciones del metabolismo de hidratos de carbono, lípidos y proteínas.</p> <p>Principales alteraciones del sistema renal y hepatobiliar.</p> | <p>Intermedio. Diagnóstico control y seguimiento de la Diabetes Tipo I y II. Tratamiento. Complicaciones Crónicas. Diabetes Mellitus y Embarazo.</p> <p>Búsqueda de las causas de la aparición de una patología del sistema endocrino-metabólico.</p> <p>Historia Clínica. Examen físico. Orina: Características.</p> <p>Fisiopatología y enfoque de: Dolor lumbar. Además. HTA. Alteración en valores de urea y creatinina.</p> <p>Interpretación de: Síndrome nefrótico y nefrítico. Hematuria. Disuria. Piuria. Poliuria</p> <p>Bases farmacológicas de la patología renal y nefrotoxicidad por drogas.</p> <p>Uso de herramientas de la Epidemiología clínica: Evaluación del Pronóstico de una patología renal y Evaluación de un meta-análisis sobre tratamiento de alguna patología renal.</p> | <p>industria del azúcar; el sector azucarero y las políticas públicas.</p> <p>Consumo de bebidas azucaradas. Publicidad y enseñanza para la salud.</p> <p>Diabetes, evolución histórica de la enfermedad y sus posibles explicaciones.</p> |
|--|--|---|--|

| | |
|-------------------|---|
| Asignatura | Salud sexual y reproductiva |
| Objetivos | El alumnado, al finalizar esta asignatura, debe ser capaz de: |

- Diferenciar entre salud sexual y salud reproductiva.
- Reconocer la multidimensionalidad de la sexualidad humana y la integralidad en su abordaje.
- Conocer el desarrollo embriológico del sistema reproductor masculino y femenino.
- Reconocer la estructura y función del sistema reproductor masculino y femenino.
- Identificar la estructura y función de la glándula mamaria.
- Reconocer los mecanismos fisiopatológicos y patología de las enfermedades prevalentes en el sistema reproductor masculino y femenino.
- Analizar los mecanismos fisiopatológicos de las infecciones de transmisión sexual
- Desarrollar habilidades para la correcta confección de un Historia Clínica en problemáticas de salud sexual
- Realizar un completo examen físico genital masculino y femenino. Saber realizar un diagnóstico del embarazo. Reconocer los mecanismos y consecuencias de la Hormonización Conocer los diferentes métodos de Anticoncepción.
- Desarrollar de manera eficiente y adecuada un examen clínico general de la embarazada y semiología Fetal. Saber interpretar la fisiopatología de los diferentes signos y síntomas
- Comprender a grandes rasgos las relaciones entre sexualidad, subjetividad y género.
- Reconocer aspectos relacionados con la salud sexual integral de las personas, en cada ciclo de vida.
- Discutir sobre la historicidad de la reproducción humana y de la anticoncepción.
- Conocer la noción de persona gestante, y la relación entre anticoncepción y derechos.
- Analizar desde la bioética y la política temáticas como fertilización asistida y la hormonización
- Reconocer y analizar aspectos de las personas intersex.

| | | | |
|-------------------|---|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Conocer y analizar las leyes y políticas de salud sexual y procreación responsable, género y diversidad de Argentina. | | |
| Contenidos | “Cuerpo individual: estructura y funcionamiento.” y | “Cuerpo en relación al proceso de salud - enfermedad-atención-cuidados” | “Cuerpo social”: |
| | Desarrollo embriológico del sistema reproductor masculino y femenino. Estructura y función del sistema reproductor masculino y femenino. Estructura y función de la glándula mamaria. Mecanismos fisiopatológicos y patología de las enfermedades prevalentes en el sistema reproductor masculino y femenino. Infecciones de transmisión sexual | Historia Clínica. Examen físico genital masculino y femenino. Diagnóstico del embarazo. Género-Sexo Hormonización Anticoncepción. Métodos Examen clínico general de la embarazada. Semiología Fetal. Interpretación fisiopatológica de los diferentes signos y síntomas | Sexualidad, subjetividad y género. Salud sexual integral de las personas, sexualidad y ciclo de vida. Sexualidad y adolescencia. Sexualidad en la vida adulta. Sexualidad y vejez. Historicidad de la reproducción humana y de la anticoncepción. Noción de persona gestante, anticoncepción y derechos. Bioética y política en la fertilización asistida y la hormonización. Personas intersex. Las políticas de salud sexual y procreación responsable en Argentina. Género, diversidad y disidencias. Activismo, derechos y salud integral |

| Asignatura | | Discapacidad | |
|-------------------|---|--|-------------------------|
| Objetivos | <p>El alumnado, al finalizar esta asignatura, debe ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer noxas y alteraciones genéticas que favorecen la aparición de anomalías del desarrollo embrionario. • Describir la estructura macro y microscópica de los distintos componentes del desarrollo patológico • Describir y explicar el concepto de discapacidad • Reconocer y analizar las determinaciones sociales e históricas del concepto de discapacidad. • Conocer la multidimensionalidad del fenómeno de la discapacidad, su variabilidad histórica y su aspecto infraestructural. • Identificar las causas de las patologías y describir los mecanismos fisiopatológicos involucrados en cada enfermedad que conllevan a una discapacidad • Reconocer a la persona con discapacidad como un sujeto de derecho • Conocer, analizar y aplicar a la práctica los aspectos normativos y legales en el ámbito de la discapacidad • Desarrollar aspectos relacionados al diagnóstico y seguimiento de personas con discapacidad • Reconocer los derechos de las personas con discapacidad y su familia. • Reconocer las dimensiones de la sexualidad, el género, la reproducción y la crianza en las personas con discapacidad. • Reconocer instrumentos para diagnóstico y categorización de la discapacidad • Identificar los fármacos más frecuentemente utilizados en personas con discapacidad y reconocer su forma de acción y efectos adversos | | |
| Contenidos | <p>“Cuerpo individual: estructura y funcionamiento.” y</p> | <p>“Cuerpo en relación al proceso de salud - enfermedad-atención-cuidados”</p> | <p>“Cuerpo social”:</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | <p>Deterioro cognitivo.</p> <p>Discapacidad motora, intelectual, visceral, sensorial; caracterización, y patologías principales.</p> | <p>Normativas Nacionales e Internacionales.</p> <p>Convención Internacional para Personas con Discapacidad. Modos de interpretación de la discapacidad. Modelos de atención. Historia Clínica. Patologías frecuentes-asociadas-complicaciones. Seguimiento de personas con discapacidad.</p> <p>Entrevistas a familias y personas en situación de discapacidad. Discapacidad transitoria</p> | <p>Sociedad, familia y persona en la discapacidad: entornos, infraestructuras y cuidados. Las discapacidades: significación cultural, variación histórica. Tecnologías y dispositivos: el papel de la investigación, los mercados y la seguridad social. Políticas de reconocimiento, integración y rehabilitación.</p> <p>Discapacidad, reproducción, género, crianza y sexualidad</p> |
|--|--|--|---|

| Asignatura | Medicina Preventiva, práctica ambulatoria y medicina rural |
|-------------------|--|
| Objetivos | <p>El alumnado, al finalizar esta asignatura, debe ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tomar decisiones científicamente fundadas para realizar acciones de medicina preventiva en distintos grupos poblacionales, incluyendo inmunizaciones, medidas de rastreo y quimioprofilaxis. ● Conocer las herramientas que permitan el mapeo de personas, instituciones y redes. ● Conocer las herramientas que permitan la geo-referenciación de la población. ● Poder reconocer y en caso de ser viable, articular la atención con otras medicinas y sistemas de atención existentes en el territorio. ● Conocer la estructura principal de los servicios de salud y las políticas sanitarias que se llevan a cabo en un territorio determinado. |

| | | | |
|--------------------------|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Realizar de forma supervisada entrevistas de control de salud en personas de distinto género y edad con un abordaje integral que contemple las dimensiones singular, particular y general. ● Realizar controles preconcepcionales, de embarazo de bajo riesgo y puerperales. ● Abordar los problemas clínicos prevalentes del primer nivel de atención ● Reconocer las situaciones de violencia y conocer las herramientas principales de su abordaje y derivación. ● Realizar consejería y abordaje de problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva. ● Realizar proyectos de enseñanza para la salud y de actuación en emergencias. ● Conocer los aspectos socio-culturales del embarazo, parto, puerperio; los derechos de las familias en el momento del nacimiento y las formas de prevenir la violencia obstétrica. | | |
| <p>Contenidos</p> | <p>“Cuerpo individual: estructura y funcionamiento.” y</p> | <p>“Cuerpo en relación al proceso de salud - enfermedad-atención-cuidados”</p> | <p>“Cuerpo social”:</p> |
| | <p>Diagnóstico y control prenatal. Patologías prevalentes en el primer nivel de atención. Inmunizaciones. Controles de salud en distintas etapas del ciclo vital. Prevención de enfermedades mediante rastreo presintomático.</p> | <p>Clínica ampliada. Proyectos terapéuticos singulares. Seguimiento de patologías crónicas. Abordaje de problemáticas complejas de salud en el primer nivel de atención. Tecnologías del primer nivel de atención. Seguimiento al alta hospitalaria. Sesgos heurísticos. Razonamiento probabilístico. Entrevista familiar</p> | <p>Niveles de atención. Modelos de atención en la comunidad. Sistemas de salud y preventivismo en Argentina y en el mundo. Determinación social de la salud: grupos sociales, ciclos vitales, tipos de familia y unidades domésticas. Investigaciones sobre determinación social de la salud en la Argentina. Género y migración en la</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>Control de embarazo.</p> <p>Dolencia subjetiva prevalente en el primer nivel de atención:</p> <p>trastornos de ansiedad, depresión, duelo.</p> <p>Salud sexual y reproductiva.</p> <p>control puerperal.</p> <p>Enteroparasitosis, parasitosis.</p> <p>Zoonosis</p> | <p>medicina preventiva.</p> <p>Violencias. Modelos de atención intercultural.</p> <p>Derechos de las personas y las familias en el nacimiento.</p> <p>Aspectos socio-culturales en la atención del embarazo-parto y puerperio. Prevención de la violencia obstétrica.</p> <p>Atención-cuidados-comunicación. Enseñanza para la salud. Planificación y programas para la prevención de enfermedades en Argentina.</p> <p>Tradiciones y saberes locales.</p> |
|--|--|--|

| Asignatura | Abordajes quirúrgicos de baja complejidad |
|-------------------|---|
| Objetivos | <p>El alumnado, al finalizar esta asignatura, debe ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Realizar medidas terapéuticas para el manejo del dolor ● Realizar las intervenciones terapéuticas y de cuidado de distinto tipo lesiones traumáticas (heridas, quemaduras, mordeduras) ● Proceder a una comunicación clara, sensible y respetuosa de los derechos de las y los pacientes y sus familias y allegados. ● Realizar las intervenciones terapéuticas y de cuidado de distinto tipo infecciones purulentas superficiales ● Realizar las intervenciones terapéuticas iniciales en epistaxis anterior y posterior. ● Realizar procedimientos mínimamente invasivos (colocación de sondas, inyecciones, implantes subdérmicos) |

| | | | |
|-------------------|--|---|--|
| Contenidos | “Cuerpo individual: estructura y funcionamiento.” y | “Cuerpo en relación al proceso de salud - enfermedad-atención-cuidados” | “Cuerpo social”:icas |
| | Fisiopatología del dolor Fisiopatología de la cicatrización. Farmacología en el manejo del dolor, la regeneración celular y la cicatrización | Quemaduras. Mordeduras. Control y curación de heridas. Sutura en heridas simples Evaluación y curación de úlceras y escaras. Manejo de colecciones purulentas superficiales. Epistaxis anterior y posterior. Cuerpos extraños en cavidades. Procedimientos mínimamente invasivos: colocación de sondas, inyecciones, implantes subdérmicos. | Comunicación social. Cuidados y tratamiento del dolor en perspectiva socio-cultural y local |

| | |
|-------------------|---|
| Asignatura | Urgencias y emergencias |
| Objetivos | <p>Al finalizar esta asignatura, el alumnado debe ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Integrarse en un equipo profesional que aborde situaciones de urgencia médica ● Valorar adecuadamente el estado hemodinámico, respiratorio, metabólico, neurológico y psiquiátrico de pacientes que ingresen con urgencias médicas. ● Realizar maniobras de RCP básico, ● realizar inmovilización de fracturas, cuidado de lesiones con daño potencial de la médula espinal. ● Realizar maniobras iniciales de hemostasia. ● Evaluar situaciones derivadas de violencias y conocer las vías de acción y actores institucionales involucrados |

| | | | |
|-------------------|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Indicar oxígeno según requerimientos ● Conocer los servicios locales de emergencias y urgencias, su logística, redes y saberes. | | |
| Contenidos | “Cuerpo individual: estructura y funcionamiento.” y | “Cuerpo en relación al proceso de salud - enfermedad-atención-cuidados” | “Cuerpo social”: |
| | shock cardiogénico, septico, hipovolémico. Shock medular. sepsis hipoxia hipotermia hipertemia confusión intoxicaciones y envenenamientos. Electrocuación. Deshidratación e hipovolemia. Convulsiones, estatus epiléptico. | Evaluación de estado de conciencia. Evaluación hemodinámica y respiratoria de urgencia. Urgencias cardiovasculares. Urgencias Neurológicas. manejo de urgencias psiquiátricas. Intoxicaciones. Violencias, lesiones intencionales y no intencionales. RCP básico y avanzados. Traumatismos cerrados y abiertos. | Actores sociales e institucionales en la gestión de las urgencias y emergencias. Logística, infraestructura, comunicación y culturas en las emergencias y las catástrofes. Saberes locales. Las emergencias en el territorio: logística, medios y redes. |

| Asignatura | Internación |
|-------------------|---|
| Objetivos | Al finalizar esta asignatura, el estudiantado debe ser capaz de: <ul style="list-style-type: none"> ● Realizar la anamnesis, examen físico e historia clínica necesarias ante la internación de personas de distinto sexo y edad. ● Realizar un proceso de razonamiento diagnóstico sistemático, eficiente y crítico. |

| | | | |
|--------------------------|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer las redes de cuidados y cuidadores de las personas internadas. • Conocer los alcances y limitaciones de los distintos métodos complementarios. • Analizar de forma interdisciplinaria las necesidades e intervenciones que requieren las personas internadas • Comunicar malas noticias a pacientes, familiares y allegados. • Conocer los principios y alcances de los cuidados paliativos. • Acompañar a personas y familiares ante el final de la vida. • Asistir a un/a gestante en trabajo de parto y parto eutócico. • Realizar la epicrisis y comunicación con pacientes, familiares y primer nivel de atención para el seguimiento del alta hospitalaria. | | |
| <p>Contenidos</p> | <p>“Cuerpo individual: estructura y funcionamiento.” y</p> | <p>“Cuerpo en relación al proceso de salud - enfermedad-atención-cuidados”</p> | <p>“Cuerpo social”:</p> |
| | <p>Medio interno. Insuficiencia renal aguda y crónica Insuficiencia cardíaca. Insuficiencia respiratoria. Insuficiencia hepática. Alteraciones del equilibrio ácido/base. Cetoacidosis. Sepsis. Meningoencefalitis .</p> | <p>Salud perinatal. Parto y puerperio inmediato. Patología cardíaca, respiratoria, metabólica, neurológica, renal, osteoarticular, infectológica, inmunohematológica, psiquiátrica y oncológica que requieren internación. Internación pre y postquirúrgica. Internación como procedimiento diagnóstico. Historia clínica.</p> | <p>Cuidados y cuidadores. Roles sociales, dinámicas familiares, cultura y religión en el espacio de internación. Saberes, interdisciplina e interprofesionalidad en las instituciones de salud. El dispositivo hospitalario en perspectiva histórica (Argentina). Parto humanizado. Muerte digna. Cuidados en el final de la vida. Encarnizamiento terapéutico. Medicina paliativa.</p> |

| Asignatura | Gestión de pacientes crónicos | | |
|------------|--|--|---|
| Objetivos | <p>Al finalizar esta asignatura, el estudiantado debe ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gestionar el tratamiento farmacológico de pacientes con enfermedades crónicas, teniendo en cuenta costos, efecto terapéutico, efectos adversos y contraindicaciones farmacológicas de las enfermedades crónicas más prevalentes en personas de distintas edades y géneros. ● Conocer los programas nacionales, provinciales y municipales de abordaje y seguimiento de personas con enfermedades crónicas. ● Conocer la epidemiología nacional y regional de enfermedades crónicas prevalentes. ● Conocer los itinerarios terapéuticos, la conformación de redes y los cambios familiares y sociales del estatus de paciente crónico. ● Reconocer la multidimensionalidad del proceso de envejecimiento, de las personas y las poblaciones. ● Conocer las prácticas de autoatención y autocuidado. ● Realizar un proyecto terapéutico singular. ● Evaluar de forma interdisciplinaria las necesidades de personas con discapacidad. ● Reconocer los principios y alcances de los cuidados paliativos en el ámbito domiciliario | | |
| Contenidos | <p>“Cuerpo individual: estructura y funcionamiento.” y</p> | <p>“Cuerpo en relación al proceso de salud - enfermedad-atención-cuidados”</p> | <p>“Cuerpo social”:</p> |
| | <p>Interacciones medicamentosas. Polimedicación. Farmacología antichagásica,</p> | <p>Seguimiento longitudinal de pacientes con: Diabetes, EPOC, Asma, TBC, Insuf Cardíaca, Hipertensión, desnutrición, obesidad mórbida,</p> | <p>Cronicidad y vida cotidiana. “Vivir con”: identidad y sostenibilidad de la vida en la gestión de pacientes crónicos. Economía y protección</p> |

| | | | |
|--|----------------------------------|---|--|
| | antiretroviral, antituberculosa. | anorexia, discapacidad, depresión, chagas, HIV Proyecto terapéutico singular. Organización de la atención. Proyectos terapéuticos grupales/comunitarios | social: políticas sanitarias. Epidemiología de la diabetes y las enfermedades crónicas en Argentina. Redes familiares e interpersonales. Itinerarios terapéuticos y trayectoria. Aspectos sociales y culturales del duelo. Envejecimiento de la población: paradigmas y políticas. |
|--|----------------------------------|---|--|

| | | | |
|-------------------|---|---|------------------|
| Asignatura | Salud Mental y medicina legal | | |
| Objetivos | <p>Al finalizar esta asignatura, el estudiantado debe ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer la legislación que interviene sobre la práctica profesional. • Conocer los principales temas de debate y precedentes jurídicos de Bioética en Argentina. • Reconocer los derechos del paciente. • Conocer la Ley de Salud Mental y las políticas de desmanicomialización. • Conocer los aspectos principales del suicidio: estadística, vigilancia y políticas de prevención. | | |
| Contenidos | “Cuerpo individual: estructura y funcionamiento.” | “Cuerpo en relación al proceso de salud - enfermedad-atención-cuidados” | “Cuerpo social”: |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | <p>Trastornos psicóticos anorexia y bulimia trastornos graves del ánimo, trastorno bipolar. Deterioro cognitivo Ideación suicida. Síndromes de abstinencia. Tanatología. Fármacos antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos.</p> | <p>Certificado de defunción. Contención física y farmacológica en personas con excitación psicomotriz. Entrevista médica ante situaciones violentas. Hostigamiento escolar.</p> | <p>Ética y bioética: precedentes y debates. Derechos del paciente. Legislación y digestos sanitarios. Consentimientos. Autoridad. Violencia institucional. Configuración social del riesgo. Suicidios: vigilancia en salud mental, indicadores, programas. Aspectos socio-culturales del duelo. “Locura” y derechos. Las políticas de desmanicomialización en Argentina y el mundo.</p> |
|--|---|---|---|

| | |
|-------------------|---|
| Asignatura | Medicina Crítica y de Urgencias |
| Objetivos | Esta instancia de la práctica final obligatoria tiene como objetivo consolidar competencias desarrolladas en etapas previas de la carrera, y permitir al estudiantado la demostración de las mismas mediante las actividades profesionales confiables (APROCs) específicas de la medicina crítica y de Urgencias. |
| Asignatura | Internación PFO |
| Objetivos | Esta instancia de la práctica final obligatoria tiene como objetivo consolidar competencias desarrolladas en etapas previas de la carrera, y permitir al estudiantado la demostración de las mismas mediante las actividades profesionales confiables (APROCs) específicas de la práctica médica internista. |

| | |
|-------------------|--|
| Asignatura | Medicina ambulatoria y rural |
| Objetivos | Esta instancia de la práctica final obligatoria tiene como objetivo consolidar competencias desarrolladas en etapas previas de la carrera, y permitir al estudiantado la demostración de las mismas mediante las actividades profesionales confiables (APROCs) específicas de la medicina ambulatoria y la medicina rural. |

| | |
|-------------------|---|
| Asignatura | Seguimiento longitudinal |
| Objetivos | Esta instancia de la práctica final obligatoria tiene como objetivo consolidar competencias desarrolladas en etapas previas de la carrera, y permitir al estudiantado la demostración de las mismas mediante las actividades profesionales confiables (APROCs) específicas de la atención médica en el ámbito domiciliario y comunitario. |



ANEXO III - RESOLUCIÓN CDEyVE SEDE ANDINA UNRN N° 014/2020

LINEAMIENTOS PARA EL INGRESO, PERMANENCIA Y EGRESO DE LA CARRERA DE MEDICINA

INGRESO:

Requisitos:

- 1- Cumplir con las condiciones de ingreso generales a la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO.
- 2- Cumplimentar las actividades pre-universitarias (40 horas)
- 3- Cumplimentar el Curso de ingreso de Medicina y su examen de carácter obligatorio. (120 horas)
- 4- Aprobar los exámenes sumativos de Biología, Matemática y Comprensión de textos y técnicas de estudio eficiente.
- 5- Quienes cumplan con el punto 1 y aprueben las instancias definidas en los puntos 2 y 3 estarán habilitados para realizar el proceso de selección de Mini Entrevistas Múltiples.
- 6- Ingresarán a la carrera de Medicina quienes figuren en el orden de mérito hasta completar el cupo establecido. En caso de empate en el orden de mérito en el último lugar del ranking, ingresarán todas las personas que se encuentren en dicha posición.

Etapas del ingreso a Medicina:

Se plantean **tres etapas** diferenciadas en relación al ingreso de estudiantes a la carrera de medicina de la UNRN:

1. **Etapas del ingreso a Medicina:**
 1. **Etapas del ingreso a Medicina:** (40 horas) Curso pre universitario en los meses de octubre, noviembre y diciembre modalidad a distancia mediante material previamente elaborado para el auto aprendizaje (cuadernillo); tutorías semanales vía remota y realización de trabajos de campo complementarios. Su objetivo es la confirmación o modificación vocacional de los ingresantes.
 2. **Curso de Ingreso de Medicina:** (120 horas) Curso introductorio a la carrera y de fortalecimiento de los saberes en Matemática, Biología y Salud y Sociedad

en los meses de febrero y marzo en los que se trabajan contenidos necesarios para ingresar a primer año de la carrera. Se propone la integración de saberes en modalidad de identificación; análisis y resolución de problemas o propuestas de mejora. Esta etapa finaliza con la realización de un examen sumativo y de carácter selectivo ya que el resultado del mismo interviene en la conformación del orden de mérito.

- 3. Etapa de selección y conformación del orden de mérito:** Quienes aprueban el curso pasan a instancia de Mini Entrevistas Múltiples en las que se evaluarán los perfiles de las/os estudiantes en relación a determinados componentes requeridos para el desempeño en la carrera; tales como: pensamiento crítico, pensamiento ético, trabajo en equipo, responsabilidad, aptitud para el autoaprendizaje, capacidad de autocrítica, tolerancia a la incertidumbre y tolerancia a las diferencias sociales y culturales.

Esta etapa define quiénes son las/os estudiantes que ingresan de acuerdo al número clausus estipulado entre 45 y 60 estudiantes conforme a la disponibilidad de recursos.

Lineamientos para la elaboración de las propuestas académicas de las etapas de ingreso:

Curso Pre-universitario: (40 horas)

En este período que se estipula en 10 semanas, las/os estudiantes accederán a un material de trabajo individual y auto administrado compuesto de textos explicativos, material de lectura, guía de lectura y actividades prácticas. Se programa en 4 actividades completas, donde cada actividad abarca dos semanas, dejando dos semanas para eventuales recuperatorios.

La modalidad es que cada actividad comienza en la semana 1, la/el estudiante debe leer un texto y responder una guía de preguntas referidas al texto (guía de lectura); allí se produce un espacio de supervisión con el/la tutor/a para evaluar el nivel de comprensión, la capacidad de explicar, y la posibilidad de resumir la información.

Semana 2: ese texto dispara una actividad de campo en la que la/el estudiante debe recoger información de personas, instituciones, actores sociales; etc (de acuerdo al tema y la actividad). Esta parte busca darle contexto real al texto que se pone en debate, la/el estudiante, a partir del texto y contrastando con la información obtenida debe dar un nuevo enfoque al tema, incorporando similitudes, diferencias con la información hallada en el campo.

Ejemplo: una semana se pone en debate un texto sobre la alimentación y sobrepeso, se realiza una guía de preguntas sobre el texto para evaluar la comprensión y capacidad de resumir lo más importante del texto. Se establece un contacto y devolución con la/el tutor/a y luego en la semana 2 se les pide que entrevisten a trabajadores del sistema de salud (nutricionistas, médicas/os, u otros) para indagar sobre problemas alimentarios más frecuentes y que sintetizen la información obtenida. Luego que comparen dicha información con el texto y definan semejanzas y diferencias entre una y otra.

Así durante ocho semanas, dejando dos para quienes retrasan actividades y deban recuperar.

Esta etapa se cumplimenta con la realización y entrega de todas las actividades pautadas, así como la entrega de todas las correcciones solicitadas en los tiempos previstos por el equipo docente.

1- Curso de Ingreso (120 horas)

Conforme a los lineamientos de ingreso de la UNRN los/as aspirantes a la carrera de Medicina deberán realizar un curso de ingreso de al menos 120 horas de duración.

El curso de ingreso asume las bases educacionales de la carrera de Medicina dispuestas en el plan de estudios.

Propósitos:

- Desarrollar dispositivos para la apropiación de conocimientos, por parte de los ingresantes, sobre la estructura organizativa y normativa de la institución (autogestión, reglamento de estudiantes, organización académica y curricular, cogobierno, entre otros).

- Generar experiencias de integración social, a fines de fortalecer los lazos entre los ingresantes con el plantel docente, compañeros/as y trabajadores nodocentes de la institución.
- Fortalecer los conocimientos generales y disciplinares básicos y mínimos requeridos para el tránsito inicial de la carrera.
- Implementar espacios de reflexión para el plantel docente de primer año sobre las prácticas pedagógicas y didácticas en sus contextos sociales.

En el curso se desarrollarán los siguientes módulos:

- **Introducción a la Vida Universitaria:** 40 horas – modalidad a distancia
- **Introducción a la carrera de Medicina:** 80 horas - presencial. El curso se compone por tres módulos: “Razonamiento Matemático”, ”Biología para Ciencias de la Salud” y “Salud y Sociedad”.

Se programa su desarrollo en ocho semanas, cada módulo cuenta con contenidos mínimos que se integran mediante problemas.

Se inicia con una situación problemática que requiere de conocimientos de los tres módulos y el mismo problema se trabaja en los espacios de cada módulo por separado.

Alguna de las tareas o situaciones problemas requiere que las/os estudiantes obtengan información de servicios de salud (entrevistas a profesionales, o trabajadores no profesionales de los servicios).

La producción académica resultante debe ser presentado por cada estudiante en un solo trabajo.

Se prevé el desarrollo de tres situaciones problemáticas organizadas durante dos semanas cada situación.

Se dejan previstas dos semanas para resolver tareas atrasadas, recuperatorios y posibles eventualidades.

Se aprueba con un examen de fin de curso de ingreso, bajo la misma modalidad de resolución de problemas integrando contenidos de las tres áreas.



Mini Entrevistas Múltiples: A esta instancia accederán quienes hayan realizado las dos instancias anteriores.

Se realizarán circuitos de 10 estaciones de 6 minutos cada una, (dos son de descanso), donde se evaluarán aspectos no cognitivos de las y los ingresantes.

Cada circuito incorporará 10 estudiantes en forma simultánea (uno/a en c/estación) y se repetirá en cuatro turnos de una hora cada uno.

El estudiantado que finalice el circuito no debe tener posibilidad de interactuar con quienes todavía no ingresaron a los mismos.

De esta manera, cada circuito implica 8 docentes durante 4 horas para evaluar a 40 aspirantes. Se realizarán en forma simultánea la cantidad de circuitos necesarios para evaluar la totalidad de aspirantes que lleguen a esta instancia (un circuito con 8 docentes cada 40 aspirantes).

Los atributos se evaluarán mediante listas de cotejo a partir de la interacción de los y las aspirantes con cada evaluador/a. Cada estación evaluará un atributo distinto:

Pensamiento crítico

Pensamiento ético

Trabajo en equipo

Responsabilidad

Aptitud para el autoaprendizaje

Capacidad de autocrítica

Tolerancia a la incertidumbre

Pensamiento Intercultural

Cada ítem evaluado mediante lista de cotejo tendrá una ponderación equivalente, en rango de 0 a 20

Conformación del orden de mérito:

La conformación del orden de mérito se realiza utilizando los resultados parciales de

- Calificación del examen obligatorio del curso de ingreso de medicina. (notas de 0 a 10) - representa el 40% de la calificación final
- Resultado de puntuación de mini-entrevistas. (ponderación 0 a 20). Representa el 60 % de la calificación final.



De acuerdo al orden de mérito general se realizará la distribución de vacantes de acuerdo a lo siguiente:

1- Se prevé que el 85% de la matrícula ingresante se componga con los/as estudiantes que hayan cumplimentado todas las instancias aquí descritas en función de los resultados de la evaluación del curso de Ingreso a Medicina y del de las mini entrevistas. (máximo 38-50 vacantes de acuerdo al número claustus que se establezca para la cohorte)

2- Se prevé que el 15% de la matrícula ingresante se componga con los/as estudiantes que además de haber cumplimentado todas las instancias aquí descritas en función de los resultados de la evaluación del curso de Ingreso a Medicina y del de las mini entrevistas acrediten procedencia de localidades rionegrinas con déficit en atención primaria de la salud (máximo 7-10 vacantes de acuerdo al número claustus que se establezca para la cohorte).

Listado de mérito:

Con los resultados de evaluación del curso de Ingreso a Medicina y del de las mini entrevistas se confeccionará un listado único de mérito.

Se designarán las vacantes correspondientes al 85% de la matrícula de acuerdo al orden general.

Las vacantes correspondientes al 15 % restante, se otorgarán solo a los/as ingresantes que acrediten procedencia de localidades rionegrinas con déficit en atención primaria de la salud, siguiendo el orden general.

Permanencia:

La organización curricular de la carrera prevé que todos/as los/as estudiantes dispongan durante toda su carrera de tutores/as y referentes docentes capaces de orientar el proceso de aprendizaje de las asignaturas del plan de estudio así como también de las instancias de remediación que tengan que realizar.

Las funciones docentes se encuentran detalladas en en el ANEXO IV (Lineamientos de organización académica de la función docente), entre ellas se especifican diferentes tipos de tutorías (tutoría de pequeño grupo, clínica, de trabajo en terreno, de aprendizaje basado en problemas, de seguimiento de evidencia orientada al paciente, de relación médico/a paciente, etc.).



La función tutorial se considera clave para que los estudiantes puedan sostener el sistema de aprobación y promoción propuesto en el plan de estudios y las instancias de remediación (si fueran necesarias).

Egreso:

La Práctica Final Obligatoria es una instancia de consolidación de las competencias profesionales planteadas en el plan de estudios en una instancia considerada de transición entre la formación de grado y la inserción profesional. Es por ello que este ciclo se centra en la confrontación de las propias competencias del estudiantado con actividades profesionales específicas en distintos territorios y espacios del ejercicio de la profesión.

La participación directa en distintas tareas médicas se realiza de manera continuamente supervisada y en este sentido, la tutoría sigue siendo el elemento fundamental de apoyo al egreso.

ANEXO IV - RESOLUCIÓN CDEyVE SEDE ANDINA UNRN N° 014/2020

LINEAMIENTOS DE ORGANIZACIÓN ACADÉMICA DE LA FUNCIÓN DOCENTE

Las bases educacionales y características curriculares del plan de estudios propuesto para la carrera de Medicina de la UNRN requiere especificaciones sobre la organización de la función docente.

El desarrollo curricular propuesto exige un cuerpo docente que se diferencie de los modelos tradicionales de formación en medicina y que sea capaz de comprender la importancia formativa de las diferentes y múltiples funciones que integran la práctica docente.

La multiplicidad de actividades de aprendizaje que conforman las asignaturas propone diferentes tipos de intervenciones que sostienen el aprendizaje integrado, significativo y centrado en el/la estudiante y que se diferencian claramente de la imagen tradicional del/de la profesor/a que tiene una “cátedra”, que da el “teórico” o “supervisa prácticas profesionales” y cuenta con ayudantes que se encargan de los “trabajos prácticos” y seguimiento de los/las estudiantes.

Como se ha descrito en las características curriculares de cada ciclo de formación, las asignaturas que lo componen incluyen una variedad de actividades de aprendizaje en las que se pretenden promover diferentes competencias de los/las estudiantes y alcanzar los objetivos de cada etapa.

El desarrollo de este plan de estudios requiere, entonces, de un cuerpo docente que:

- Se capacite en el modelo pedagógico centrado en el estudiante, en sus fundamentos, principios y bases educacionales y en aspectos didácticos del mismo (Aprendizaje Basado en Problemas, Evaluación de aprendizajes, etc).
- Se constituya en **grupos de trabajos interdisciplinarios y dinámicos** en función de las exigencias formativas de cada asignatura.
- Reconozca que **cada grupo de trabajo requiere un/una coordinador/a académico/a o responsable** de asignatura cuyo perfil dependerá de los núcleos temáticos centrales de cada una de las tres áreas de conocimiento, los problemas profesionales seleccionados, de la especialidad médica que

protagoniza la asignatura, de las prácticas médicas concretas y las actividades profesionales confiables que deben desarrollar los/as estudiantes.

- Reconozca el **carácter colectivo y deliberativo** que asume la docencia en el modelo pedagógico propuesto.
- Reconozca que **todas las funciones son importantes y necesarias** para lograr la integralidad del plan de estudios y del modelo pedagógico centrado en el/la estudiante.
- Asuma la necesidad de incluir en su práctica docente cotidiana, la **formación pedagógica continúa y la reflexión constante** sobre la relación entre los fundamentos y las estrategias didácticas del modelo pedagógico centrado en el/la estudiante y las prácticas de las que participa.
- Reconozca la multiplicidad de tiempos y estilos de aprendizaje y sea capaz de **proponer experiencias formativas que potencien la autonomía y protagonismo de los/as estudiantes** en su propio proyecto formativo.

Coordinación curricular de la carrera:

Conforme al estatuto de la UNRN, la carrera de Medicina será dirigida por un/una **Director/a** el que cuenta con asistencia del **Consejo Asesor** de la misma. El/la director/a y los/as integrantes docentes del Consejo Asesor tendrán, además las funciones estatutarias, las funciones de:

Coordinación curricular general de la carrera a cargo del/la directora/a

Coordinación curricular de **área** disciplinar

Coordinación curricular de **ciclo** de formación

Coordinación curricular de ingreso

Coordinador/a de Área: Docente encargado/a de coordinar el desarrollo curricular de cada una de las tres áreas que se consideran ejes de la carrera para lo cual debe participar de:

1. Preparación de los Objetivos de Aprendizaje que los/as estudiantes deben llevar a cabo al final de la Carrera de Medicina, relevante al Área.
2. Asignación de los Objetivos de Aprendizaje en cada Asignatura de la Carrera de Medicina.

3. Identificación de recursos educacionales para la Carrera de Medicina, que el Área considera apropiados, y recomendaciones a la Dirección de Carrera. Esto incluiría:
 - ✓ libros y revistas
 - ✓ programas, modelos, equipo
 - ✓ espacios físicos, laboratorios
 - ✓ docentes
 - ✓ docentes expertos
 - ✓ escenarios, espacios comunitarios.
4. Revisión de las situaciones problemáticas preparadas por las asignaturas y sugerir cambios, tanto en el contenido como en la presentación.
5. Recomendación de situaciones problemáticas a las asignaturas, y si es requerido, colaboración en su presentación.
6. Identificación, para cada situación problemática, de los recursos educacionales relacionados con el Área.

Coordinador/a de Ciclo/ingreso: Docente encargado/a de coordinar el desarrollo curricular y seguimiento de la implementación de los tres ciclos/o ingreso, para lo cual debe (en conjunto con la Dirección de Carrera y Consejo Asesor)

- ✓ Verificar en la implementación del plan, el alcance de las competencias delineadas, o identificando discrepancias, lagunas y/o redundancias resultantes de esta correlación, hacer recomendaciones a la Dirección de Carrera.
- ✓ Identificar los/as docentes que llevarían a cabo tareas específicas y hacer recomendaciones a la dirección de carrera.
- ✓ Identificar las necesidades de escenarios de aprendizaje y la adecuación al programa de las asignaturas, hacer recomendaciones a la dirección de carrera.
- ✓ Identificar los recursos requeridos para llevar a cabo las actividades de aprendizaje y hacer recomendaciones a la dirección de carrera.
- ✓ Desarrollar los criterios y el proceso para identificar recursos físicos de aprendizaje (escenarios de aprendizaje) para la carrera de Medicina y hacer recomendaciones a la dirección de carrera.

Coordinador/a de las Asignaturas/electivas:

- ✓ Responsable de coordinar su desarrollo curricular, construcción, organización, coordinación y desarrollo.
- ✓ Responsable de la decisión de promoción de los/as estudiantes a las unidades siguientes.

Funciones de enseñanza

Las y los docentes ingresan a la carrera en una de las tres áreas disciplinares. Las áreas agrupan contenidos mínimos en tres niveles de organización de la determinación del proceso salud-enfermedad—atención-cuidados e intervienen en forma integrada en todas las asignaturas de la carrera. Ello implica que cada docente de la carrera puede **realizar sus funciones en cualquier asignatura**.

Las asignaturas que agrupan los contenidos de cada área, y las disciplinas al interior de éstas, son desarrolladas por profesores/as y auxiliares de docencia conforme al estatuto y al régimen de personal docente de la UNRN.

La organización de la docencia de la carrera de medicina, que requiere el desarrollo curricular de la misma, supone las **funciones de enseñanza específicas**:

A) Profesores/as

Participación en grupos planificadores de las asignaturas: Quienes integran los grupos planificadores diseñan y modifican los programas mediante la integración de contenidos de las tres áreas, construyen las evaluaciones de habilidades y contenidos, evalúan el desarrollo de los programas. Son el canal comunicacional de la asignatura con sus respectivas áreas.

Trabajan bajo la coordinación del/la coordinador/a de la asignatura. Esta función se realiza 4 semanas previas al inicio de la asignatura y durante las 8 semanas que dure la misma. Implica una carga horaria de 5 hs semanales. Esta función es itinerante

Coordinación de asignatura: quien coordina la asignatura es responsable del cumplimiento de las instancias administrativas de la misma (control de cumplimiento de condiciones de cursado, supervisión de exámenes, carga de actas). También lidera el grupo planificador de la asignatura y resuelve cualquier aspecto en primera instancia en relación al estudiantado (inasistencias, faltas de comportamiento). Esta

función implica una carga horaria de 10 horas durante las 4 semanas de planificación y 8 semanas de cursado. Esta función es itinerante.

Diseño de actividades teóricas no presenciales y asincrónicas: desde el área correspondiente, y a solicitud del grupo planificador, realizará las actividades que requiera cada asignatura. Implica una carga horaria de 1.5 veces la duración de la misma.

Seguimiento longitudinal de pacientes: esta actividad implica 10 hs semanales. Implica brindar el marco teórico de referencia, y supervisar la realización de proyectos terapéuticos singulares. Cada docente supervisa un máximo de 16 estudiantes

Actividades de investigación y extensión: según lo dispuesto por las normativas vigentes.

Otras funciones: cualquier profesor/a puede realizar actividades de tutoría de pequeños grupos, según idoneidad e incumbencia.

B) **Jefes de trabajos prácticos:**

Coordinación y asistencia a equipos de ayudantes con funciones de tutoría de pequeño grupo: supervisión en primera instancia de las actividades tutoriales, apoyo al grupo planificador.

Gestión de laboratorios: organización de actividades prácticas de laboratorios de morfofunción o simulación

Asistencia en evaluaciones: Colabora con la supervisión y logística de los exámenes diseñados por los grupos planificadores.

C) **Ayudantes de docencia**

Tutorías de ABP (Aprendizaje Basado en Problemas): dos encuentros semanales de 3 hs con un grupo de 6 a 8 estudiantes. Cada docente de ABP recorre 4 asignaturas consecutivas de uno de los años del ciclo inicial. Los grupos de estudiantes se reorganizan y redistribuyen en cada asignatura

Tutorías de RMP (Relación médico/a –paciente): un encuentro semanal de 3 hs de duración con cada grupo de estudiantes. Cada docente tutorea dos grupos durante las 4 asignaturas consecutivas de un año del ciclo inicial. Los grupos de estudiantes son de 6 a 8 durante el primer y el segundo año de la carrera, y luego se reducen a 4

en el tercer año del ciclo inicial. Los grupos de estudiantes se reorganizan y redistribuyen en cada asignatura

Tutorías de Trabajo en Terreno: Un encuentro semanal de 3 hs por cada grupo de 6 a 8 estudiantes. Cada docente trabaja con dos grupos de estudiantes (preferentemente de años diferentes). Estos grupos de estudiantes y su anclaje territorial son permanentes durante todo el ciclo inicial.

Tutorías clínicas: a partir de cuarto año estas tutorías son funciones docentes en servicio. Si bien corresponden a cargos de dedicación simple, siendo una tutoría en el escenario asistencial, cada docente debe recibir, guiar y supervisar a un grupo de 8 estudiantes (en escenario de sala hospitalaria) o de 4 estudiantes (en escenario ambulatorio o rural) durante 20 horas a la semana.

Aprendizaje Basado en Resolución de Problemas (ABRP): adaptación de la modalidad de ABP para el segundo y tercer ciclo de la carrera. En estas instancias implica un encuentro semanal de 3 hs.

Seguimiento de EOPS (Evidencia Orientada al Paciente): cada docente de ABRP supervisa y evalúa los ejercicios de EOPS que realizan los estudiantes de su grupo de estudiantes

| ÁREA | Profesores/as AÑO1 | | JTP AÑO2 | Ayudantes AÑO1 | Ayudantes AÑO 2 | Ayudantes AÑO 3 |
|--|--|--|------------------------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| | Cada fila representa un cargo de profesor/a en relación a Contenidos disciplinares de: | Perfil docente | (cada sigla representa un docente) | | | |
| Cuerpo individual "Cuerpo individual: | Embriología y genética | Biólogos/as especialistas en embriología humana médicos/as gineco obstetras o en neonatología | ABP | ABP | ABP | |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--------------------|--------------------|-------------------|
| estructura y funcionamiento. (6) | | especialistas en malformaciones congénitas | | | | |
| | Fisiología | Bioquímicos/as, médicos/as con formación en fisiología | | ABP ABP | LABORATORIO | ABP ABP |
| | Estructura micro y macroscópica, normal y patológica | Médicos/as especialistas en patología | | ABP | ABP | |
| | Farmacología clínica | Médico/a especialista en farmacología clínica farmacéuticos/as con formación en farmacología clínica | | ABP | ABP | |
| | Microbiología y biología celular | Biólogos/as bioquímicos/as con formación en microbiología | | ABP LABORATORIO | | ABP ABP |
| | Nutrición, crecimiento y desarrollo | Médicos/as de familia o pediatras con formación en nutrición y desarrollo | | ABP | | |
| | Área el cuerpo en relación al proceso de salud - enfermedad - atención - cuidados (5) | Relación médico/paciente | Medicina general/familiar/clínica médica/pediatría con orientación ambulatoria | | RMP RMP | ABP RMP RMP |
| Relación médico/paciente | | Medicina general/familiar/clínica/pediatría con orientación en la internación | | RMP | RMP LABORATORIO | RMP RMP RMP |
| Relación médico/paciente | | Medicina general/familiar/clínica/ con orientación en emergencia médicos/as especialistas en emergencia | | RMP LABORATORIO | RMP | RMP RMP RMP |

| | | | | | | | |
|----------------------------------|--|---|----|-----|----------|----------|----|
| | Salud mental | Psicólogos/as con formación sistémica. | | ABP | | ABP | |
| | Bioética | Profesionales de la salud con formación en bioética | | | ABP | ABP | |
| Área el cuerpo social (5) | Antropología médica/sociología de la salud. | Profesional de las ciencias sociales con expertise en el campo de la salud. | TT | TT | ABP | TT | |
| | Salud colectiva con orientación en gestión | Profesional del campo sanitario y/o de las ciencias sociales con formación y/o experiencia de trabajo en el campo de la salud colectiva/comunitaria/pública | | TT | TT TT | TT | |
| | Epidemiología | Profesional del campo sanitario, ciencias de la información o sociales con formación estadística. | | TT | TT | ABP | TT |
| | Medicina legal | Profesional del campo sanitario con formación en medicina legal, abogado con experiencia en el campo sanitario. | | | | ABP | |
| | Salud colectiva con orientación en políticas | Profesional de las ciencias sociales con formación y/o expertise en el campo de la salud colectiva/comunitaria/pública. | | | TT | TT TT | TT |
| | | | | | | | |



Capacitación previa:

Los/as aspirantes a cubrir cargos de docencia en la carrera de medicina de la UNRN deberán realizar una capacitación en el modelo pedagógico centrado en el estudiante, en sus principios y bases educacionales, así como en aspectos didácticos centrales del mismo (Aprendizaje Basado en Problemas, Evaluación y seguimiento de aprendizajes, entre otros).

La misma tendrá una duración mínima de 50 horas, será voluntaria y gratuita para los/as que deseen hacerla. La realización y aprobación de la misma será considerado como antecedente relevante en los procesos de selección para el ingreso a la docencia.