

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL

Facultad de Humanidades y Ciencias

Tesis para la obtención del Grado Académico de Magíster en Docencia Universitaria

El abordaje de la problemática de la Desnutrición en las cátedras de Pediatría. Una lectura comparada de materiales escritos para la enseñanza de las universidades públicas argentinas.

Santa Fe

Maestrando: Prof. Médico Marcelo Itharte

Directora: M. Sc. Prof. Alicia Costamagna

Co-Director: Dr. Juan Carlos Beltramino

Septiembre 2016

ÍNDICE

Resumen.....	4
1. Planteo preliminar	6
1.1 Distintas concepciones de la Desnutrición e infancia a lo largo del tiempo en la cultura occidental.....	6
1.2 Consecuencias de la inequidad en la distribución de los recursos.....	7
1.3 La Desnutrición como contenido del currículo universitario.....	9
2. Marco teórico.....	15
2.1 La problemática de la Desnutrición...15	
2.1.1 Cambio de paradigma. Situación nutricional como resultado de factores biológicos, sociales y psicológicos.....	15
2.1.2 Patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud.....	17
2.1.3. Urbanización e infancia.....	22
2.1.4 Dinámica de la alimentación. Su relación con el fenómeno de separación-individuación del ser humano.....	23
2.2. La formación Universitaria del médico.....	28
2.2.1 Interdisciplina y paradigma de la complejidad. Docencia universitaria y formación.....	28
2.2.2 Currículos tradicionales y currículos basados en aprendizaje basados en problemas.....	32
2.2.3 Materiales impresos en el currículo.....	37
2.3 Síntesis de la situación problemática.....	46
3. Enfoque metodológico.....	47
3.1. Objetivo.....	51
3.2. Metodología.....	51
3.2.1 Estrategias para evaluar materiales impresos: Libros de texto...15	51

3.2.2 Análisis de las dimensiones propuestas para la evaluación de los materiales para la enseñanza.....	54
3.3. Modelo de instrumento de evaluación número 1: Grilla para evaluación de los libros de texto.....	58
3.4. Modelo de instrumento de evaluación número 2: Entrevista a los profesores titulares de las cátedras de pediatría.....	61
4. Resultados.....	64
4.1. Análisis de los libros de texto en distintas universidades.....	64
4.2. Lectura comparada de los libros de texto.....	78
4.3 Entrevista a los profesores titulares de las cátedras de pediatría analizadas.....	80
5. Conclusiones.....	82
6. Bibliografía.....	91

RESUMEN

La asociación entre el hambre crónica y la Desnutrición es un nexo conocido desde tiempos antiguos, un problema de salud de carácter colectivo, pero no tomado como tal. Además, el abordaje del niño y adolescente como una entidad distinta a la del adulto en medicina es más reciente, tal es así que la palabra “pediatría” aparece escrita por primera vez en 1722.

Recién a mitad del siglo XIX, se documentó la primera descripción de lo que ahora se conoce como Desnutrición proteico-energética y no fue hasta mediados del siglo XX que la Organización Mundial de la Salud y el Fondo para la Agricultura y la Alimentación tomaron la decisión de intentar unificar los criterios de diagnóstico e impulsar su investigación como así también los planes de prevención, tratamiento y recuperación.

El concepto de Desnutrición ha variado de acuerdo al paradigma dominante y así mismo según lo utilicen políticos, antropólogos, médicos o biólogos. El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF (1998) está desarrollando un “nuevo marco conceptual para organizar el conocimiento científico” impulsando estrategias para enfrentar al problema de la Desnutrición.

Una de las claves de este nuevo marco es reconocerla como una manifestación biológica de los efectos combinados de un aporte insuficiente y de la enfermedad, las cuales están íntimamente relacionadas con el desarrollo social y económico.

Como el modo de representación preponderante en el proceso de enseñanza y aprendizaje, ha sido el lenguaje proposicional los libros de textos constituyen la fuente más legítima de conocimiento y en la actualidad siguen representando la tecnología hegemónica en el ámbito universitario.

El **objetivo** del presente trabajo fue el análisis de los libros de texto utilizados para la enseñanza de la Desnutrición, en las cátedras de Pediatría, de las Facultades de Medicina de Universidades Públicas de la República Argentina de Tucumán, Córdoba, Rosario, Buenos Aires y La Plata. Se propuso realizar una lectura comparada de los libros de texto y establecer si poseen una mirada interdisciplinaria, de acuerdo al paradigma de formación de recurso humano actual.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación descriptiva donde se estudiaron y recolectaron los datos cualitativamente y semi cuantitativamente, para lo cual se elaboraron dos instrumentos para el análisis de los libros de textos apoyados y complementados con la opinión de profesores Titulares de Pediatría de las Universidades estudiadas.

Resultados y conclusiones

La mayoría de los libros de texto utilizados en las Facultades analizadas, no poseen un abordaje interdisciplinario adecuado de acuerdo al nuevo paradigma de formación de recurso humano. Se encuentran centrados en el conocimiento y han prefigurado los roles al docente y al alumno como sujetos pasivos, sin iniciativa. No poseen actividades de aprendizajes explícitas, ni tampoco presentan la doble versión de libro del alumno y guía didáctica del profesor.

Para seleccionar los materiales escritos obligatorios, las cátedras de Pediatría estudiadas, no poseen un instrumento de análisis que les permita un enfoque evaluativo con potencialidad integradora y comprensiva de todas las dimensiones constitutivas del material impreso de enseñanza.

Se puede inferir que el paradigma de formación médica implícito en la formación de recursos humanos en las Universidades públicas argentinas es el Modelo médico hegemónico.

Palabras claves: Desnutrición – Evaluación libros de textos.

1. PLANTEO PRELIMINAR

1.1. Distintas concepciones de la Desnutrición e infancia a lo largo del tiempo en la cultura occidental.

La nutrición es una necesidad que concierne a los seres vivos por lo que es lógico pensar que los problemas de exceso o deficiencia de nutrientes han acompañado al hombre a través de la historia. Aunque la información documental acerca de estas enfermedades ha llegado a nosotros de manera incidental y dispersa, en la historia de la humanidad hay evidencias acerca de las consecuencias de los brotes epidémicos, de hambre en grupos humanos implicados en guerras y en catástrofes climáticas.

Entre los griegos, Hipócrates señalaba que, si el hambre excedía los límites de la naturaleza, era nocivo:

Mientras se crece hay mucho calor innato, y por lo mismo se necesita gran cantidad de alimento; de lo contrario el cuerpo se debilita y consume. Los viejos tienen muy poco calor; así poco sustento les basta, y el mucho les extinguiría: de aquí nace que las fiebres son, en ellos, menos agudas, como que su cuerpo está frío (Aforismos y sentencias).

En el periodo paleocristiano, en el libro del Apocalipsis San Juan expone la revelación profética del fin del hombre y habla de cuatro jinetes, a uno de ellos lo describe así:

Miré, y he aquí un caballo amarillento, y el que montaba sobre él tenía por nombre La muerte, (...) y le fue dado poder sobre la cuarta parte de la tierra, para matar con la espada, con el hambre, con la peste y con los mordiscos de las fieras selváticas (Apocalipsis 6:1-8 El Nuevo Testamento).

Más tarde Marco Aurelio referente en la orientación filosófica estoica, adoptó una postura de resignación ante circunstancias irremediables, contemplando algunos hechos biológicos de manera tan natural como la muerte misma.

Cualquier cosa que pasa en el mundo, es, en el curso de la naturaleza, tan ordinario como una rosa en primavera, y un fruto en el verano. Como lo son las enfermedades y la muerte; [...] Hay entonces que contemplar las cosas del mundo, no como una mera sucesión de acontecimientos, sino en su admirable correspondencia y afinidad (Meditaciones).

Así pues, la asociación entre el hambre crónica y la Desnutrición es un nexo conocido desde tiempos antiguos, un problema de salud de carácter colectivo, pero no tomado como tal. Si bien algunos intentaron realizar una descripción clínica entre el medioevo y la edad moderna, lo cierto es que son incompletas, escasas o apenas mencionan el tema.

El abordaje del niño y adolescente como una entidad distinta a la del adulto en educación como en medicina es reciente también, tal es así que la palabra “pediatría” aparece escrita por primera vez en 1722 en el tratado *Paedogiatreja práctica*. Se describe tradicionalmente en semiología de adultos que el médico traduce los síntomas y signos del cuerpo. El síntoma se convierte en signo, dice Foucault (1966) “bajo una mirada sensible a la diferencia, a la simultaneidad, o la sucesión y a la frecuencia” (p.134). En pediatría esa traducción e interpretación se ve obstaculizada o favorecida por la madre, creemos que, si no se establece un buen “vínculo” entre madre e hijo, además no habrá una buena nutrición.

En la historia de la medicina existen varios ejemplos de enfermedades (la sífilis, por ejemplo) que no se había descrito como una entidad nosológica diferenciada. Justamente, los “síntomas” de la Desnutrición debieron ser “encontrados” bajo esa mirada sensible, y dependiendo cómo *miremos* la enfermedad, lograremos transmitir cómo abordarla y resolver el problema.

Recién a mitad del siglo XIX, se documentó la primera descripción de lo que ahora se conoce como Desnutrición proteico-energética. “En el primer volumen de la *Gaceta Médica de México*, se menciona una enfermedad calificada por el autor como desconocida y que se presentó en un pequeño pueblo cercano a la Ciudad de México (Hinojosa, 1865)” (Vega-Franco, 1999). Años más tarde Williams (1933) alude una enfermedad asociada al consumo de una dieta a base de maíz en niños de la colonia Inglesa Costa de Oro (actual República de Ghana).

Luego de la Segunda Guerra Mundial, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo para la Agricultura y la Alimentación tomaron la decisión de *intentar* unificar los criterios de diagnóstico e impulsar su investigación. “Se desarrolló una intensa actividad en la resolución de este problema, lo que permitió conocer sus particularidades clínicas y anatómo-patológicas, sus alteraciones bioquímicas y los cambios fisiológicos que ocurren en los órganos, aparatos y sistemas” (Vega Franco, 1999, p.331).

1.2 Consecuencias de la inequidad en la distribución de los recursos

Del análisis de la situación nutricional en América latina y el Caribe, a principios de la década del setenta, se evidencia un desequilibrio entre la producción, disponibilidad y

consumo de alimentos, lo que se traduce en enfermedades nutricionales por déficit en la ingesta alimentaria.

En los años ochenta, la ayuda alimentaria era popular en los Gobiernos del Norte, que vieron así la manera de deshacerse de sus enormes reservas, sin embargo, disminuyó en los noventa desde 15,2 millones de toneladas en 1992/93, cuando se efectuaban muchos envíos a los países en vías de desarrollo hasta 7,6 millones de toneladas en 1995/96, junto con la reducción de compromisos de los países donantes. Esta baja indica, en términos del Comité de Seguridad Alimentaria de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, 1999), una “disminución en la voluntad política para solucionar el problema” del hambre mundial.

Así, a finales de los 80, surgió la idea de un comercio libre global como nueva ortodoxia. Contribuyó a este cambio el hecho de que los países desarrollados tuvieron demasiado éxito en su propósito de autosuficiencia. El apoyo generoso dado a los agricultores, sobre todo en la Unión Europea, produjo grandes excedentes de alimentos. Para venderlos, los EEUU y la Unión Europea compitieron para dar las mejores subvenciones para las exportaciones de alimentos, manejando los precios mundiales, desestabilizando los mercados internacionales, e incurriendo en costos altos para sus contribuyentes (la mayoría no agricultores).

Con el correr del tiempo, en Argentina las transformaciones económicas y sociales tuvieron un impacto negativo en las condiciones de vida de la población. José Luis Zeballos (2003), Consultor de Sistemas de Salud Atención a las Emergencias y Desastres, detalla:

La crisis socioeconómica del 2001, produjo en el último período un fuerte aumento de la pobreza, de la desigualdad del ingreso y del desempleo. La fuerte caída del PIB, de -10,7% en el cuarto trimestre de 2001 y de -16,3% y -14,9% en el primero y segundo trimestre de 2002, respectivamente, tuvo importantes secuelas sobre el empleo. En mayo de 2002, según un informe del Instituto Nacional de Estadística y Censo, la tasa de empleo alcanzó el umbral más bajo conocido y la pobreza el punto más alto. Estimaba 55,6% de pobres y una tasa de empleo de solo 32,8 %. (p.27)

Las poblaciones afectadas presentaron en general déficit de peso, retardo en el crecimiento, trastornos en el aprendizaje, niveles reducidos de capacidad física, mayor predisposición a contraer enfermedades, que agravan aún más la Desnutrición cerrando un círculo vicioso. Este escenario provocó una gran pérdida de las potencialidades del capital

humano, elevados costos sociales y económicos, el aumento de la desocupación, la subocupación, el importante corrimiento de trabajadores hacia sectores de menor productividad y la consecuente consolidación del denominado sector informal.

El problema fue fundamentalmente el déficit de acceso a los alimentos. Se promovieron, en consecuencia, programas sociales al mejor estilo del modelo médico llamado hegemónico, dirigidos a paliar los efectos de la crisis, entre ellos, proyectos para mejorar los niveles de salud y nutrición.

Pero cuando estos programas se convierten en programas permanentes, las consecuencias son negativas, como reveló la Dirección General de la FAO (1999):

Cuando la asistencia alimentaria se vuelve estructural puede causar: la ruptura de los mercados internos, tener un impacto negativo en la producción local de alimentos, puede cambiar los hábitos alimentarios alejando a la población de sus alimentos tradicionales, y por encima de todo, está el hecho de crear una mentalidad asistencial en la población y en los gobernantes.

Al déficit de acceso de alimentos se suma el de malos hábitos alimentarios, explica Guillermo Zanuttini (2008).

De este modo reiteran, como sostiene Javier Auyero (2005) por ejemplo, prácticas clientelares relacionadas al paternalismo político culturalmente arraigado y reforzado desde los aparatos ideológicos del Estado, y aparecen cada vez más alejados de las demandas y percepciones de la ciudadanía, permitiéndoles establecer relaciones de dependencia y de miedo con la población, traducidas en la garantía de su permanencia; por un lado, para profundizar el divorcio entre representantes y representados y, por otro lado, corriendo el riesgo de llegada de gobiernos dictatoriales.

1.3 La Desnutrición como contenido del currículo universitario

El concepto de Desnutrición varía su significado, según lo utilicen políticos, antropólogos, médicos o biólogos, explican Carmuega y Durán (2000). Desde una perspectiva biológica podría entenderse a la Desnutrición como la incapacidad de las células para disponer de todos los nutrientes que requieren para expresar su potencial genético.

Los calificativos de la Desnutrición infantil como, por ejemplo, Desnutrición aguda, crónica, intra- hospitalaria, secundaria, primaria, proteico-energética, leve, moderada o grave

agregan confusión a la comprensión del problema. A ello se suma la ausencia de un indicador único e indiscutible para su diagnóstico, lo que obliga a la utilización de distintos instrumentos para su evaluación (alimentarios, antropométricos, bioquímicos, de riesgo social). Para cada uno de ellos existen criterios de normalidad que implican tanto la definición de una población de referencia como de un límite de inclusión, exponen Carmuega y Durán.

Por ejemplo, en la Argentina en el periodo 1990-1992, según la oficina regional de la FAO (2013) se estimaba que el 9% de la población (es decir 2.9 millones de personas) se encontraban en la denominada condición de *insuficiencia alimentaria*. Esta información contrasta con la prevalencia de Desnutrición aguda infantil descrita para el mismo periodo por el módulo de seguimiento de las metas sociales por la Encuesta Permanente de Hogares (2014) en la que está prácticamente ausente. Ambos son datos válidos de una misma realidad, elaborados con seriedad metodológica y representatividad poblacional. Esta aparente incongruencia se debe a la distinta definición del instrumento para evaluar Desnutrición.

Por tanto, no debe extrañar que, al analizar la información publicada en nuestro país, sea difícil poder establecer una magnitud al problema de la Desnutrición. A modo de ejemplo, la FAO utiliza el sintagma *insuficiencia alimentaria* considerando la distribución de la pirámide poblacional y las hojas de balance (resumen de la cantidad de alimentos disponibles para la alimentación humana por persona y por año) y estima la cantidad de personas que no están en condiciones de satisfacer sus necesidades energéticas mínimas.

En la mayor parte de los países no se dispone de datos directos y actualizados sobre el volumen de alimentos que se consume realmente. Por ello, para estimar la incidencia de la Desnutrición en los distintos países, la FAO ha elaborado un método que conjuga la información referente a la disponibilidad de alimentos y a la población con la información sobre el acceso a los alimentos (desigualdad en la distribución de los alimentos entre las familias) (FAO, 1999)

En las Facultades de Medicina de diferentes Universidades Públicas Argentinas los programas de Pediatría incluyen el tema Desnutrición entre sus contenidos, por tratarse de una patología prevalente en nuestro país. A pesar de datar desde los albores de la humanidad, el hambre y sus consecuencias no han sido estudiados como una enfermedad sino hasta apenas hace medio siglo. En efecto, su fisiopatología y descripción clínicas son recientes, como así también los planes de prevención, tratamiento y recuperación.

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF (1998) está desarrollando un

“nuevo marco conceptual para organizar el conocimiento científico” impulsando estrategias para enfrentar al problema de la Desnutrición. Una de las claves de este nuevo marco es reconocerla como una manifestación biológica de los efectos combinados de un aporte insuficiente de alimentos y de la enfermedad, las cuales están íntimamente relacionadas con el desarrollo social y económico. Por consiguiente, concluyen, la malnutrición no puede considerarse algo separado de otros problemas, sino un reflejo de ellos.

No obstante UNICEF define aun “Desnutrición” como: “El insuficiente aporte u obtención de nutrientes, condición resultante del consumo de una dieta inadecuada o mal balanceada, por trastornos digestivos, problemas de absorción u otras condiciones médicas” (UNICEF, 2006, p.3). Podemos observar que la anterior es una definición monodisciplinar, es decir desde lo biológico únicamente y adolece de las otras miradas necesarias, la de salud mental y la social. A mi criterio éste hecho, limita el estudio y resolución del problema.

En 2012 UNICEF publicó que “6.9 millones de niños menores de 5 años mueren cada año y más de la tercera parte se debe a la Desnutrición y cuyo poder destructivo prevalece en los millones de sobrevivientes que padecen discapacidades, sufren una mayor propensión a contraer enfermedades durante el resto de sus vidas o quedan mermados intelectualmente” (UNICEF, 2012, p.13). Asimismo, amenaza a las mujeres y a las familias; en última instancia, pone en peligro la existencia misma de sociedades enteras. Es una enfermedad prevalente de la infancia, de aquellos niños sumidos en la pobreza.

Cabe aclarar que la Desnutrición no se limita únicamente a la posibilidad de un niño de satisfacer su apetito, pues ese niño puede ingerir una cantidad suficiente de alimentos como para calmar su hambre inmediato y estar, sin embargo, desnutrido. “Si bien hace tiempo que se tiene conciencia de que la Desnutrición es consecuencia de la pobreza, la crisis mundial nutricional ha despertado poca alarma pública” (UNICEF, 1998, p.9).

Por lo anterior, frente a los efectos perversos de la mundialización mal entendida, al auge de intereses egoístas y al relativismo, la educación superior debe proclamar una escala de valores universales en la que el ‘Nosotros’ universal prime sobre el ‘Yo’, en la que “la ciencia y la tecnología se pongan al servicio de toda la Humanidad y no al servicio de intereses de algunos poderosos, en la que la solidaridad prime sobre la rivalidad” (UNESCO, 1998, p.16).

Y esta función comienza en primer lugar dentro de las instituciones de educación superior que deben ser conscientes de su cualidad como promotoras del desarrollo tanto económico como social, pues son las que forman a las autoridades del mañana. En este sentido, los nuevos roles de la universidad contemporánea, en cuanto a su cometido de formar profesionales, se reflejan en gran medida en la concepción y estructuración de sus respectivos programas, currícula o planes de estudios.

En efecto, en los *fundamentos* de una visión universal y situada de la educación superior en el siglo XXI, la UNESCO (1998) declara que

Al ser la educación superior el lugar de enseñanza, educación, asesoramiento e investigación, tiene que poner sus recursos intelectuales y su autonomía de pensamiento al servicio de una función de vigilancia y una función de estímulo que consisten en señalar las situaciones, en sus diferentes aspectos económico, social, político, científico y tecnológico, donde la Verdad y la Justicia son burladas (p.16).

En las instituciones de educación superior el proceso de enseñanza y aprendizaje se apoya en los materiales para la enseñanza, que vehiculizan la información que los estudiantes tendrán que apropiarse para su formación científica y profesional.

Recordemos que los materiales para la enseñanza, son herramientas culturales mediadoras de la acción específica de enseñar. En la amplia lista de materiales usados con intencionalidad didáctica, Litwin (2008) incluye instrumentos de laboratorio, libros de texto, videos, cine de ficción, literatura, revistas, documentos históricos, obras pictóricas, programas radiofónicos, documentales, pizarrones, Web-Quest, y una variedad creciente de recursos aportados por las Nuevas Tecnologías de la información y la comunicación (NTICs). En lo que atañe específicamente a los materiales para la enseñanza de esta problemática, en las universidades públicas de la Argentina, predominan los materiales impresos, particularmente los libros de texto.

No obstante, en lo que respecta a las disciplinas involucradas y a los contenidos curriculares de las mismas, cabe aclarar que la concepción de la Desnutrición y su enseñanza no siempre han sido iguales. La ciencia normal ha cambiado a lo largo del tiempo, y actualmente el modelo médico de atención tiene una concepción social, con un enfoque humanista que integra la biología, las relaciones sociales del paciente y la salud mental. Algunas facultades, a partir de los años noventa, han comenzado a expresarlo en los planes de estudio.

Por ejemplo, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario abordan el proceso que hace a la salud, entendida desde lo biológico, social y lo psicológico como el primer fin de la práctica profesional, aunque en una primera lectura, los libros de texto para la enseñanza dan cuenta del modelo médico hegemónico, representando esta situación una incoherencia entre la finalidad explicitada y los materiales que consultan los estudiantes.

Probablemente se pueda comprender mejor si repasamos el concepto de currículo oculto, contrapuesto a la noción del currículum formal, en razón a que no está explicitado en los planes de estudios no es abiertamente intencional, por el contrario, deriva de ciertas prácticas implícitas que, sin embargo, pueden ser tal vez más efectivas para la reproducción de conductas y actitudes. Las facultades de medicina no se encuentran exentas.

Éste conjunto de normas, actitudes, expectativas, creencias, prácticas e incluso omisiones se instala de forma inconsciente en las estructuras y el funcionamiento de las instituciones (Rojas, 2012) consolidando el desarrollo de la cultura hegemónica de las mismas y puede eventualmente dar como resultado una re-producción de valores, modelo médico de formación y atención médica.

Presenta tres características fundamentales (Gordon, 2005) que le confieren una especial capacidad de incidencia: actúa de forma subrepticia, de modo invisible, por eso es difícil detectar sus influencias y sus repercusiones. Influye de manera persistente y ejerce una influencia continua y por último tiene carácter omnipresente ya que está instalado en las vertientes estáticas y dinámicas del centro educativo.

Sabemos que el abordaje de la problemática de la Desnutrición de acuerdo a los paradigmas actuales, es interdisciplinario y complejo por ello el aporte del presente trabajo será el análisis de los materiales impresos (libros de texto) usados para la enseñanza de la Desnutrición.

Por todo lo anterior, el presente trabajo realizará un análisis de los actuales libros de texto para la enseñanza de la Desnutrición en las cátedras de Pediatría, de las Facultades de Medicina de Universidades Públicas de la República Argentina (Tucumán, Córdoba, Rosario, Buenos Aires y La Plata). La elección de dichas universidades públicas para la investigación

se fundamenta en que, de las mencionadas, egresan el 60% de los médicos en la República Argentina según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (2012).

Se propone entonces realizar una lectura comparada de los materiales impresos, libro de texto impreso, para la enseñanza del contenido Desnutrición, en las universidades públicas argentinas y establecer si poseen una mirada interdisciplinaria, es decir biológica psicológica y social, de acuerdo al paradigma de formación de recurso humano actual.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. La problemática de la Desnutrición

2.1.1 Cambio de paradigma. Situación nutricional como resultado de factores biológicos, sociales y psicológicos

Thomas Kuhn (1962) explica que los modelos de ciencia o paradigma, entendidos como el conjunto de prácticas que definen una disciplina científica durante un período específico de tiempo, cohesionan el sistema de saberes, identifican lo validado como información que, a su vez, se enseña como ciencia normal. Cambiar el paradigma sin duda resulta dificultoso, pues sus incoherencias y deficiencias aparecen como cualidades inherentes a la ciencia normal.

Respecto a la medicina en general y a las otras disciplinas que de una u otra manera involucra, como señala Leticia Artiles Visbal (2005), existen en la actualidad dos grandes paradigmas de atención: el modelo médico hegemónico y el modelo médico social. El primero se corresponde con el ámbito de la atención médica y se caracteriza por una concepción de la salud biológica, clínica e individual con un enfoque curativo centrado en la enfermedad, pero no elimina el aspecto social; por el contrario, lo subordina y reestructura de acuerdo con sus prioridades teórico-operativas, reduciéndolas a un factor más. En este planteo predomina una cultura médico-centrista que *expropia* al paciente del acto diagnóstico y la toma de decisiones.

En cambio, el modelo médico-social se corresponde con el ámbito de la atención de salud y se caracteriza por una concepción social, epidemiológica y comunitaria de la salud, con un enfoque humanista que integra la biología y las relaciones sociales del paciente.

Este último está dirigido hacia la prevención, la promoción de la salud y el logro de un estado de bienestar, así como al rescate de los procesos naturales y a comprender al paciente como sujeto activo en el acto diagnóstico. La toma de decisión es compartida, es decir promueve un empoderamiento para su salud.

En promoción de la salud, explica Sérgio Carvalho (2008), el empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las

decisiones y acciones que afectan a su salud. Se establece una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal.

El empoderamiento para la salud de la comunidad, continúa Carvalho, supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud sostiene la.

Por lo que, conociendo la importancia relativa de las causas subyacentes en el presente estudio de la Desnutrición, explica Mark Nord (2013), deben identificarse a nivel familiar como comunitario lo que implica que no existen soluciones universales, se precisa un enfoque sumamente descentralizado de la valoración, el análisis y las acciones en lugar de soluciones impuestas a escala nacional o mundial.

Al tenerse en cuenta la importancia de todos estos factores, la salud pasa a ser un problema social, explica María Isabel Hombrados (1997); es decir, se convierte en un área de interés no solo para la Medicina entendida en su sentido clásico, sino también para otras disciplinas como la Psicología, Sociología, Epidemiología, Nutrición. El nivel socio económico, objetivado a través de indicadores socioeconómicos como el Score de Graffar, aparece condicionando tanto el estado nutricional evaluado a través de parámetros clínicos, signos clínicos de malnutrición, así como del rendimiento escolar demuestra Daniza Ivanovich Marincovich (1992 y 2004).

En otras palabras, se ha hecho necesario ampliar el modelo de salud y enfermedad para que incluyan variables psicológicas y sociales que interactúan con los procesos biológicos, explica Hombrados (1997) tal como lo plantearon en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, la OPS/OMS y UNICEF (1978).

El modelo de formación médica predominante hasta mediados del siglo XX, tal como describe Raquel Abrantes Pêgo (2007) ha ido de la mano del modelo de atención por lo que no sorprende que también ha prevalecido el concepto de enfermedad como accidente o episodio más o menos aislado, del hombre como ser biológico y del ejercicio de la medicina como servicio netamente comercial.

Esta ideología no considera primordial el trabajo del equipo interdisciplinario, que se preocupe por la prevención y la promoción de la salud ni que estudie la problemática social en salud, es decir, la atención primaria de salud. En nuestro objeto de estudio, apunta Artiles Visbal (2005) se concibe a la falta de alimento como causa de la Desnutrición y proponen erróneamente contrarrestarla aportando solamente alimentos y nutrientes.

Por tanto, se requiere una respuesta que debe trascender lo biológico, amplía Artiles Visbal (2005), con un enfoque interdisciplinario donde el objeto de estudio, desde el punto de vista epistemológico, supone una interpretación unificada de las disciplinas que se ocupan de los problemas en salud y expresan distintos niveles, cada uno de los cuales demandan para su estudio conocimientos, métodos y técnicas propios. Requiere modificar los espacios de enseñanza, herramientas y seguramente materiales de enseñanza como veremos en el transcurso de esta investigación.

Ahora bien, en Argentina puede decirse en general, que la aplicación de los estándares en el proceso de acreditación de carreras de grado desde fines de los años noventa, tuvo una repercusión directa en varios aspectos del diseño y modificación de las carreras de medicina, generalizó la orientación de los planes hacia la formación para la atención primaria de la salud como perfil del médico a formar y exigió más formación práctica (Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología de la Nación, resolución 535/1999, Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CoNEAU) 2002 y Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología de la Nación, resolución 1314/2007).

Hace poco más de década, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario, presenciamos un verdadero cambio de paradigma en sus Lineamientos Curriculares Institucionales (2000) con respecto, al modo de estructurar el sistema de pensamiento científico y su transposición didáctica.

Los vínculos de las ciencias tradicionales con otros campos de racionalidad humana que involucran a la Tecnología y a la Ética, sus grados de autonomía y modos de interacción; y los diversos paradigmas que orientan el desarrollo científico como estrategias de interacción, de reconocimientos de incidencias, de búsqueda de coherencia (p. 9).

Se sientan así las bases, continúa más adelante el texto de Lineamientos Curriculares (2000), para abordajes de los problemas que la permanente realidad plantea, desde distintos campos y saberes, dando lugar a prácticas interdisciplinarias en sus distintas modalidades.

2.1.2 Patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud

Hace más de treinta años, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata realizada en el año 1978, la OPS/OMS y UNICEF (1978) definieron salud como:

aquel estado de total bienestar físico, social y mental y no simplemente la falta de enfermedades o malestares, siendo un derecho humano fundamental y convirtiendo a la búsqueda del máximo nivel posible de salud en la meta social más importante a nivel mundial, cuya realización requiere de la participación de otros sectores sociales y económicos en adición al sector salud.

Sin embargo, lo cierto es que hoy todavía el empleo de un único estándar o referencia para la evaluación de un parámetro biológico en cualquier país, insiste Lejarraga (2007), es una de las condiciones necesarias para la tarea clínica eficaz, la evaluación de las intervenciones, la comparación de la información y la confección e interpretación de las estadísticas de salud.

En 1994, un Comité de Expertos de la OMS llamó la atención sobre una serie de problemas biológicos y técnicos considerables que se habían encontrado en la referencia internacional de evaluación del crecimiento y nutrición recomendada por éste organismo. Uno de los más importantes señalaba que el crecimiento en los primeros años depende directamente del tipo de alimentación recibida. Los niños alimentados a pecho muestran una desviación negativa del peso y la estatura a ciertas edades tempranas, respecto de los alimentados artificialmente, remarca Mercedes Onis (s.f.).

Las recomendaciones de los estándares internacionales usados en ese momento podían interferir con prácticas nutricionales más saludables, recomendadas por la OMS (1994). Estas prácticas se refieren, básicamente, a la alimentación a pecho en los primeros seis meses de vida, la principal razón, apoyada por la comunidad científica internacional y que sustentó el proyecto.

Frente a estas diferencias, también detectadas en numerosos estudios adicionales, se consideró necesario confeccionar una nueva referencia internacional, y la Asamblea Mundial de la Salud por resolución número 47.5 (1994) encomendó entonces a la OMS la confección de estándares internacionales para la evaluación del crecimiento en niños alimentados al pecho.

Fue así que la OMS, con la colaboración de la Universidad de las Naciones Unidas realizó un estudio multicéntrico que incluyó varios países de los cuatro continentes: Pelotas (Brasil), San Francisco (EE.UU.), Oslo (Noruega), Accra (Ghana), Nueva Delhi (India) y Muscat (Omán).

Se llevaron a cabo dos estudios, cuyas muestras fueron seleccionada en todos los países con criterios muy estrictos de elegibilidad de la *subpoblación*, tanto primarios (nivel socioeconómico, baja altitud, baja morbilidad, proporción de madres que lactan, existencia de instituciones de apoyo a la lactancia), como secundarios (número de partos, conductas de salud en la población, atención pediátrica, inmunizaciones, etc.).

Los criterios de selección de *individuos* también fueron muy estrictos: *ausencia de limitaciones económicas y medioambientales* en el crecimiento, madre deseosa de seguir las recomendaciones de la OMS sobre alimentación (en el estudio longitudinal), embarazo a término (37-42 semanas), ausencia de morbilidad significativa, madre no fumadora (antes del parto y después de él) a saber:

- Estudio longitudinal de 0-2 años: la lactancia materna en los primeros seis meses de vida (más estrictamente, los primeros cuatro meses de la vida) fue una de las principales condiciones. Mediciones a las 1, 2, 4 y 6 semanas, mensuales a los 2-12 meses, y bimensuales de 13-24 meses. Total: 1.743 niños

- Estudio transversal de 18-71 meses: todos los niños fueron medidos una vez, excepto en San Francisco y Brasil que fueron estudios longitudinales mixtos (muchos niños fueron medidos trimestralmente varias veces). En esta muestra, la información sobre alimentación en los primeros meses fue por interrogatorio, y, por lo tanto, el tipo de alimentación en los primeros meses de vida no pudo confirmarse. Total: 7.554 niños.

La situación de la madre no es un dato menor, representa un indicador fundamental para medir con precisión el estado mundial de la infancia. Como los derechos de las mujeres y la infancia son complementarios y se refuerzan mutuamente, la igualdad entre los géneros promueve la causa de la supervivencia y el desarrollo de la infancia.

“Debido a que las mujeres son las cuidadoras primarias de los niños y las niñas, su bienestar está relacionado directamente con el de sus hijos” (UNICEF, 2007, p.17). Las

mujeres sanas, con educación y con poder, tienen más posibilidades de tener hijos sanos, bien nutridos, instruidos y con confianza en sí mismos. Cuando las mujeres son sanas, han recibido una buena educación y son productivas, los niños sobreviven y prosperan. Además, estos beneficios los heredan también las generaciones futuras, amplía el informe del Estado Mundial de la Infancia de UNICEF.

En el reporte de la International Food Policy Research Institute (2003) y el informe del Estado Mundial de la Infancia (UNICEF, 2007, p. 74), analizan las cuestiones relacionadas con la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, y afirman que uno de los obstáculos más poderosos para la realización de los derechos de la infancia y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas (2005) es la discriminación y la desigualdad de género.

En definitiva, se buscó conocer los patrones de crecimiento de los niños cuando se seguían las recomendaciones nutricionales de la OMS, alimentación a pecho los primeros seis meses de vida, en ausencia de limitaciones económicas, medioambientales y con madres emocionalmente dispuestas.

El Centro Nacional de Estadísticas de Salud o más conocido con su nombre en inglés National Center for Health Statistics (NCHS), es un organismo del Sistema Estadístico Federal de Estados Unidos, que ofrece información para orientar las acciones y políticas en salud.

En 1993, la OMS llevó a cabo un examen exhaustivo de las aplicaciones y la interpretación de los patrones antropométricos desarrollados oportunamente por la NCHS. Este examen llegó a la conclusión de que el patrón de crecimiento, que había sido recomendado para su uso internacional desde finales de los años setenta, no representaba adecuadamente el crecimiento en la primera infancia y se necesitaban nuevas curvas de crecimiento.

La Asamblea Mundial de la Salud apoyó esta recomendación en 1994. En consecuencia, la OMS llevó a cabo el Estudio multicéntrico sobre el patrón de crecimiento entre 1997 y 2003, a fin de generar nuevas curvas para evaluar el crecimiento y el desarrollo de los niños en todo el mundo.

Los patrones de crecimiento presentados, sostiene la OMS (2007), proporcionan una herramienta técnicamente robusta que representa la mejor descripción del crecimiento fisiológico para los niños menores de cinco años. Describen el crecimiento normal en la primera infancia bajo condiciones ambientales óptimas y pueden utilizarse para estudiar a los niños de cualquier lugar, independientemente de la etnia, la situación socioeconómica y el tipo de alimentación, concluye el Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo.

Respecto a datos recientes publicados de la situación nutricional en la Argentina, entre los años 2004 y 2005, el Ministerio de Salud elaboró la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2006) sobre una muestra probabilística de niños menores de 6 años de todo el país.

Básicamente, reveló algunas cuestiones, como por ejemplo que no hay Desnutrición aguda evaluada por el índice peso/talla. El promedio nacional de emaciación es de 1.2% de población de menores de 6 años. “Emaciados son aquellos niños cuyo peso presenta un déficit de 20% o más respecto del peso de un niño de su misma estatura de la curva de referencia nacional de la Sociedad Argentina de Pediatría” (UNICEF, 2014, p.19).

El promedio nacional de Desnutrición global, continúa la investigación realizada por el Ministerio de Salud (2006) y luego reproducido por UNICEF (2014), es de 3,8 % de la población en menores de 6 años. “Desnutrición global se define como aquellos niños cuyo peso para su edad y sexo se encuentra a -2 desviaciones estándares por debajo del promedio de la curva de referencia nacional de la Sociedad Argentina de Pediatría” (UNICEF, 2014, p.19). Los problemas prevalentes en este grupo son la anemia nutricional, el sobrepeso y en menor medida la talla baja.

2.1.3. Urbanización e infancia

En Argentina más del 90% de la población vive en áreas urbanas y con más del 30% concentrado en Buenos Aires y su área metropolitana. Aunque desde hace tiempo las ciudades se han asociado con el empleo, el desarrollo y el crecimiento económico, cientos de millones de niños en las zonas urbanas del mundo están creciendo en medio de la escasez y las privaciones, según describe el informe de UNICEF, el Estado mundial de la infancia: Niños y niñas en un mundo urbano (2012).

Si bien muchos niños disfrutan de las ventajas que ofrece la vida urbana, incluido el acceso a los servicios educativos, médicos y recreativos; se les niegan elementos esenciales como el agua potable, la electricidad y la atención de la salud, incluso a pesar de que viven cerca de estos servicios. Por lo que los niños que viven en la pobreza urbana detalla Raquel Rolnik (2012), están en condiciones similares a los niños pobres de las zonas rurales, o peores, desde los puntos de vista de la proporción entre estatura y peso, parámetros nutricionales y la mortalidad de menores de 5 años.

En este sentido, es crucial un enfoque de equidad en el que se dé prioridad a los niños más desfavorecidos dondequiera que vivan. UNICEF insta a los gobiernos a poner a los niños en el centro de los procesos de planificación urbana y a ampliar y mejorar los servicios disponibles para todos. Para empezar, se requiere información más precisa y rigurosa para poder identificar las desigualdades existentes entre los niños de las zonas urbanas y acabar con esas disparidades. La escasez de estos datos demuestra que estas cuestiones no se han tenido debidamente en cuenta, afirma el informe (2012).

Noel Solomons (2012) nos recuerda que la Desnutrición es una problemática multicausal y compleja, donde interactúan factores tanto sociales y psicológicos. Los niños que viven en condiciones de pobreza se ven sometidos, en mayor o menor medida, a un fenómeno de “privación múltiple”, dando un marco propicio para el inadecuado crecimiento y desarrollo del niño.

En este sentido, Susana Ortale (2008), antropóloga de la Universidad Nacional de La Plata advierte en su investigación, que el pediatra de atención primaria ha mostrado más interés en los niños desnutridos, que los médicos en el medio hospitalario; sin embargo, ha notado también que se omiten en las historias clínicas los factores de riesgo de padecer Desnutrición.

Esto es significativo, ya que si bien no especifica si la omisión es por desconocimiento del trabajador de la salud, u otra causa, el enfoque del problema variará si en su pensamiento, plasmado en la historia clínica, se consignan los factores de riesgo y los factores protectores.

Lo que hace la investigadora es, por un lado, plantear el interés del médico, pero por otro da cuenta de lo inacabado de su abordaje, al no tener todos los elementos para la solución. Por otra parte, coincide en que los cambios deben darse desde la convicción que es

la manera adecuada de actuar, con un sustento teórico brindado apropiadamente en el proceso de enseñanza y aprendizaje universitario, para que no quede en una mera declaración formal.

2.1.4 Dinámica de la alimentación. Su relación con el fenómeno de separación-individuación del ser humano

Durante la dinámica de la alimentación, el niño pequeño encuentra un nicho de oportunidades para manifestar conductas relacionadas con la fase normal de separación-individuación del ser humano, describe Jeanette Pardío López (2012), que alude básicamente al logro de funcionar de manera separada de la madre (o figura materna sustituta) pero con la disponibilidad emocional de ésta. Por su parte, el buen desarrollo de esta fase determina la salud mental del individuo. Asimismo, los fenómenos que se dan entre el bebé y quienes lo cuidan durante la situación de alimentación refleja aspectos de la relación entre los participantes, así como posibles vulnerabilidades en el niño mismo, como dificultades para succionar, masticar o mantenerse organizado durante la comida, entre otras.

La alimentación está además altamente influenciada por factores culturales y creencias sobre cómo, qué y cuándo se deben de alimentar a los niños. En la medida en que los padres, cuidadores y profesionales de la salud conozcan e identifiquen estas manifestaciones podrán influir positivamente en la salud mental del niño amplía Pardío López (2006).

Una de las posibles soluciones, descriptas por Verónica Undurraga (2006), que se han propuesto para combatir estas limitaciones, tanto de las personas en sufrimiento, como de los profesionales que tratan estos problemas, radica en lo que se conoce en la actualidad como "intervención temprana/preventiva".

El principio básico que sustenta este tipo de prácticas intervencionista se basa en la idea de que muchos problemas y contextos graves que generan psicopatología (maltrato, abusos, negligencia, abandono, institucionalización) solo pueden tratarse apropiadamente si se los enfrenta desde muy temprana edad.

Afortunadamente, este principio teórico ha dado enormes frutos de eficacia terapéutica basada en la evidencia dice Undurraga (2006). En un sentido más concreto, la intervención temprana generalmente se destina a las madres y sus bebés (sea en gestación o nacidos) con el

propósito de fomentar una relación de apego relativamente segura, confiable y protectora, que prevenga problemas presentes y futuros en el niño.

Por otro lado, dentro del campo psicoanalítico Pardío López (2006) cita tres conceptos básicos estrechamente relacionados con la dinámica de la alimentación. Los dos primeros versan sobre la fase normal de separación-individuación del ser humano y su relación con la dinámica de la alimentación. El tercero hace alusión al concepto del ideal del yo que, si bien no se relaciona con esta fase, influye de manera importante en las decisiones que toman los padres y cuidadores sobre los patrones alimentarios de los hijos. Este enfoque permite examinar de cerca lo que sucede entre el niño y sus padres en términos del proceso de diferenciación.

De acuerdo con Margaret Mahler: “el nacimiento biológico del infante humano y el nacimiento psicológico no coinciden en el tiempo. El primero es un acontecimiento espectacular, observable y bien circunscrito, el último consiste en un proceso intrapsíquico de lento desarrollo” (citada por Pardío López 2006, p.4). El fenómeno de separación-individuación implica el nacimiento psicológico del individuo y resulta decisivo para la estructuración de la personalidad del ser humano.

Es en este sentido importante la alimentación en la salud mental del individuo, por ser precisamente una de las primeras experiencias entre la díada madre-hijo. Así como el niño y sus padres tendrán que negociar la individuación, el fenómeno recíproco también ocurre, es decir, lograr establecer una estrecha relación emocional o apego, explica Bowlby (1989).

Como adelantamos más arriba, la fase normal de separación-individuación consiste en el nacimiento psicológico del individuo y decisivo para la estructuración de la personalidad del ser humano, alude básicamente al logro del pequeño de funcionar de manera separada de la madre, pero con la disponibilidad emocional de ésta. El proceso comienza alrededor de los cuatro o cinco meses de vida y dura hasta los 30-36 meses.

Estudios desde el punto de vista psicodinámico, a cargo de J. Miguel Hoffmann (2004), han demostrado que el niño encuentra en la dinámica de la alimentación una oportunidad para manifestar una serie de conductas propias del proceso de separación-individuación. En efecto, la dinámica de la alimentación, dada su importancia primordial para la supervivencia del niño y para sus padres, es una especie de *ventana* que permite observar

cómo el niño se vuelve un individuo, una persona. También permite ver cómo el pequeño confía en sus padres e interactúa con ellos mostrando así una relación de apego e intimidad.

Ahora bien, nos recuerda Pardío López (2006) el desenvolvimiento más o menos exitoso del proceso de separación-individuación del niño dependerá del tipo de respuestas que mostrará principalmente la madre o la persona que usualmente lo alimenta. El momento de comer puede ser placentero y agradable para el niño y quien lo cuida, o bien, tornarse en un momento frustrante y de conflicto para ambos. La calidad de la relación padres-bebé, en general, suele verse reflejada en las vicisitudes de la relación de alimentación en particular. En el niño, óptimamente es una oportunidad de intercambio y placer mutuo.

Al respecto Altmann (2001) agrega:

La sincronía es un elemento que se presenta en las secuencias de interacción temprana, donde el adulto debe adaptarse al comportamiento y a los ritmos del bebé. Las sincronías se representan a medida que madre e hijo buscan hacer coincidir sus ritmos mediante miradas, vocalizaciones y movimientos. De este modo, logran el acoplamiento que desencadena un momento placentero para ambos (p. 55).

Henry Massie y Kay Campbell (1978) desarrollaron una escala para la valoración del apego, tomando en cuenta, el intercambio de miradas que se produce entre madre y bebé, es decir, el contacto a través de este canal sensorial y su mantenimiento, la vocalización o realización de sonidos vocales de mutuo beneficio para la díada madre-bebé, el contacto físico o la comunicación piel a piel, iniciado tanto por la madre como por el bebé, el sostén, como la mutua y recíproca postura del pequeño y su madre, mientras el pequeño está sostenido por aquélla, el afecto, a través de las expresiones faciales como señal de estados emocionales, la proximidad y distancia.

Para el niño es muy importante cómo consigue autoafirmarse. Puede conseguirlo no sólo superando las barreras correspondientes al plano locomotriz, sino también mediante la aprobación de la madre. Significa que, si el niño ha sido reconocido por la madre, esta actitud impactará positivamente el complejo proceso de separación-individuación que ha emprendido el pequeño. Por el contrario, en el otro extremo, se encuentra el caso en que el niño consigue autoafirmarse, pero con la desaprobación de la madre. Esto sucede cuando logra hacer contacto con los alimentos sólo porque la madre se descuida, o bien, cuando ella muestra un fuerte enojo a sus iniciativas.

Durante la alimentación del bebé pueden ocurrir verdaderas confrontaciones entre los deseos e intereses del niño, por una parte, y por la otra los deseos y proyectos del cuidador; el lactante intenta realizar sus deseos y los padres también. El tema central es cómo se negocian estas contradicciones entre proyectos diferentes, explica Pardío López (2012).

La madre, por ejemplo, puede desear alimentar al niño rápidamente por estar muy ocupada, mientras que el bebé puede desear tomarse más tiempo, untarse el puré en la cabeza y él mismo dar comida a su madre. A partir de estas observaciones, Ainsworth (1969) propuso que el tipo de relación que se establece entre la madre y el hijo durante la alimentación se extenderá a otras áreas con una dinámica similar.

Para el niño estas experiencias son informativas y formativas de las futuras interacciones que tendrá con la madre, con ellas registrará un conocimiento sobre el grado de autoafirmación tolerado por el medio ambiente que lo rodea y, en especial, por la madre o quien sea su cuidador primario. A este fenómeno se le llama “permeabilidad social a la intrusión del individuo emergente”, explica Hofmann (2004, p. 104), que alude al espacio que se le concede al lactante para llevar a cabo sus propias experiencias, espacio que no sólo es mental sino también físico, sonoro y de tiempo.

Al respecto, Winnicott (1962) señala que “no es suficiente considerar al niño como una persona que tiene hambre y cuyos impulsos instintivos pueden ser satisfechos o frustrados, sino pensarlo como un ser inmaduro que está constantemente al borde de una angustia inconcebible o impensable” (p.75). Angustia justificada por el hecho de que el pequeño se encuentra en una etapa de dependencia absoluta de la madre, que lo sumerge en la constante incertidumbre de si ésta tendrá o no la capacidad de ponerse en su lugar y entender lo que él necesita.

En consonancia con lo anterior, otros autores, como Daniel Stern (1985) (en Pardío López, 2012), consideran que las experiencias afectivas no necesariamente se constituyen por el simple hecho de alimentar al niño, sino por la manera en que se lo alimenta. En otras palabras, si bien es sumamente importante ofrecerle al niño una dieta adecuada (el qué de la alimentación) también lo es, y en ocasiones hasta más el cómo se le está ofreciendo.

No sólo se pone en juego la nutrición adecuada durante la compleja dinámica de la alimentación, sino también la individualidad. Requiere el reconocimiento y respeto de la

diferenciación del ser que ha emergido, de la experimentación del sí mismo, en otras palabras, constituye el desarrollo y consolidación de la identidad del ser humano, del ser persona.

El segundo evento, relacionado estrechamente con la dinámica de la alimentación, es la expresión NO, que tiene dos significados: proceso normal de separación-individuación del ser humano, o proceso de identificación que desarrollan los niños con las figuras parentales, continúa Pardío López (2006). El lactante comienza a expresar negativas alrededor del tercer mes de vida; cuando la fase normal de separación-individuación está próxima a comenzar, en el terreno de la alimentación, el niño puede negarse al consumo de ciertos alimentos como una manera de enfrentarse al Otro; por su necesidad de definirse y afirmar su propia identidad. Asimismo, un pequeño puede percibir a la madre o cuidadora poco conectada con él y sus necesidades y, por lo tanto, rechazar los alimentos como una manera de repudiar esa desconexión. De acuerdo a Bowlby (1989), podemos decir que los niños están preparados para desarrollarse de manera socialmente cooperativa, que lo hagan o no depende en gran medida de cómo son tratados.

Otro significado que puede tener el gesto semántico NO se basa en el proceso de identificación por el que transitan los niños con las personas amadas (padres y cuidadores, principalmente). En este proceso los pequeños se apropian de todo lo que está disponible en él, gestos, acciones, actitudes, entonaciones. Gracias a esta identificación, consiguen una mayor objetivación de la madre, para luego, entonces, lograr una mayor objetivación de sí mismos. Es común, por lo tanto, observar a los niños utilizando el NO consigo mismo mientras juega a hacer algo prohibido. En cuanto a la alimentación, entonces, no resultaría extraño que el niño dijera NO al consumo de ciertos alimentos por el simple hecho de imitar a los padres o cuidadores.

Por último, el ideal del yo influye en las decisiones que toman los padres y cuidadores sobre la crianza de los hijos. Muchos padres se identifican con ciertos modelos que –sin mayores reflexiones– se empeñan en imitar y repetir permanentemente, y de manera voluntaria o involuntaria incitan a los hijos a seguirlos. En estos casos se dice que los padres tienen concepciones predeterminadas sobre los hijos, negándoles la oportunidad de que sean ellos quienes constituyan su propia identidad.

Así, es común que el ideal del yo de los padres se manifieste en el deseo de tener hijos delgados, que no se ensucien cuando comen, que no jueguen con los alimentos, que se coman

todo lo del plato, que no consuman golosinas. Más aún, es común encontrar madres obsesionadas con su peso corporal, precisamente, porque el ideal del yo marca que tienen que ser madres excesivamente delgadas y por lo tanto depositan esta misma preocupación en los hijos. Es en estos casos en donde las identificaciones parasitan el propio juicio de los padres y por consiguiente el de los hijos.

Por otro lado, si atendemos la definición del ideal del yo en función del narcisismo primario, podemos entender mejor por qué encontramos padres que buscan el reconocimiento de los demás por medio de la figura de los hijos. Así observamos que se esfuerzan desproporcionadamente por tener a los hijos más educados, mejor alimentados, más bonitos, delgados, limitando de esta manera las posibilidades de que los hijos emprendan iniciativas propias.

Pero si, por el contrario, los padres y cuidadores parten del hecho de que el nuevo ser es un individuo que no necesariamente debe formarse de acuerdo a sus estrictas normas, ni cumplir con un modelo definido de persona y que cuando tiene iniciativas propias no necesariamente se está distraendo de las metas fijadas para su desarrollo, habrá más espacio para que el pequeño forje su propia identidad.

Los aspectos emocionales tales como promover una relación de apego segura, una adecuada dinámica de la alimentación y su trascendencia en el desarrollo de la personalidad del ser humano son cuestiones a tener en cuenta en el análisis que se propone el presente trabajo

2.2. La formación Universitaria del médico

2.2.1 Interdisciplina y paradigma de la complejidad. Docencia universitaria y formación.

La interdisciplina, recuerda Roberto Follari (2013), aparece en América Latina en los años '70 como una cualidad de la llamada innovación educativa, dentro de un proceso de modernización generalizada de las instituciones de educación superior y centros de investigación. Demanda el conocimiento del objeto de estudio de forma integral, alentando la elaboración de nuevos enfoques metodológicos más adecuados para la solución de los

problemas, sin embargo, su organización resulta compleja, ante la particularidad de cada disciplina científica, que posee sus propios métodos, normas y lenguajes.

Follari diferencia multidisciplina y transdisciplina, términos muchas veces utilizados como sinónimos. Por multidisciplina se entiende a una forma de aplicación de discursos de disciplinas distintas a una temática en común, no integración entre las disciplinas. Follari (2013) lo diferencia de transdisciplina en que ésta utiliza leyes, categorías, modelos o teorías de una disciplina en otra. En cambio, en la interdisciplina a partir de leyes, modelos o teorías de ciencias distintas se produce un nuevo conocimiento que no estaba en ninguna de las ciencias previas.

Según Tamayo y Tamayo (2004) la interdisciplina es definida como un conjunto de disciplinas conexas entre sí y con relaciones definidas, a fin que sus actividades no se produzcan en forma aislada, dispersa y fraccionada, excluyendo la verticalidad en el desarrollo. Como proceso dinámico busca proyectarse, con base en la integración de varias disciplinas, para la búsqueda de soluciones a los problemas.

Los planes de estudio tradicionales de medicina se estructuran a partir de mediados del siglo XIX y esa estructuración, de inspiración positivista y fuerte arraigo en lo biológico, lo orgánico, lo somático, se ha mantenido en lo esencial a lo largo del siglo XX, dejando de lado la mirada interdisciplinaria.

Paralelamente, durante el último cuarto del siglo XIX y el primero del siglo XX se detectaron fenómenos que exigían explicaciones ante las cuales el paradigma imperante, apoyado esencialmente en la física, fracasaba, sostiene Kuhn (1962). Es así que comienza a surgir un nuevo paradigma alimentado por otro campo de las ciencias menos duro, el de las ciencias de la vida, sostiene Mariana Isern (2006). El nuevo paradigma evolucionó en términos de fecundidad y diversificación de campos de aplicación en la década de los 60, se lo comenzó a denominar paradigma de complejidad.

Sin embargo, hasta el día de hoy, existe una gran resistencia al cambio básicamente, sostiene Esther Díaz de Kóbila (2008), debido al sesgo biológico arraigado de manera no consciente en la subjetividad y que, por ello, se convierte en un obstáculo epistemológico, en un “conocimiento tácito” obstinado y resistente al cambio. Como diría Gastón Bachelard (1984), “el primer obstáculo es la experiencia básica, la experiencia colocada por delante de la

crítica necesaria” (p.27). Puesto que la crítica no ha obrado explícitamente, en ningún caso puede ser un apoyo seguro.

El paradigma complejo ha tenido consecuencias no sólo en asuntos científicos y culturales, de comprensión del mundo, sino que ha develado fenómenos en los cuales algunos aspectos y procesos son tremendamente negativos para los procesos de la vida.

Una analogía no casual del pensamiento complejo en el análisis de la realidad, se encuentra en las diversas consideraciones que puede uno hacer al enfrentarse a un tapiz de hilo, (complejo “viene del latín *complexus* que significa trenzado, entrelazado” (Diccionario Etimológico), recuerda Ignacio Medina Núñez (2006):

La imagen del tapiz está formada por hilos de diferentes colores y procedencia; el todo se explica por sus partes, pero las partes por sí mismas no son las que han producido ese todo específico, pero ese todo, aunque procede de esas partes, las sobrepasa; sin embargo, las partes también están en el todo y lo desbordan porque en el mundo de las posibilidades no sólo pueden formar ese todo sino muchos otros (p.115).

La metáfora del tapiz le permite a Edgard Morin formular tres principios explicativos del pensamiento complejo sobre lo real: el principio dialógico, el de la recursión organizacional y el principio hologramático.

El primer punto se refiere al concepto señalado por Morin en varios de sus trabajos “El principio dialógico significa que dos o más lógicas diferentes están ligadas siempre en una unidad, de manera compleja (complementaria, concurrente y antagónica) sin que la dualidad se pierda dentro de la unidad.” (Morin, 1990) (en Medina Núñez, 2006, 116). Si esto es así, la mejor mirada es la interdisciplinaria y no la especialidad de un solo sujeto y un solo campo.

En segundo término, la recursión organizacional significa que somos a la vez productos y productores. Morin (1994) (en Alfaro López, Héctor Guillermo, 2009) utilizó el proceso del remolino para significar el término. Cada momento del remolino es producido y, al mismo tiempo, productor, rompiendo la con la idea lineal de causa/efecto.

El tercero es el principio hologramático: no solamente la parte está en el todo, sino que el todo está también en la parte.

Adaptando este pensamiento, en una de sus lineamientos curriculares, la Universidad Nacional de Rosario, (Resolución Consejo Superior 1518/2001), avanza sobre la idea de

simplicidad, lo cual no significa buscar un conocimiento completo, desarrolla la autonomía y reflexión del sujeto, trabaja el conocimiento en procesos, reconoce la lógica de lo multisequencial para distinguir sin desarticular, ni segmentar; para no descartar los antagonismos, pero buscando la integración e instala en la problemática del conocimiento, el conflicto, la ambigüedad, el desorden y la indeterminación.

En ese sentido el paradigma de la complejidad sienta así las bases para abordajes de los problemas que la permanente realidad plantea, desde distintos campos y saberes, dando lugar a prácticas interdisciplinarias en sus distintas modalidades. La modificación del cuadro epidemiológico, afirma Leticia Artiles Visbal (2005), exige una respuesta que trasciende lo biológico, se trata de modificar los elementos ambientales, las relaciones sociales e interpersonales en que se desenvuelve el ser humano, el estilo de vida y la organización de los servicios de salud.

En este contexto, el modelo médico hegemónico de formación, no da respuesta a los nuevos requerimientos de actuación, a causa de la insuficiente formación integral de los docentes, los escasos conocimientos y limitada aplicación de las Ciencias Sociales en el ámbito de la salud, lo que minimiza la inclusión de la percepción de salud, de las emociones que el sujeto experimenta, los ambientes específicos donde se desarrolla y la diversidad individual y poblacional.

Para dar respuesta a las nuevas demandas del cuadro epidemiológico, sostiene Leticia Artiles Visbal (2005) es necesario entonces, incorporar en la formación de recursos humanos en salud los marcos teórico-metodológicos de las Ciencias Sociales. Se trata de asumir el modelo médico social como eje de formación académica, el cual constituye una perspectiva más abarcadora de la salud y favorece la coparticipación entre el personal de la salud y la comunidad en que está inserto.

Interdisciplina, docencia universitaria y formación

Una cuestión no menor es la constitución de espacios de aprendizaje y de capacitación en proyectos interdisciplinarios para formación de formadores, ya que la interdisciplinariedad y su aplicación no vienen dadas por sí mismas en las mentes de los docentes. Es necesario, para ello, afirma Edgard Morin (2003) “un proceso de aprendizaje con sustento

epistemológico, metodológico y tecnológico. Este aprendizaje concurre, por así decirlo, a una reforma del pensamiento científico en la acción de los docentes” (p.43).

En tal sentido Sylvia Helena Souza da Silva Batista (2008) sostiene que aproximar interdisciplinariedad y docencia universitaria, articula una nueva actitud frente al conocimiento, “un proceso de aprender a ser profesor en la enseñanza superior” (p.1).

La práctica docente va más allá de la actividad del profesor frente a sus alumnos, es una práctica social dentro de una sociedad que ha pasado a darle más atención a lo intersubjetivo, configurando acciones entre sujetos incluidos en circunstancias sociales comunes, sostiene Souza da Silva (2008). Ahora bien, agrega, debemos comprender la formación como construcción que tiene un trayecto histórico-científico, que trae una dimensión relacional y un enfoque de desarrollo docente permanente.

Corresponde concebir entonces la práctica del docente, superando la relación lineal, mecánica y bancaria, parafraseando a Paulo Freire, entre una teoría o conocimiento científico-técnico entendido como superior y una práctica de aula supeditada a éste, requiriendo de la habilidad de integración del conocimiento y de la técnica.

Donald Schön (1992) (en Àngels Domingo Roget, 2014) estudia esta habilidad, entendiéndola como un proceso de reflexión en la acción y sitúa el conocimiento de este proceso como condición previa necesaria para comprender la actividad eficaz del docente ante problemáticas singulares.

El trabajo en equipo se presenta como una posibilidad de construir algo diferente en la medida que pueda incorporar el concepto de diálogo por encima del de imposición, sostiene Alfredo Carballeda (2001). Una de las primeras cuestiones que aparece como compleja dentro de esta posibilidad se centra dentro de la “necesidad de discutir marcos conceptuales generales acerca del proceso salud - enfermedad, en la búsqueda de acuerdos y consensos, alrededor de los derechos de los pacientes, la noción de salud, la visión de problema social”, afirma Carballeda (2001), posiblemente desde allí sea factible la construcción de equipos de trabajo.

La conformación de un grupo o equipo de trabajo describe Carballada (2001) implica sostener los espacios de diálogo, donde cada integrante no pierde su singularidad, en un lugar en definitiva que se construye, convirtiéndose así en una entidad esencialmente dinámica.

2.2.2 Currículos tradicionales y currículos basados en aprendizaje basados en problemas

Tradicionalmente, la enseñanza de la medicina se efectuó bajo la orientación de los contenidos de las distintas asignaturas que integran cada plan de estudios. Esta orientación tiene varios problemas: mucho del conocimiento obtenido en la escuela de medicina será inválido o anticuado en el momento que el estudiante comience su práctica clínica, dado que el volumen de información continúa incrementándose en forma rápida, según Naisbitt (1986) (en Ana Cuadrado 2010, p.24), se duplicará cada veinte meses; por lo que asistiremos a una autentica inundación informativa. Además, este sistema falla en preparar a los alumnos para que continúen aprendiendo por sí mismos a lo largo de su vida.

El aprendizaje era receptivo ya que “el concepto predominante en el ámbito educativo se traducía en un proceso de llenado de las mentes de los estudiantes con la mayor cantidad de información posible, a través de la repetición y el ensayo” (Morales y Landa, 2004, p.149). Los estudiantes, según este concepto, almacenaban conocimiento en la memoria y la recuperación de la información dependía de la calidad de la codificación utilizada por ellos para clasificarla.

El documento "Médicos para el Siglo XXI," producido en 1984 por la Asociación de Escuelas Médicas de Norteamérica, resume con claridad éstos problemas identificados y entrega líneas generales de acción para su mejoría. El Encuentro Continental de Educación Médica de Punta del Este (Uruguay), realizado en octubre de 1994, es también un momento importante en el análisis de la situación y posibles soluciones para el problema en América Latina. La conferencia de Edimburgo de 1988, reseña Gual (2013) lo plantea en términos similares, y a esto se agregan las repetidas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, sobre la necesidad imperiosa de producir cambios fundamentales en las metodologías y orientaciones educacionales en todas las profesiones de la salud.

La profesión médica, que ha hecho probablemente más investigación al respecto, sin embargo, va muy detrás de otras afirma Venturelli (2003), como por ejemplo enfermería, que

se ha ido adecuando mejor a los cambios y necesidades de las sociedades en las que está inserta. Un riesgo importante en el que se cae a menudo es desligar la realidad de los cambios potenciales que se requieren, esto lleva a una actividad irrelevante, y por ser ajena a las prioridades de salud, deviene ineficiente.

La educación médica, entendida como un conjunto disciplinar en constante cambio refiere Rodríguez Menéndez (2007), adecuada a factores dependientes de las transformaciones sociales y al notable desarrollo de la ciencia y la tecnología en el ámbito del conocimiento biomédico y en ciencias de la salud, debe resolver con éxito los desafíos de un mundo en evolución constante.

Entre los instrumentos a emplear para el logro de estos objetivos, sostiene Venturelli (2003) se encuentran la actualización de los programas curriculares y la introducción de nuevas estrategias aplicadas al proceso enseñanza y aprendizaje. Las metodologías diseñadas para estos propósitos son el fruto de sólidas investigaciones educativas, cuyos resultados ocupan un espacio importante en la literatura médica y en publicaciones especializadas.

Es por ello que ya hace más de treinta años se inició en la Facultad de Medicina de la Universidad de Mc Master (Canadá), un estilo de enseñanza centrado en el estudiante y que tiene como una herramienta metodológica fundamental al Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). Posteriormente, esta metodología se propagó principalmente a tres universidades en distintos continentes: la Universidad de Limburgo en Maastricht (Holanda), la Universidad de Newcastle en Australia y la de Nuevo México en Estados Unidos.

Actualmente, este tipo de enseñanza es el de elección en más de 150 facultades de medicina en todo el mundo debido entre otros motivos a que el ABP promueve una participación más activa del estudiante en su propia educación, lo cual mejora el proceso del aprendizaje. Asimismo, se ha demostrado, refiere Venturelli (2003), que los estudiantes prefieren este sistema porque estimula las actividades de auto-aprendizaje al utilizar un número mayor de fuentes de información.

Howard Barrows (1986) enumera las seis características originales para el modelo de aprendizaje basado en problemas empleado en la escuela de medicina de la siguiente manera, es centrado en el estudiante, se produce en pequeños grupos de estudiantes, los profesores son facilitadores o guías, los problemas forman el foco original, estímulo para el aprendizaje y son

un vehículo para el desarrollo de habilidades para resolver problemas clínicos. La nueva información se adquiere a través del aprendizaje auto-dirigido construido sobre la base del conocimiento previo.

Según Piaget (1999),

Los aprendizajes más significativos, relevantes y duraderos se producen como consecuencia de un conflicto cognitivo, en la búsqueda de la recuperación del equilibrio perdido (homeostasis). Si el individuo no llega a encontrarse en una situación de desequilibrio y sus esquemas de pensamiento no entran en contradicción, difícilmente se lanzará a buscar respuestas, plantearse interrogantes, a investigar, a descubrir, es decir, a aprender (...)

En el aprendizaje basado en problemas pretende provocar un conflicto cognitivo, convirtiéndose en el motor afectivo indispensable para alcanzar aprendizajes significativos y además garantiza que las estructuras de pensamiento se vean modificadas.

Gijselaers (1996) recordando a Vygotsky, hace referencia a que los factores sociales y contextuales tienen influencia sobre el aprendizaje. La conducción de los estudiantes hacia la comprensión del conocimiento y a que sean capaces de utilizar los procesos de resolución de problemas se han convertido en las metas más ambiciosas de la educación superior.

Con el tiempo los puntos clave de consenso sobre la dirección que debe tomar la educación médica han ido apareciendo de forma cada vez más consistente. Venturelli (2003) diferencia las características del modelo tradicional del innovador, que centra la educación en el estudiante, se basa en problemas, es integrado, centrado en medicina comunitaria (aunque no excluye la hospitalaria) y asegura un aprendizaje sistemático.

Implica, amplía Pamela Labra (2011) que el estudiante pasa de una función pasiva a una activa y que durante sus años universitarios se ve envuelto en un proceso que le da las oportunidades de un aprendizaje relevante, que le permite aprender a usar el método científico, a encontrar buena información, evaluarla y a desarrollar una capacidad analítica superior.

Sabido es que el aprendizaje es más rápido cuando los estudiantes poseen habilidades para el auto-monitoreo, saber cómo piensa uno mismo, es decir practicar la metacognición. Javier Rodríguez Suárez (2002), explica que la resolución exitosa de problemas no sólo depende de la posesión de un gran bagaje de conocimiento, sino también del uso de los

métodos de resolución para alcanzar metas. Los buenos estudiantes, detectan cuándo ellos entendieron o no un texto y saben cuándo utilizar estrategias alternativas para comprender los materiales de aprendizaje.

La educación innovada se basa en problemas por ser el proceso normal de aprendizaje en la vida real de todo trabajador de la salud (Venturelli, 2003). El aprendizaje de temas aislados no permite analizar situaciones, en cambio los problemas, al establecer el análisis como método permanente, dan un entrenamiento analítico y llevan a la búsqueda de información relevante, que se fija mejor en patrones educacionales más efectivos que los tradicionales, ya que son los que corresponden a los contextos reales.

Además, los problemas son el medio que permite integrar y estudiar según necesidades concretas. Llevan a un resultado que se coteja con la realidad, el que debe ser, por lo tanto, eficaz y eficiente. También se confronta con la realidad de los problemas diarios, con sus dificultades éticas y la complejidad objetiva del medio en el que el estudiante se encuentra inserto permitiendo el aprendizaje sistemático. En otras palabras, los estudiantes deben hacer y pensar. Como señala David Perkins (2003) “si los alumnos no aprenden a pensar con el conocimiento que acumulan, esto equivale a que no lo poseen” (p.30).

José Venturelli afirma que “la calidad de la información, cuando se la confronta con la realidad, debe ser óptima” (p. 29). El uso de modelos relevantes por ende, permite que el estudiante aprenda a reconocer patrones que le serán de mayor utilidad. Las destrezas y actitudes no han sido consideradas como parte importante del proceso educacional tradicional, describen autores como Torp y Sage (1999), sólo se ha puesto énfasis en la cantidad de información. La información es lo más efímero de todo el proceso educacional, simplemente se olvida si no se practica ni se aprende en un contexto relevante.

La evaluación de los contenidos determina la forma de estudiar recuerda Venturelli (2003), por lo que debería tener como objetivo ayudar a que el estudiante madure y mejore en forma constante. Esto incluye que se le indiquen sus cualidades y se le facilite el proceso de reconocimiento de sus debilidades. Este proceso, en el que el docente es fundamental, lleva a que el estudiante pueda desarrollar destrezas analíticas y que le permitan planificar la corrección de sus deficiencias, así como desarrollar nuevas estrategias de trabajo.

En la educación innovada la evaluación formativa, en particular, se ha considerado de importancia primordial. Esquemáticamente consta de tres instancias, la autoevaluación, la co-evaluación y la evaluación por el tutor facilitador. Todas se basan en lo observado en las sesiones de tutoría y no en juicios de las características personales de los integrantes del grupo.

La descripción de lo observado permite identificar fortalezas y áreas que se deben corregir y no debe incluir ninguna especulación de las razones que motivaron ese comportamiento. Este proceso de evaluación se lleva a cabo de forma abierta aporta el profesor Luis Branda (2009), en un tiempo específico asignado en una sesión de tutoría y siguiendo las pautas o criterios previamente establecidos.

La evaluación sumativa en cambio, tiene por objeto establecer balances fiables de los resultados obtenidos al final de un proceso de enseñanza-aprendizaje. Pone el acento en la recogida de información. Se puede decir que pone al descubierto parte de los objetivos implícitos que tenía el docente, que son los que seguramente promovió de forma significativa en el proceso de enseñanza y los que el alumnado percibió como más importantes.

La educación tradicional, compara Venturelli (2003), se presenta como secuencial, desintegrada e impositiva. La necesidad de integrar las ciencias básicas con la clínica en forma constante y durante todos los estudios se basa en que las materias aisladas no permiten aplicar las ciencias básicas, que son las que han permitido el avance de la medicina, por lo tanto es conveniente que se inicie tempranamente en el cursado de la facultad, a fin de llegar a una rutina en este aspecto.

A lo largo del proceso de adopción del aprendizaje basado en problemas las distintas instituciones han logrado identificar claramente el efecto que produce en el aprendizaje refieren Morales y Landa (2004), de las que se pueden mencionar entre los más importantes la facilidad de la comprensión de los nuevos conocimientos, promueve la disposición afectiva y la motivación de los alumnos lo que resulta indispensable para lograr aprendizajes significativos.

Es de suponer que la aplicación de esta metodología de ABP en las diferentes Facultades de Medicina, tenga como correlato materiales de enseñanza y aprendizaje coherentes con esta modalidad. Particularmente, los libros de texto deberían contemplar esta

calidad integradora y en consecuencia, abordar contenidos básicos relacionándolos con los aplicados, además de hacerlo desde un enfoque que contemple la integración bio-psico-social.

2.2.3 Materiales impresos en el currículo

Pese a que se podría afirmar que no existe un término unívoco acerca de lo que se entiende por material didáctico, “la amplitud con que éstos son considerados y la diversidad de definiciones, conducen fácilmente a un problema” (Cabero, 2001) (en Maroto Marin, 2010). Según Ogalde Careaga, (1997) (en Morales Muñoz, 2012) “los materiales didácticos, podrían definirse como aquellos medios y recursos que facilitan la enseñanza y el aprendizaje dentro de un contexto educativo, estimulando los sentidos para acceder a la adquisición de conceptos habilidades, actitudes o destrezas”.

Se refieren a ellos como herramientas culturales mediadoras de la acción específica de enseñar, refiere la profesora María Fabiola Alvarado Pinedo (2010) de la UNLP, lo que supone considerarlos desde el punto de vista de la articulación entre los lenguajes en los que se expresan, los portadores en los que se inscriben, los proyectos pedagógicos de los que surgen y en los que se insertan y las posibilidades que ofrecen para la comprensión de saberes disciplinares por parte de los alumnos, reconociendo siempre como eje la mediación del docente.

Son empleados por los docentes e instructores en la planificación didáctica de sus cursos, como vehículos y soportes para la transmisión de mensajes educativos, manifiesta la profesora en Ciencias de la Educación María Galdeano (2006). Estos materiales didácticos en distintos formatos, (impresos, audiovisuales, digitales, multimedia) se diseñan siempre tomando en cuenta a quién van dirigidos, y tienen fundamentos psicológicos, pedagógicos y comunicacionales, aclara Marco Antonio Ayala López (2014) profesor de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

Ahora, si bien los términos material y recurso se emplean generalmente de manera unívoca y hasta viciosa, Isabel Molina (2005) de la Universidad Nacional del Litoral, sostiene que los recursos didácticos son todos aquellos elementos físicos que sirven de mecanismos auxiliares para facilitar y procesar los elementos de la enseñanza en vistas a lograr un aprendizaje posterior. Incluirán entonces: lápices, marcadores, papel, pizarra, así como, cañón y computadora.

En cambio, continúa Molina (2005), los materiales didácticos son aquellos recursos ya "mediados" pedagógicamente, ya transformados para hacer más efectivo el proceso de enseñanza y aprendizaje, entre estos encontramos una hoja de aplicación imágenes, un archivo digital de audio con los ruidos cardíacos grabados, un papelógrafo, maquetas hecha con plastilina, un Moulage para práctica de habilidades, un libro de texto.

Caracterización y tipos de materiales impresos para la enseñanza

Citando a Alicia Vázquez (2010) profesora de la Universidad Nacional de Río Cuarto, se puede decir, en primer lugar, que en las instituciones de educación superior el aprendizaje “se apoya en gran medida en los materiales escritos que vehiculizan la información de la que los estudiantes tendrán que apropiarse para su formación científica y profesional” (p. 18).

En segundo lugar, continúa Vázquez (2010), esa información “representa el saber aceptado por las comunidades académicas” (p.18) el cual se expresa en la literatura de acuerdo a los modos propios de circulación y validación del conocimiento dentro de contextos especializados de producción científica.

Existen numerosos y variados tipos de materiales impresos que pueden utilizarse con una finalidad pedagógica. Evidentemente, la identificación y clasificación de este tipo de materiales depende del criterio utilizado para tales efectos. En este sentido, Cathleen Flanagan perteneciente al Educational Systems and Learning Resources de la Universidad de Utah elaboró una clasificación de los principales materiales impresos que pueden emplearse en el aula (recopiladas por Manuel Área Moreira (1994), de la Universidad de la Laguna, los libros de texto con o sin ilustraciones, libros de consulta, los folletos y las publicaciones periódicas.

Mejorar la calidad de la educación superior, supone entre otras muchas actividades, mejorar los materiales escritos que se utilizan en el proceso de enseñanza y aprendizaje. Este perfeccionamiento, afirma el Licenciado Juan Ramón Liébana de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, España, puede realizarse desde “la elaboración misma de los materiales, cosa poco frecuente en la educación, en su buena selección de materiales, así como en la adecuación de actividades de aprendizaje con los materiales que se encuentran ya en el mercado” (p.9).

Los libros de texto, describe Área Moreira (2009), son el tipo de material impreso más utilizado, importante y extendidos en la enseñanza, redactados con una finalidad exclusivamente pedagógica. Los libros de consulta normalmente suelen ser complementarios de libros de texto pues se elaboran como fuentes de consulta de una información específica. Contienen una gran cantidad de datos e informaciones organizados de forma alfabética, cronológica o por temas, como por ejemplo las enciclopedias, los diccionarios, los atlas y manuales. Por último los libros ilustrados que se caracterizan por ser un tipo de publicación en la cuales el material visual y el textual tienen una importancia similar.

Si bien en la clasificación original de Flanagan el tratado se encuentra entre los “libros diversos”, considero necesario definir qué se entenderá por Tratado en esta investigación, básicamente considerando hacia quiénes se encuentran destinado el material. Sabido es que el estudiante de medicina no posee las mismas habilidades metacognitivas (hábitos, destrezas, conocimientos y recursos) que el profesional graduado.

El tratado es un género literario perteneciente a la didáctica, que consiste en una exposición integral, objetiva y ordenada de conocimientos sobre una cuestión o tema concreto; para ello adopta una estructura en progresivas subdivisiones denominadas apartados. Adopta la modalidad discursiva del discurso expositivo, se redacta en tercera persona y se dirige a un público especializado que desea profundizar en una materia, por lo que ha de estar elaborado con una lengua clara y accesible, fecunda en precisiones de todo tipo, definiciones, datos y fechas, que se aportan con frecuencia, en el llamado aparato crítico.

A su vez, desde hace unos años el libro electrónico se presenta como una alternativa a los medios impresos. Al ser un soporte relativamente nuevo, el término “libro electrónico” no se encuentra exento de ambigüedades y controversias. Se lo llama así tanto al dispositivo electrónico utilizado para almacenar, reproducir y leer un texto en formato digital como al texto digital en sí mismo.

Hoy por hoy se puede acceder en Internet a textos, manuales y libros de diversas disciplinas, materiales en su mayoría en formato PDF con opciones de descarga e impresión. Los archivos también pueden descargarse en formato ePub, es decir, como libro electrónico propiamente dicho.

Si bien la generalización de estos medios, fundamentalmente entre los adultos jóvenes, es cada vez mayor, aún hoy no constituyen una alternativa consistente, sobre todo por los

recursos tecnológicos que son requeridos para su uso, privativo para determinados sectores, e incluso, es posible que para algunos de ellos aún no sea visto como una necesidad.

Por su parte los folletos –muchas veces utilizados en los centros de atención primaria de salud como material informativo o de divulgación– son publicaciones que en principio, no tienen fines educativos, pero pueden convertirse en un material relevante para el estudio de ciertos temas.

Por último, si bien las publicaciones periódicas como las revistas científicas no se elaboran con propósitos específicamente instructivos, comprenden publicaciones científicas que relatan trabajos empíricos y teóricos originales, dentro de un campo científico determinado, informando sobre las nuevas investigaciones, por lo que Área Moreira (2009) propone que deberían ser materiales frecuentes en la práctica de la enseñanza ya que su actualización es más ágil que la de los libros.

Un ejemplo en medicina es el Programa Nacional de Actualización Pediátrica – (PRONAP) nace en 1993 en el seno de la Sociedad Argentina de Pediatría con el objetivo primordial de democratizar y actualizar el conocimiento en forma programada y continúa en el tiempo, con una modalidad a distancia, pionero en América Latina, dirigido a todos los pediatras interesados en actualizar sus conocimientos y en mejorar su práctica profesional a favor de la salud infantil.

Dentro de éstas líneas de trabajo y considerando que algunas Cátedras de Pediatría recomiendan a sus alumnos algunos artículos publicados por el PRONAP la Sociedad presentó "Temas Seleccionados para el Pregrado de Medicina".

Elaboración de materiales escritos

Si bien no existen prescripciones definitivas sobre cómo diseñar eficientemente textos educativos, Area Moreira (2009) los ha clasificado en función de tres grandes parámetros. Una orientación de corte tecnológico, una orientación industrial o empresarial y por último una orientación experiencial o práctica.

Son libros de textos elaborados desde una racionalidad tecnológica, los que se desarrollan a partir del conocimiento y evidencias de la investigación empírica sobre el aprendizaje con material textual, refiere Juana María Sancho (2001). No obstante, reconoce

Area Moreira (2009) que las investigaciones no han respondido a la mayoría de los interrogantes planteados y que no existen prescripciones definitivas sobre cómo diseñar eficientemente textos educativos.

Una de las propuestas técnicas más coherentes y completas, según el mismo Area Moreira (2009), sobre el diseño desde ésta perspectiva, han sido formuladas desde la denominada Teoría de la Elaboración de Reigeluth y Stein. José María Rodríguez Jiménez (2008) la explica así:

(...) Cuya secuencia elaborativa se fundamenta en el principio de que los contenidos de enseñanza tienen que ordenarse de manera que los elementos más simples y generales ocupen el primer lugar, incorporando después, de manera progresiva, los elementos más complejos y detallados (p.8).

Durante la década de los noventa, se desarrollaron abundantes investigaciones –entre ellas los de Gimeno Sacristán (1994) – que dieron cuenta de que la mayor parte de los libros de texto utilizados en instituciones educativas son de origen comercial y que no sólo responden a fines pedagógicos, sino también a intereses de rentabilidad económica de la empresa que los produce.

Las producciones de estos materiales se modifican de acuerdo a una lógica comercial y no como consecuencia de la dinámica cultural y pedagógica (Apple, 1984 y Gimeno Sacristán, 1994). Asimismo muchos, se basan en teorías de aprendizaje que conducen a unas determinadas prácticas docentes que tratan a alumnos y a profesores como objetos pasivos de conocimientos y orientación.

Por último Área Moreira (2009) describe que en ocasiones se elaboran materiales impresos desarrollados principalmente por profesores desde su experiencia profesional en la puesta en práctica del currículo, llamados “apuntes de clase”, cuyas características artesanales no siempre presentan la calidad tanto técnica como pedagógica deseable, pero son fruto de la práctica, de la reflexión y actividad de grupo de profesores. La ventaja de estos materiales es que son elaborados con el criterio de ser útiles y adecuados a las características del contexto de enseñanza desde donde son generados, así como por estar adaptados a alumnos con unas características específicas.

Sin embargo, la elaboración por parte del grupo de profesores, que facilita el acercamiento a los contenidos más apropiados y contextualizados debe ir acompañado

también de una guía que oriente a los estudiantes a la consulta propia de la bibliografía complementaria, para enriquecer la construcción de sus propias elaboraciones.

Un acuerdo importante surge de la reunión técnica organizada por la Organización Panamericana de la Salud/Observatorio Regional de Recursos Humanos de Salud, en diciembre del año 2012, denominada "Educación médica hacia la APS renovada y libros de texto" (2013), se recomendaron libros de textos que apoyen el aprendizaje de la atención primaria de salud y se reconoció la necesidad de editar libros más adecuados al contexto latinoamericano.

Sera tal vez el camino, elaborar los materiales escritos mediante un trabajo compartido entre los expertos de las distintas disciplinas y los especialistas en elaboración de materiales para educación, de acuerdo a Fernanda Ozollo (2008) de la Universidad Nacional de Cuyo, es decir que aglutine a los actores en todo el proceso de producción y por ende en la toma de todas las decisiones didácticas y en los ajustes que sea necesario realizar a partir de lo que surge del mismo proceso.

Selección de un material didáctico

Debido a que es de suma importancia una selección adecuada de un material didáctico efectivo que propicie una situación de aprendizaje exitosa, no basta con que se trate de un buen material, ni tampoco es necesario que sea un material de última tecnología. Se debe tener en cuenta su calidad objetiva y en qué medida sus características específicas, están en consonancia con aspectos curriculares de un contexto educativo determinado.

María del Fresno Fernández (2012) en su tesis de doctorado afirma:

La selección, debería realizarse contextualizada en el marco del diseño de una intervención educativa concreta, es decir considerando todos los aspectos mencionados y teniendo en cuenta los elementos curriculares particulares que inciden. La cuidadosa revisión de las posibles formas de utilización del material permitirá diseñar actividades de aprendizaje y metodologías didácticas eficientes que aseguren la eficacia en el logro de los aprendizajes previstos (p.99).

Es fundamental conocer cuáles son los objetivos educativos que se pretenden lograr, qué contenidos se van a tratar utilizando el material, las características del receptor, dónde se piensa emplear el material didáctico que se ha seleccionado y qué estrategias didácticas se pueden diseñar (FLACSO, 2014), considerando la utilización del mismo. Estas estrategias

contemplan: la secuenciación de los contenidos, el conjunto de actividades que se pueden proponer a los estudiantes, la metodología asociada a cada una, los recursos educativos que se pueden emplear.

Sin embargo, situar la discusión solo en los instrumentos o en los recursos mismos deja de lado algo fundamental: la adopción de criterios fundamentados (Ángeles Soletic, 2000 y Paz Prendes Espinoza, 2001, Marco Antonio Ayala López, 2014) para seleccionar materiales escritos que brinden oportunidades para generar buenas prácticas de enseñanza.

La profesora Ángeles Soletic (2000), recuerda que en muchas de las experiencias, los materiales han terminado por convertirse en una propuesta rígida, petrificada, generándose así un fuerte cuestionamiento desde el punto de vista de las concepciones del conocimiento implícitas en ellos, pudiendo correr el riesgo de ser excesivamente estructurados y de ofrecerlo, parafraseando a Nieves Blanco (1994) (en Soletic, 2000), “como único, no controvertido y seguro, introduciendo a los estudiantes en una relación social jerárquica con ese conocimiento”.

Actualmente, los alumnos acceden a una variedad de material bibliográfico, que se renueva de acuerdo con los cambios en el campo y los avances en la investigación, que continúan incrementándose rápidamente, a los que se adosan guías de estudio o actividades de comprensión, a través de las cuales se hace explícita la propuesta de enseñanza y se orienta el aprendizaje (Ángeles Soletic, 2000).

Esta metodología, no siempre llevada a cabo como veremos, tiene por propósito incorporar las más recientes producciones científicas académicas, además permitir al alumno reconocer la adopción de múltiples perspectivas y posturas, amén de permitirle desarrollar la habilidad de construir sus propias redes de información.

La centralidad de los libros de textos en el proceso de enseñanza y aprendizaje

Las formas a través de las cuales representamos nuestras concepciones del mundo tienen influencia sobre lo que somos capaces de decir de él, explica Elliot Eisner (1998) catedrático de Educación y Arte en Stanford University.

Creamos en un texto un mundo diferente del que podemos representar en una fotografía, la elección de una forma no solo influye sobre lo que podemos decir, sino

también sobre lo que entendemos como experiencia. Por otra parte, el almacén conceptual que empleamos dirige la atención a maneras particulares, y por lo tanto lo que experimentamos se forma a través de éste almacén. Las preguntas que hacemos, las estructuras teóricas que utilizamos, guían nuestra indagación (p.44).

La centralidad de los materiales escritos expresa una concepción de la cognición en la que el pensamiento y el conocer están limitados a formas de actividad mental exclusivamente discursivas, afirma Ángeles Soletic (2000). Completa su argumento citando a Elliot Eisner (1998a), quien su libro *Cognición y curriculum* afirma que el modo de representación históricamente privilegiado en el proceso de escolarización ha sido el lenguaje proposicional, y que por ello, para los alumnos, los textos escritos constituyen la fuente más legítima de conocimiento (p. 3).

En el mismo sentido, cuando David Olson (1998) (en Paula Carlino, 2005) señala la estrecha relación que existe entre la cultura escrita occidental y las formas de pensamiento que se valoran y se fomentan a través de la escolaridad: “el conocimiento legítimo se identifica con lo que aprendemos en la escuela y en los libros. La habilidad para leer y escribir proporciona la vía de acceso a ese conocimiento” (p.144).

Sin embargo el libro de texto ha sido cuestionado por diversas corrientes pedagógicas por la dependencia que genera en el docente. Manuel Área Moreira (1996) enumera:

Tanto la Escuela Nueva, como la pedagogía Freinet, las propuestas alternativas radicales a la escuela como las de Illich o Neill, la pedagogía constructivista, la enseñanza programada, así como toda la tradición representada por la Tecnología Educativa, corrientes pedagógicas que a veces poco tienen que ver entre sí, han coincidido en criticar el uso masivo de este medio de enseñanza en las escuelas (p.4).

Actualmente el libro se debate en el contexto de la sociedad del conocimiento donde las tecnologías de los últimos cincuenta años están favoreciendo cambios en el procesamiento de la información, del mismo modo que en su momento lo hicieron la escritura y la lectura. Esta relación entre la tecnología y las habilidades de procesamiento de la información han sido analizadas por Raffaele Simone (2000) (en Paz Prendes Espinoza, 2004), al señalar que existen dos tipos de inteligencias, no excluyentes, pero sí dominante una sobre la otra.

La primera, comienza Simone (2000) es una inteligencia secuencial que se caracteriza por el análisis y la articulación de estímulos situados linealmente, como sucesión de signos ordenados. La tecnología representativa de este tipo de inteligencia ha sido el libro. En

cambio en la inteligencia simultánea, nos aproximamos al conocimiento a través de la simultaneidad estímulos, cercana a la visión no-alfabética (lectura de imágenes) y a la escucha oral. Opera con datos simultáneos y en consecuencia ignora el tiempo.

De todas maneras, los libros de texto continúan representando la tecnología hegemónica en gran parte de los procesos de enseñanza y aprendizaje (Prendes Espinoza, 2009). Las universidades nacionales no escapan a esta premisa: “Se caracterizan por codificar la información, mediante la utilización del lenguaje textual, el sistema simbólico dominante” señala Soletic (2000)

En muchos casos son medios exclusivos, en numerosas aulas predominan y en otras se complementan con medios audiovisuales y/o informáticos, pero en todas, de una forma u otra, están presentes.

2.3. Síntesis de la situación problemática

Presenciamos un cambio de paradigma que identifica la situación nutricional como resultante de factores biológicos, sociales y psicológicos para lo que es necesario un abordaje interdisciplinario, no solo de interés para la Medicina sino también para otras disciplinas como la Psicología, Sociología, Epidemiología, Nutrición, que se preocupen por la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, que estudien la problemática social en salud, como lo delinea el modelo de atención médico-social.

Con el objeto de realizar una tarea clínica eficaz, evaluar intervenciones, comparar información y confeccionar e interpretar estadísticas, se consideró necesario elaborar patrones de crecimiento estándares internacionales de acuerdo al nuevo paradigma. Para la elaboración de dichos estándares, se evaluaron el crecimiento de niños alimentados convenientemente, sin limitaciones económicas o medioambientales, como la planificación urbana y apropiada dinámica de la alimentación con un desarrollo de un apego seguro.

Se pudo, entonces, apreciar lo expresado en el párrafo anterior: si un niño no crece adecuadamente, puede deberse también a una fuerte influencia del contexto. Ahora bien, **el posible papel de la estimulación psicosocial en el crecimiento, continúa al día de hoy siendo muy controvertido**. Estudios realizados por Grantham – McGregor (1991) y Singla (2015), constataron que la estimulación no tuvo ningún efecto sobre el crecimiento pero si

sobre el desarrollo, alcanzando mejores coeficientes de desarrollo aquellos que recibieron suplemento nutricional más estimulación. Mientras que los mismos autores años más tarde (Grantham – McGregor, 2012) concluyeron que los niños que recibían algún tipo de estimulación mostraban un significativo beneficio en su crecimiento y desarrollo.

En cuanto al modo de representación preponderante en el proceso de enseñanza y aprendizaje, en nuestro caso el abordaje de la problemática de la Desnutrición, ha sido el lenguaje proposicional por lo que los textos escritos constituyen la fuente más legítima de conocimiento y en la actualidad siguen representando la tecnología hegemónica en el ámbito universitario.

Frente a estas ambigüedades, me dispongo a analizar el tratamiento de esta temática en los libros de texto, en el marco de los contextos de la enseñanza universitaria pública en nuestro país.

3. ENFOQUE METODOLÓGICO

Respecto a la investigación en educación Marco Antonio Moreira (2004) sostiene:

que la producción de conocimientos sobre educación en ciencias es la búsqueda de respuestas a preguntas sobre enseñanza, aprendizaje, currículum y contexto educativo en ciencias, así como sobre el profesorado de ciencias y su formación permanente, dentro de un cuadro epistemológico, teórico y metodológico consistente y coherente en el cual el contenido específico de las ciencias está siempre presente (p.2)

Como la asunción de una postura epistemológica en el abordaje de un problema educativo, es una de los grandes dilemas en el desarrollo de los procesos de investigación educativa, es inevitable especificar los principales paradigmas de la investigación educativa, que servirán de sustento de la postura metodológica de la presente tesis.

Los tres paradigmas más destacados dentro de la investigación educativa (Sánchez Santamaría, 2013) son: el paradigma empírico – analítico / cuantitativo, el paradigma interpretativo / cualitativo y por último el paradigma socio – crítico / orientado a la práctica educativa.

En un análisis de las principales características y diferencias entre los paradigmas, Murillo Torrecilla (2012) identifica la primera en el mismo objetivo de la investigación científica, que para el paradigma cuantitativo, es la explicación causal fundamentalmente, seguida de la predicción y el control. En cambio, para el paradigma interpretativo, el fin último es la comprensión del propósito y del significado. Y para el paradigma crítico es la liberación, la crítica y el cambio social.

El paradigma empírico analítico / cuantitativo ha sido el de mayor influencia en el campo de la educación, tal es así que hasta mitad del siglo XX ha sido el referente en investigación educativa. Como proviene de las ciencias físico - naturales se basa en que todo conocimiento para ser válido se obtiene a partir de la experiencia.

Considera que el mundo natural existe al margen del investigador, es decir la realidad objeto de estudio es objetiva e independiente del sujeto que se aproxima a ella. Plantea que el estudio del mundo social debe hacerse del mismo modo que con el mundo natural, identificando la regularidad de los fenómenos a través de relaciones causa - efecto. La forma

de acceder al conocimiento es mediante la experimentación – observación sistemática (hipotético –deductivo).

Se le critica su reduccionismo ya que no contempla dimensiones como la ideología, las características sociales y culturales de los contextos. La pretendida objetividad queda en entredicho ante realidades complejas y cambiantes como la educativa y de alguna manera fomenta la separación entre teoría y práctica (Lukas y Santiago, 2004).

Bajo el nombre de paradigma interpretativo/cualitativo se agrupan una serie de escuelas de pensamiento diversas que nacen en reacción u oposición a los planteamientos positivistas, debido a la incapacidad de abordaje y comprensión a objetos de estudio como la realidad social (Sánchez Santamaría, 2013).

El objeto de investigación es la acción humana, a diferencia del positivismo que es la conducta humana. Desde éste enfoque la realidad educativa es una “construcción social que deriva de las interpretaciones subjetivas y los significados que los participantes le otorgan” (Santamaría, 2013, p 96).

La finalidad de cualquier investigación que asuma éste paradigma es comprender y describir la realidad a través del análisis de las percepciones e interpretaciones de los sujetos intervinientes en las diversas situaciones objeto de investigación. Desde ésta perspectiva se ha logrado una mayor comprensión de una realidad compleja, con un impacto positivo en el desarrollo de prácticas educativas contextualizadas y mejorando la conexión entre teoría y práctica, que se le critica al positivismo.

Éste paradigma no se encuentra exento de críticas, entre las que sobresale (Lukas y Santiago, 2004) la subjetividad desesperada, que lleva a diferentes intérpretes a obtener significados distintos. La ausencia de un método formalizado y su carácter exploratorio no le permite el contraste científico de las hipótesis.

En el paradigma socio crítico, explica Sánchez Santamaría (2013)

pretende superar el reduccionismo del positivismo, al afirmar que la educación no es empíricamente pura en el sentido de homologable a cualquier otra ciencia física natural, a la vez que superar el conservadurismo del paradigma interpretativo, al no cuestionar a través de la investigación el statu quo establecido, ya que los socio-críticos defienden un sistema educativo más justo y en el que hay que tomar

conciencia del papel que la cuestión ideológica juega en la configuración de las prácticas educativas (p.97).

Algunas de las características destacables de éste paradigma son enumeradas por Lukas y Santiago (2004) quienes explican que la realidad educativa es dinámica y evolutiva y son los propios sujetos los agentes de cambio por lo tanto el investigador es parte activa del proceso a investigar. En ése sentido el objetivo de la teoría es la formación del carácter de los hábitos de reflexión, que se relaciona con la metodología de la investigación – acción.

Cuestiona la neutralidad de la ciencia y por ende de la investigación ya que el objeto de investigación siempre tiene una carga axiológica. Añade pues al paradigma interpretativo un componente ideológico, con el fin de transformar la realidad, además de describirla y comprenderla.

A éste paradigma se le critica el hecho de no constituir un conjunto uniforme por poseer perspectivas dispersas. El principio de problematización y metodológico depende de una toma de conciencia por parte del profesor.

Paradigmas ¿opuestos o complementarios?

Ahora, si bien se observan diferencias entre los paradigmas epistemológicos descriptos, Popkewitz (1988) ha propuesto la idea de ciencia como “conjunto de paradigmas (métodos, procedimientos y compromisos) que dan forma a la investigación y que en todo caso orientan la labor investigadora” (Néstor Pievi, 2010, p. 126).

Esta mirada ha generado controversias, sintetizadas por Murillo Torrecilla (2014) en tres planteos. La tesis de diversidad incompatible, que defiende la inconmensurabilidad de los paradigmas por partir de ontologías y epistemologías incompatibles entre sí. Como Kuhn (1962) defendía, como paradigmas que son, son incompatibles y compiten el uno con el otro.

En la otra vereda, la tesis de unidad que rechaza la idea de paradigma, defiende la unidad epistemológica en investigación educativa y plantea que los distintos enfoques pueden considerarse como compatibles.

La tesis de la diversidad complementaria, que sostiene que los paradigmas son complementarios, son formas igualmente adecuadas de analizar la realidad social y educativa, en una situación hasta cierto punto intermedia entre las dos anteriores. Los paradigmas son

incompatibles en el nivel epistemológico, mientras que en el nivel técnico, en el de las metodologías, es posible la compatibilidad, dándose, por tanto, la complementariedad.

De las tres, la postura que genera mayor acuerdo es la complementariedad metodológica, concepto introducido en su momento por García Hoz (1991) (Ramón Pérez Juste, 2000)

Implica la tendencia a acudir, y armonizar, los aportes de los diferentes enfoques metodológicos, aplicados a las distintas evaluaciones integrantes de una evaluación integral, las diversas fuentes productoras de información y, por consiguiente, las distintas técnicas e instrumentos para su recogida sistemática y rigurosa, atendiendo a las exigencias técnicas de fiabilidad, validez y valía de la información (p. 266).

El principio de complementariedad, sostiene José Sánchez Santamaría (2013) se refleja en los métodos de investigación, ya que se reconoce la naturaleza compleja y dinámica de la realidad educativa y por tanto apuesta al pluralismo integrador, caracterizado por un conjunto o combinación de métodos, atendiendo al objeto y finalidades de la investigación.

Al respecto Javier Murillo Torrecilla (2014) amplía:

La investigación científica comienza por un problema concreto, no por la elección de una determinada metodología. No se trata de aplicar la modalidad que más nos interese, sino aquella que resulte más adecuada para el fenómeno de investigación concreto que se estudia (p.3).

Por tanto siguiendo la línea formulada por diversos autores (García Hoz, 1991; Symonds y Gorard, 2010; José Sánchez Santamaría, 2013) acerca de la utilización de aquellas metodologías propias de cada paradigma que sean útiles en el contexto de la investigación, para el desarrollo de los objetivos propuestos en la presente tesis, se escoge el enfoque cualitativo, respecto del instrumento Entrevista (elaborado en base a preguntas de respuesta abierta) y mediante instrumentos semi – cuantitativo e interpretativo, respecto a algunos ítems del instrumento Grilla pero también incorpora procesos de auto reflexión en el análisis de los textos.

A continuación, se describirá el diseño y tipo de investigación, la conformación del universo de estudio, la muestra, los procedimientos a seguir en la recolección de datos y los instrumentos a utilizarse.

Se adoptó la línea propuesta por Hernández Sampieri (2003) de no manipular la variable, es decir, observaremos el fenómeno tal y como se dan en su contexto natural, para luego analizarlo. También, se optó por un método transversal porque se estudiará y recolectará los datos cualitativamente y semi cuantitativamente en forma simultánea en un momento determinado con el propósito de describirlos y analizar su incidencia e interrelación y así valorar la adecuación de los actuales libros de textos a la problemática de la Desnutrición en la Argentina.

3.1. Objetivo

El objetivo general del presente estudio es realizar una lectura comparada de los libros de texto recomendados para la enseñanza del contenido Desnutrición, en las Universidades públicas argentinas, carreras de Medicina, con el propósito de indagar de qué manera se aborda ésta temática, considerando que los mismos constituyen un recurso muy utilizado en las cátedras de pediatría.

Objetivos específicos

Analizar si los libros de texto, poseen una mirada interdisciplinaria, desde los aspectos biológicos psicológicos y sociales, de acuerdo al paradigma de formación de recurso humano actual.

Analizar el diseño de las actividades, si es que son incluidas, en la misma bibliografía.

Indagar las modalidades de selección de la bibliografía obligatoria y el nivel de intertextualidad en las cátedras de Pediatría estudiadas.

Inferir el paradigma de formación médica implícito en la formación de recursos humanos en las Universidades públicas argentinas.

3.2. Metodología

3.2.1 Estrategias para evaluar libros de texto

El análisis de los libros de texto es un área de la teoría e investigación curricular que se ha abordado con diferentes fines proponiendo distintos instrumentos y procedimientos de

evaluación. Dichos instrumentos (o herramientas) pueden ser reproducidos de otras experiencias o ser desarrollados por las mismas instituciones que lo requieran.

De más está decir que en el recorte del análisis interviene la propia mirada del profesor, sus formas de pensar el campo, sus lecturas y su ubicación. Hablar de neutralidad o independencia de la evaluación es un espejismo y es precisamente el empleo de protocolos, donde se especifica qué elementos se valoran y cómo, lo que permite discernir desde qué modelo se está evaluando (Liébana, 2001).

Con el propósito de superar las limitaciones de los antiguos modelos de análisis de los materiales curriculares, se han elaborado algunas propuestas que, sin ser definitivas, representan un enfoque evaluativo caracterizado –a diferencia de los preexistentes– por una mayor potencialidad integradora y comprensiva de todas las dimensiones constitutivas del material impreso de enseñanza.

Santos Guerra (1991) y Prendes Espinoza Espinosa (2007) entienden la evaluación de materiales como un análisis cualitativo en sus dimensiones políticas, económicas y didácticas, efectuado desde una perspectiva teórica situada en un contexto organizativo, que cuenta de forma inexorable con la opinión de los protagonistas de la acción educativa y que tiene por finalidad fundamental la mejora de la práctica.

A tales efectos, retomando a la profesora María Paz Prendes Espinoza Espinosa (2007), estos instrumentos de análisis con un enfoque superador deben tomar en cuenta no solo las dimensiones técnico-estructurales del material (formato, manejabilidad), los aspectos comerciales, la dimensión del diseño gráfico (ilustraciones, imágenes, texto) la dimensión referida a los objetivos y al análisis de los contenidos (Soletic, 2000 y Fernández Pampillón Cesteros, 2012) y consideraciones relativas a los valores transmitidos sino también la funcionalidad curricular del material escrito.

Estos encuadres suponen un avance en la elaboración de instrumentos de evaluación más comprensivos e integradores de las dimensiones textuales, curriculares y culturales del material impreso, debido a que se evalúa el material como un componente cuya funcionalidad es articular y posibilitar la organización de contextos y situaciones instructivas para el aprendizaje. El material impreso aparece, de este modo, como un recurso que media, por una

parte, entre los proyectos curriculares y sus desarrollos específicos en las aulas y, por otra, entre el conocimiento y sus destinatarios.

De esta manera, se logra explicitar, cómo el material escrito –en función de su diseño– puede condicionar el modelo de desarrollo curricular bien por los contenidos seleccionados, por ejemplo, si el abordaje es, interdisciplinario, holístico, integrado; bien por la concepción de aprendizaje que sugiere para la materia o el ciclo, si es centrado en el conocimiento o en el tutorando / alumno, bien por los tipos de roles que se prefiguran de profesor y alumnos, ya sea como sujetos pasivos o con la iniciativa de sus protagonistas (Mc Cormick y James, 1995) bien por las estructuras y tipos de actividades propuestas, si orientan a la práctica, cómo ayudan a presentarla, cómo potencian estrategias de pensamiento y de acción, cómo favorecen la discusión.

Por otra parte cabe destacar el hecho que, respecto a la recomendación de un texto, si bien muchas veces no se considera ni una evaluación ni valoración formal, la valoración que hacen los usuarios de los materiales didácticos resulta en muchas ocasiones decisiva para su futura utilización. Es decir, el uso que hacen los destinatarios del material, en la mayoría de los casos alumnos/tutorandos, se puede considerar un criterio fundamental para la continuidad de la edición de dichos materiales.

Cuando los materiales escritos se elaboran mediante un trabajo compartido, como describí anteriormente, se pueden hacer diversos cambios y/o ajustes para que queden bajo criterios específicos a cubrir demandas concretas, y es posible en muchos casos sugerir cambios, añadir actividades o ejercicios determinados, cambios en la maquetación y diseño, así como la inclusión de contenidos específicos.

En el caso de los textos que ya se encuentran editados, es prácticamente imposible cambiar sus componentes, por lo que incidirá aún más el tipo de actividades propuestas y metodologías de enseñanza y aprendizaje que pueden realizar los alumnos, guiados por el profesor.

Por ser este trabajo de tesis un estudio descriptivo, primero se recolectará información sobre los libros de texto, como materiales escritos para la enseñanza, para luego detallarlos, especificar propiedades, características y rasgos importantes a fin de acceder a una

conclusión, luego de considerar la opinión de los profesores responsables, que los recomiendan para la enseñanza.

Específicamente, he seleccionado como universo de estudio los libros de texto, incluidos como bibliografía obligatoria durante el año 2013, para la enseñanza de la Desnutrición en las cátedras de Pediatría, de las Facultades de Medicina de las Universidades Nacionales por tener el mayor número de egresados, a saber: Tucumán, Córdoba, Rosario, Buenos Aires y La Plata.

Para la recolección de datos seguiremos el método de investigación bibliográfica ya que la información se obtiene a través de documentos escritos y se utilizará una planilla (ver modelo de grilla en blanco), diseñada específicamente a los efectos de la investigación.

3.2.2 Análisis de las dimensiones propuestas para la evaluación de los materiales para la enseñanza

Instrumentos para el análisis de los libros de texto.

Para el cumplimiento de los objetivos se realizaron las siguientes actividades: elaboración de dos instrumentos para el análisis de los libros de textos apoyados y complementados con la opinión de profesores Titulares de Pediatría de las Universidades estudiadas.

1. Grilla para evaluación: listado de dimensiones para realizar análisis sistematizado de las intenciones educativas de los libros de texto, consignados como bibliografía obligatoria, para valoración semi-cuantitativa.

2. Entrevista a los profesores titulares de las cátedras de pediatría, de las Facultades de Medicina seleccionadas, a los fines de indagar la modalidad de selección de los materiales escritos para la enseñanza y si poseen un instrumento formal para dicha selección. En el caso de evaluar que los materiales escritos no brindan suficiente sustento teórico para acordar con el perfil del egresado actual, se interroga acerca de cómo prevén subsanarlo.

La evaluación de cada una de las dimensiones que se contemplan en la grilla tiene un carácter semi - cuantitativo y también descriptivo puesto que la recolección de los datos se realiza en un momento único con el propósito de describir variables para su posterior análisis.

Cada una de éstas se valora a partir de criterios específicos, con una escala de semi cuantificación, denominada ya que se aplican algunos principios matemáticos y estadísticos a procesos subjetivos del conocimiento (Javier Medina Vásquez, 2006).

Instrumento grilla

Para la presente investigación se diseñó una grilla que posee cuatro posibilidades de respuesta (1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida). Además cada una de estas dimensiones y criterios puede someterse a una valoración totalmente abierta (*observaciones*), en la que se pueden reflejar todos aquellos aspectos que se haya observado en el material, tanto si fueron recogidos en forma de criterios evaluables específicos o no.

En el modelo de grilla propuesto, en primera instancia, encontramos una dimensión referida a los datos de identificación, donde se indica el tipo de medio, en este caso libro o revista perteneciente al campo de la medicina, nombre del libro, capítulo, la cátedra que lo propone como bibliografía y el nivel educativo: de grado o post grado.

En cuanto a los autores de los materiales de enseñanza es pertinente señalar su disciplina, ya que –como he justificado sobradamente– se necesita abordar el problema de la Desnutrición desde un enfoque interdisciplinario.

En la dimensión gráfica se ha incluido cuestiones referidas al texto y las imágenes del material. En el texto podemos valorar aspectos referidos al vocabulario utilizado, si es de carácter científico - técnico más funcional y escueto o un estilo literario más discursivo y usual.

En cuanto a las imágenes, a los fines de la evaluación diferenciamos: la **ilustración**, con **imágenes fotográficas o dibujadas**; los esquemas, que operan como información textual en la que normalmente se establecen relaciones entre la información contenida. Se denomina ilustración al dibujo o imagen que adorna o documenta el texto de un libro. Ilustración (v. Latín, lat. *illustrare*), (de *illustrar*) sust. Estampa, grabado o dibujo que adorna o documenta un libro. Componente gráfico que complementa o realza un texto. Las ilustraciones son imágenes asociadas con palabras.

Los **gráficos**, entendidos como una representación de datos numéricos mediante magnitudes o figuras. Un gráfico o una representación gráfica son un tipo de representación de datos, generalmente numéricos, mediante recursos gráficos (líneas, vectores, diagramas de flujo, superficies o símbolos), para que se manifieste visualmente la relación matemática o correlación estadística que guardan entre sí. También es el nombre de un conjunto de puntos que se plasman en coordenadas cartesianas y sirven para analizar el comportamiento de un proceso o un conjunto de elementos o signos que permiten la interpretación de un fenómeno.

Por último, las **tablas** que son un tipo de esquema muy útil para organizar elementos numéricos, textuales o simbólicos. Es una forma de representar mucha información de manera esquematizada, ordenada y compacta. Una tabla es la exposición de una serie de datos interrelacionados entre sí

Si se trata de una publicación periódica, algo muy importante en la decisión sobre el uso de tablas es calcular el número máximo que la revista aceptará en relación con la longitud del artículo. Una regla general útil es un máximo de una tabla (o figura) por 1000 palabras de texto que equivale a una tabla (o figura) por cuatro páginas de texto mecanografiado a doble espacio y con márgenes de aproximadamente 3 centímetros.

En el Curso Introducción a la Investigación Biológica (2009-2010) los autores acotan acerca de las tablas y gráficos: "las gráficas son muy expresivas y comunican muy rápidamente situación de evolución o tendencia. Si se desea, en cambio, mostrar el rigor de la colección de datos se estima más pertinente la comunicación explícita de los mismos, la tabla será el medio de elección" (Romero, 2010, p.14)

Se deben tener en cuenta las partes de una tabla, a saber:

Título: describe el contenido de la tabla e indica su número de orden. Debe ser breve, y que evitar términos ambiguos, partículas de relleno o recursos retóricos como: resultados de...; estudio de...; valoración de...

Campo o cuerpo de la tabla: espacio que contiene los datos numéricos y los términos o frases descriptivos, constituye el mensaje de la tabla. El contenido está dispuesto en filas horizontales y columnas verticales. Las Notas al pie, explican detalles del contenido de la tabla.

Los encabezamientos de columna se conocen colectivamente como caja de encabezamientos; el encabezamiento de la columna de encabezamientos de la fila se conoce a veces como encabezamiento de la matriz de la tabla.

Con respecto a las imágenes, consideraremos en las observaciones los siguientes puntos de análisis: el pie de imagen, el cromatismo, su valor didáctico cuando la presencia de la imagen contribuye a la presentación de una actividad y que cumplan una función informativa y útil para la transmisión de conocimientos, que no sean utilizadas únicamente como elementos motivadores o estéticos.

En relación a la especificación de los objetivos didácticos que se pretenden conseguir con el capítulo, se puede atender a cuestiones referidas a la formulación, a la adecuación a los alumnos, saber si el material es básico o complementario, a la naturaleza de las capacidades a conseguir (conceptuales, procedimentales y actitudinales).

En cuanto a la dimensión análisis del contenido, a continuación, se valora la concepción del texto, su flexibilidad de uso, es decir, está pensado como texto único o si presenta referencias y llamadas a otras fuentes de información o no.

Otro aspecto que se ha tenido en cuenta fueron los niveles de comprensión tomando como referencia los cuatro niveles descriptos por Simmons y Perkins (2003). Un nivel de “Contenido”, que remite al conocimiento y práctica con respecto a los datos y a los procedimientos de rutina. Las actividades correspondientes no son de comprensión sino reproductivas: repetición, paráfrasis, ejecución de procedimientos de rutina.

Otro nivel es la “Resolución de problemas”, que alude al conocimiento y práctica sobre la solución de los problemas típicos de la asignatura. Las tareas correspondientes son un tipo de actividad de comprensión: la resolución de problemas en el sentido clásico.

El tercer nivel descripto es el “Epistémico”. La actividad de comprensión consiste en generar explicaciones y justificaciones y por último, Investigación, en el que conocimiento y práctica remiten al modo como se discuten los resultados y se construyen nuevos conocimientos en la materia. Las actividades correspondientes son plantear hipótesis nuevas, cuestionar supuestos.

Los contenidos del capítulo se valoran en relación con su adecuación a los objetivos, a saber: si poseen coherencia interna, si tienen una expresión clara y apropiados, si son actuales y por último si son adecuados al modelo de desarrollo curricular, es decir si el abordaje es, interdisciplinario, holístico e integrado o de lo contrario, puramente disciplinar.

De acuerdo a lo recomendado por la resolución ministerial número 535/99 en su Anexo I, constituyen entre otros, los lineamientos institucionales que orientan el diseño y la implementación del diseño curricular, el criterio de integralidad y el enfoque interdisciplinario.

En cuanto al criterio de integralidad, se refiere al abordaje del proceso Salud-Enfermedad-Atención en las diferentes etapas de la vida, con un enfoque científico, antropológico, social y humanístico que tiene en cuenta las perspectivas biológicas, psicológicas, sociales, éticas y culturales para la atención integral de las personas.

Al referirse al enfoque interdisciplinario, el Objeto de estudio, desde el punto de vista epistemológico, supone una interpretación “unificada” de las disciplinas que se ocupan de los problemas en Salud y expresan distintos niveles (general, particular y singular), cada uno de los cuales demandan para su estudio conocimientos, métodos y técnicas propios.

Dicha interpretación se explicita en términos de “incorporación” como reunión, complementación en el sentido de la complejidad y no de “yuxtaposición” como sucesión de enlace.

Por último, también tendremos en cuenta en el análisis, las actividades de aprendizaje, especificando si se incluyen para la aplicación de contenidos teóricos, para la transferencia a nuevas situaciones potenciando estrategias de pensamiento y de acción, si facilitan el logro de objetivos y por otra parte se observará si poseen pautas de corrección.

3.3. Modelo de instrumento de evaluación 1: grilla para evaluación de libros de texto.

1.1. Identificación

Campo:
Cátedra:
Libro de texto:

Corresponde unidad didáctica:	Capítulos de libro:
Tema:	
1.2. Autor	
Médico	
Salud Mental	
Trabajo Social	
Otro	
1.3. Abordaje de la bibliografía obligatoria	
a) Mono disciplinar	
b) Pluri disciplinar	
Autor: (CV – título de grado, post grado y lugar de trabajo):	

2. Análisis diseño y compaginación.

2.1. Índice					
Se indica con una cruz					
a) Índice alfabético					
b) Índice línea de desarrollo de tema					
2.2 Numeración de páginas					
Posee					
2.3. Orientaciones para el aprendizaje					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
	n/e	1	2	3	4
Especifica claramente cómo debe proceder el estudiante para abordar los contenidos					
Indica las dificultades y/o errores más comunes que se encontrará el alumno					
Prioriza los aspectos más relevantes					
Estructura el proceso de aprendizaje					
Orienta la tutorización de las actividades relacionadas con el aprendizaje					
Observaciones:					

3. Expresión escrita y gráfica

3.1. Lenguaje					
Se indica con una cruz					
a) Científico – técnico					
b) Usual					
3.2. Imágenes – lenguaje icónico					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					

En qué medida colabora en comprender el lenguaje escrito las:	n/e	1	2	3	4
Ilustraciones					
Tablas					
Gráficos					
Observaciones (se puede agregar si posee pie de imagen, cromatismo, si tienen función de información, completar el texto, actividad o solamente estética).					

4. Análisis de contenido

4.1. Objetivos					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
En qué medida:	n/e	1	2	3	4
Expresan las capacidades concretas que se espera adquieran los alumnos					
Indican las condiciones bajo las que se van a adquirir					
Son comprensibles para los alumnos					
Observaciones:					
4.2. Contenidos					
Poseen esquemas de contenidos	Si		No		
Valoración donde significa: 1 si, 2 parcialmente, 3 no.					
En qué medida	n/e	1	2	3	
Poseen coherencia interna					
Expresión clara y adecuada					
Se corresponden con los objetivos					
Abordan la problemática desde una mirada bio – psico-social					
Son actuales					
Humanísticos					
Facilitan la integración					
Observaciones:					
4.3. Textos que complementan. Se marca con una cruz					
a) Historia clínica					
b) Folleto					
c) Publicación periódica					
4.4. Nivel de intertextualidad. Se marca con una cruz					
Remiten a otros textos por medio de notas al pie o de citas a otros autores si transcriben o parafrasean párrafos de otros libros.					
NO Remiten a otros textos por medio de notas al pie o de citas a otros autores si					

transcriben o parafrasean párrafos de otros libros	
Observaciones	

5. Actividades de comprensión

Valoración donde significa: 1 si, 2 parcialmente, 3 no.				
En qué medida	n/e	1	2	3
Son reproductivas (repetición, paráfrasis, ejecución de procedimientos de rutina)				
Ponen en práctica los contenidos teóricos				
Generan explicaciones y justificaciones				
Observaciones				

6. Libros de texto y práctica profesional

Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.				
En qué medida	1	2	3	4
Orientan la práctica en el contexto del perfil del médico egresado actual.				
Ayudan al profesor a ponerla en práctica				
Observaciones:				

3.4. Modelo de instrumento de evaluación número 2: Entrevista a profesores titulares de pediatría de las cátedras analizadas. (Grilla para evaluación de libros de texto).

Con el objeto de cotejar si los libros de texto a analizar, actualmente utilizados en las cátedras de pediatría, son seleccionados teniendo en cuenta los estándares nacionales del perfil profesional del médico egresado, se realizó una entrevista a profesores titulares de las mismas.

De acuerdo a lo recomendado por la resolución ministerial número 535/99 en su Anexo I apartado IV, constituyen entre otros, los lineamientos institucionales que orientan el diseño y la implementación del currículo, el criterio de integralidad y el enfoque interdisciplinario.

La formación del médico general debe considerar un enfoque científico — antropológico — social y humanístico, para lo que deberá tener en cuenta los aspectos

psicológicos, sociales, éticos, culturales, económicos y políticos, además de los científico—técnicos que lo capaciten para la atención de pacientes (Anexo 1, IV recomendaciones).

Preguntas

Pregunta número 1: En las nuevas categorizaciones de la CoNEAU se pide un determinado perfil de egresado. ¿La Facultad de Ciencias Médicas donde usted se desempeña tiene Categorización de CoNEAU?

Pregunta número 2: ¿Cómo elijen los libros de texto para la enseñanza? ¿Poseen un instrumento de evaluación formal?

Pregunta número 3: ¿Quién evalúa los libros de texto?

- a. Auto evaluación de los productores
- b. Consulta con expertos
- c. Evaluación por los usuarios

Pregunta número 4: Si es que tienen un instrumento formal de evaluación, ¿qué dimensiones se tienen en cuenta?

- a. Análisis de contenido
- b. Contexto
- c. Formato
- d. Diseño gráfica

Pregunta número 5: ¿En qué medida poseen los libros de texto suficiente sustento teórico para acordar con el perfil del egresado?

- 1. escasamente
- 2. moderadamente
- 3 suficientemente

4 en gran medida

Pregunta número 6: En el caso de evaluar que los libros no brindan el suficiente sustento teórico para acordar con el perfil del egresado ¿Cómo lo subsanan?

- a. Remiten a bibliografía ampliatoria
- b. preguntas críticas
- c. materiales complementarios
- d. actividades de extensión

Pregunta número 7: En los exámenes finales, ¿abordan las perspectivas sociales y de salud mental o solamente las biológicas?

Si / No

4. RESULTADOS

4.1. Análisis de los libros de texto en distintas universidades.

Con el propósito de analizar los materiales escritos para la enseñanza de la Desnutrición en las cátedras de Pediatría, de las Facultades de Medicina de las Universidades Públicas Argentinas, y al mismo tiempo estudiar en qué medida brindan un sustento teórico que favorezca el proceso de la enseñanza y el aprendizaje de acuerdo al perfil profesional del médico egresado en el contexto actual, se efectuó una evaluación de los libros de texto y tratados en base a la grilla elaborada previamente.

Para tal fin se escogieron, de las Facultades de Medicina que poseen el mayor número de egresados, las cinco primeras de acuerdo a los datos del Ministerio de Educación de la Nación (Ministerio de Educación, 2012). Son las Facultades de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Universidad Nacional de Rosario (UNR), Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y Universidad Nacional de Tucumán (UNT) que abarcan el 80% de egresados. Cuadro 4-1. Debo aclarar que como mantengo una relación laboral con la Universidad Nacional del Litoral, la misma no fue incluida en el estudio. (Ver anexo el cuadro completo Estadísticas Universitarias – Argentina 2010 y 2012).

Cuadro 4-1. Estudiantes egresados con título de Médicos. Instituciones universitarias de gestión estatal. Año 2012. Fuente: Ministerio de Educación.

Institución	Egresados
Total, de las Universidades Nacionales	4251
Buenos Aires	1439
Rosario	747
Córdoba	733
La Plata	318
Tucumán	232

Se escogieron los libros de texto que figuran como bibliografía obligatoria en los programas del año 2013 (ver anexo), de las cátedras de Pediatría de las Facultades de Medicina correspondientes a dichas Universidades y se identificaron el o los capítulos o secciones donde se trata el tema en estudio.

Cuadro 4-2. Libros de texto ordenados por orden alfabético y Universidades dónde son utilizados.

Libro de texto	UBA	UNR	UNC	UNLP	UNT	Nombre del capítulo o sección en el libro
- El compendio: GANDOLFI, A. (1998). Compendio Pediatría. Córdoba: López.	no	no	si	no	no	Capítulo 6. Desnutrición e hipovitaminosis
El tratado: KLIEGMAN, Robert (2008) Nelson. Tratado de Pediatría. 18 ^a ed. Barcelona: Elsiever España.	si	no	si	no	si	Parte V. Capítulo 41 al 51 Tema Nutrición
Tratado: McINERNY, Thomas (2011) Tratado de Pediatría. 1 ^o ed. Buenos Aires: Médica. Panamericana	no	si	no	no	no	No tiene un apartado “Desnutrición”. Parte 8. Síntomas y signos de presentación. Retraso del crecimiento.
El libro: MENEGHELLO, Julio ([1972] 2013). <i>Pediatría</i> . 6 ^o ed. Buenos Aires: Panamericana	si	no	si	no	si	Parte IV. Nutrición, alimentación y trastornos nutricionales. Capítulo 21, Evaluación del estado nutricional en pediatría. Capítulo 24, Desnutrición en la infancia. Capítulo 25, Desnutrición Secundaria.
El tratado: MORANO, Jorge ([1989] 2004) <i>Tratado de Pediatría</i> . 3 ^a ed. Buenos Aires: Atlante	si	no	no	si	si	Sección 3. Nutrición y sus trastornos. Capítulo 13. Desnutrición
El libro: SBROCCO, Eduardo (2005). <i>Temas de Pediatría</i> . Tucumán: El Graduado.	no	no	no	no	si	Capítulo 6. Desnutrición.
El libro: VOYER, Luis (2011). <i>Pediatría</i> 3 ^o ed. Buenos Aires: Journal	si	no	no	no	no	Sección 3. Nutrición y trastornos nutricionales. 3.5 Desnutrición. Aspectos clínicos y tratamiento. 3.6 Evaluación del estado nutricional.

Nombre de las unidades temáticas del programa en las cátedras de pediatría correspondientes a las Universidades analizadas.

Como información complementaria, se analizaron los programas de las cátedras de pediatría de las Universidades estudiadas y se identificaron los títulos de las unidades

temáticas en las que se aborda este tópico, a los fines de identificar los contenidos jerarquizados. Se resumen en el cuadro 4-3.

En la Cátedra de pediatría de la Universidad de Buenos Aires, el nombre de la unidad en el programa de cátedra es “Unidad Alimentación del niño sano. Suplementos vitamínicos y minerales. Prevención de anemia ferropénica raquitismo y obesidad”.

En la Cátedra de pediatría de la Universidad Nacional de Rosario, el nombre de la unidad en el programa de cátedra es “Unidad didáctica atención del lactante, Patología de la nutrición, mal nutrición y Desnutrición oculta”.

En la Cátedra de pediatría de la Universidad Nacional de Córdoba, el nombre de la unidad en el programa de cátedra es “Unidad didáctica, Módulo II- Periodo de Lactante, tema 13. Módulo III, primera y segunda infancia, tema 26 y lo denomina “Nutrición y sus trastornos”.

En la Cátedra de pediatría de la Universidad Nacional de La Plata, el nombre de la unidad en el programa de cátedra es Malnutrición, desnutrición, anemias nutricionales. Hipovitaminosis (Raquitismo).

En la Cátedra de pediatría de la Universidad Nacional de Tucumán, el nombre de los ejes temáticos en el programa de cátedra es “Ejes temáticos tema Desnutrición. Eje 3, etapa lactante y eje 4, etapa preescolar y escolar”. Cuadro 4-3

Cuadro 4-3. Nombre de la unidad en el programa de cátedra

UNR	UNC	UNT	UBA	UNLP
Unidad didáctica atención del lactante, Patología de la nutrición, mal nutrición y Desnutrición oculta.	Unidad didáctica, Módulo II- Periodo de Lactante, tema 13. Módulo III, primera y segunda infancia, tema 26 y lo denomina “Nutrición y sus trastornos”.	Ejes temáticos tema Desnutrición. Eje 3, etapa lactante y eje 4, etapa preescolar y escolar.	Unidad Alimentación del niño sano. Suplementos vitamínicos y minerales. Prevención de anemia ferropénica raquitismo y obesidad	Malnutrición, desnutrición, anemias nutricionales. Hipovitaminosis (Raquitismo).

4.1.1. Resultados del análisis de la grilla. Instrumento 1

Con la herramienta desarrollada a tal fin se analizaron diferentes dimensiones de los libros de textos.

GANDOLFI, A. (1998). Compendio Pediatría. Córdoba: López.

1. Identificación

Es utilizado como bibliografía obligatoria en la Cátedra de pediatría de la Universidad Nacional de Córdoba. Los contenidos se encuentran en el Capítulo 6, Desnutrición e hipovitaminosis. En cuanto a los autores, solo hace mención al compilador y no a los autores del capítulo por lo que no se puede evaluar este punto.

2. Análisis diseño y compaginación

Posee un índice alfabético y las páginas están numeradas al pie, aunque en los encabezados no se mencionan el nombre del capítulo. Las orientaciones en el texto para el aprendizaje son poco desarrolladas.

3. Expresión escrita y gráfica

El lenguaje es técnico – científico y las imágenes colaboran moderadamente a comprender el texto. Faltan además las notas al pie de tablas y gráficos, además no utiliza grafismos secundarios para complementar el texto.

4. Análisis de contenido

Define a la Desnutrición como la resultante de “factores que dificultan el crecimiento armónico en el periodo etario de mayor intensidad metabólica. Se debe a un aporte deficiente de nutrientes y se traduce por retardo pondo estatural”, no obstante, más adelante agrega en la descripción de la fisiopatogenia de la Desnutrición primitiva a la falta de afecto (estimulación) y condiciones socio económicas bajas”.

Hace referencia a las clasificaciones de Gómez para diferenciar los distintos grados de Desnutrición y los gráficos de Lejarraga y Morasso, de peso edad sin hacer mención a las nuevas tablas de referencia de la OMS. El abordaje del contenido es desde una perspectiva casi exclusivamente biológica lo mismo que el tratamiento que además se consigna solamente el manejo hospitalario del niño internado. Otro aspecto a mejorar, es incluir el abordaje interdisciplinario en el manejo terapéutico.

Los objetivos, no se encuentran consignados capítulos y el compendio remite

escasamente a otros textos, no cita a otros autores.

5. Actividades de comprensión

Las actividades son reproductivas y no de comprensión, pues remiten al conocimiento y práctica referentes a datos. No plantea resolución de problemas ni generar justificaciones o explicaciones de los contenidos.

6. Libros de texto y práctica profesional

Se lo valora escasamente adecuado para orientar a la práctica en el contexto del perfil del médico egresado actual porque ayuda escasamente al profesor a ponerla en cuestión y el abordaje del problema es netamente biológico.

KLIEGMAN, Robert (2008). Nelson. Tratado de Pediatría. 18ª ed. Barcelona: Elsiever España

1. Identificación

Es utilizado como bibliografía obligatoria en las Cátedras de pediatría de las Universidades Nacionales de La Plata, Tucumán y Buenos Aires. Los contenidos se encuentran en la Parte V. Capítulo 41 al 51. Tema Nutrición. En cuanto al autor (médico), se consigna el título de grado, posgrado y lugar de trabajo.

2. Análisis diseño y compaginación

El texto presenta un índice por línea de desarrollo de tema y además posee uno alfabético al final del libro. Las páginas están numeradas en la parte superior y los encabezados mencionan el nombre del capítulo, lo que favorece su lectura. El texto prioriza los aspectos más relevantes.

3. Expresión escrita y gráfica

El lenguaje es técnico – científico. Las ilustraciones poseen pie de imagen, a color y completan el texto que colabora en forma significativa a comprenderlo por ejemplo la pirámide actualizada de guía de alimentos,

4. Análisis de contenidos

Si bien no se encuentran consignados los objetivos al inicio del capítulo en cada sección se enumeran los contenidos correspondientes, éstos poseen una muy adecuada coherencia interna. Un aspecto a actualizar son los perfiles de índice de masa corporal para niños y niñas desarrolladas por el National Center for Health Statistics en colaboración con el National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000) para valoración del crecimiento.

Llama la atención el detalle y profundidad con que se desarrollan los contenidos, y cabe la posibilidad que, en algunos casos, algunos no puedan ser comprendidas por un alumno de una Facultad de Medicina, teniendo en cuenta que el perfil de egresado, suscripto por las universidades analizadas que tiende a “introducir al alumno en las prácticas extra hospitalarias asistenciales y comunitarias, privilegiando la estrategia de Atención Primaria en la Salud”.

Se remite a otros textos, por medio de notas al pie tablas y en gráficos y de citas a otros autores transcribiendo párrafos de otros libros.

5. Actividades de comprensión

El libro de texto analizado no posee actividades de comprensión vinculadas con el contenido que están aprendiendo. Las actividades son de repetición, como ejecución de procedimientos rutinarios.

6. Libros de texto y práctica profesional

En general, los materiales resultan en gran medida adecuados para orientar a la práctica de un médico especialista.

Mc INERNY, Thomas (2011) Tratado de Pediatría. 1° ed. Buenos Aires: Médica. Panamericana.

1. Identificación

Es utilizado como bibliografía obligatoria en la Cátedra de pediatría de la Universidad Nacional de Rosario. Los contenidos se encuentran en la Parte 8. Síntomas y signos de

presentación. Retraso del crecimiento. En cuanto al autor (médico), se consigna los títulos de grado, posgrado y lugar de trabajo.

2. Análisis diseño y compaginación

El texto presenta un índice dividido por síntomas y signos en nuestro caso “Retraso de Crecimiento”. En cuanto al índice por patología en tanto y en cuanto el estudiante no sepa cuáles son las patologías que producen Desnutrición, se dificultará la búsqueda adecuada de las mismas. Además, posee uno alfabético al final del libro. Los encabezados mencionan el nombre del capítulo, las páginas están numeradas en la parte superior y los encabezados mencionan el nombre del capítulo, lo que favorece su lectura.

3. Expresión escrita y gráfica

El lenguaje es técnico – científico. El capítulo posee tres tablas, las dos primeras enumeran las condiciones que aumentan la necesidad de energía y el segundo las condiciones que derivan de un aporte deficiente de energía. La última tabla es un modelo de rehabilitación nutricional para retraso del crecimiento. No posee otro tipo de imágenes y tampoco utiliza elementos gráficos a modo de complemento del texto para colaborar en la transmisión del mensaje.

4. Análisis de contenido

No se encuentran consignados los objetivos al inicio del capítulo. Remite a otros textos, con citas de otros autores y lecturas recomendadas, enumera herramientas para la práctica clínica y normas de la Academia Americana de Pediatría, todas en inglés. Posee tres recuadros que destacan parte de los contenidos dos de los cuales enumera patologías que pueden provocar retraso de crecimiento, pero sin un orden de prevalencia. No hace referencia a ampliaciones en el mismo libro.

El capítulo comienza diciendo que el término “retraso de crecimiento” se ha impuesto a generaciones de médicos y pacientes como una frase poco esclarecedora y peyorativa. De manera reciente la Academia Americana de Pediatría ha preferido frases como Desnutrición pediátrica o “alteración del peso como los colegas británicos.”

Continúa enunciando que los trastornos que lo provocan varían desde la insuficiencia

cardíaca a la deprivación psico social. Escasamente abordan la problemática desde una mirada bio – psico- social diciendo que “la evaluación del niño que no logra aumentar de peso adecuadamente debe incluir reunir información sobre contexto físico, psicológico, emocional, familiar y social.”

Recuerda un antiguo y válido axioma: “los lactantes y niños crecen en presencia de cantidades adecuadas de cuatro componentes fundamentales: oxígeno, sustrato, hormonas y amor. (p. 1824)”. En cuanto a la terapia y seguimiento “debe adaptarse a las necesidades del niño y la familia”, y dirigirse a su condición de base. Hacia el final enuncia algo confusamente que “una alteración padre-hijo se reconocerá más fácil como la causa de la incapacidad del paciente para aumentar de peso”, mas podría ser un error de traducción.

Refuerza la necesidad del manejo interdisciplinario de la problemática (nutricionista, salud mental, trabajo social y terapeuta conductual) y alerta acerca de la posibilidad de abordar una eventual negligencia por parte de los padres. Al finalizar el capítulo enumera los criterios de derivación y hospitalización junto con las normas de la AAP y un listado de sitios webs relacionados, lecturas recomendadas y bibliografía adicional.

Si bien es un libro editado en el 2009 (su versión en inglés) no incluye la actualización de las tablas de referencia de la OMS del 2006. Posee un apartado con el sitio web de las nuevas tablas de crecimiento. http://www.cdc.gov/growthcharts/who_charts.htm . El Center for Disease Control norteamericano, (CDC) recomienda su uso de 0 a 24 meses, no coincidiendo con las recomendaciones de la Sociedad Argentina de Pediatría.

5. Actividades de comprensión

El nivel de comprensión del texto corresponde al de contenido. Las actividades son de repetición y enumeración de procedimientos rutinarios como la evaluación de laboratorio. No posee problemas ni busca generar explicaciones en el estudiante.

6. Libros de texto y práctica profesional

El tratado orienta la práctica en el contexto del perfil del médico egresado actual pero como enuncia la introducción, se encuentra dirigido a “todos los médicos que atiendan niños” siendo una muy buena herramienta de actualización.

MENEGHELLO, Julio ([1972] 2013). Pediatría. 6° ed. Buenos Aires: Panamericana.

1. Identificación

Es utilizado como bibliografía obligatoria en las Cátedras de pediatría de las Universidades Nacionales de Córdoba, Tucumán y Buenos Aires. Los contenidos se encuentran en la Parte IV. Nutrición, alimentación y trastornos nutricionales. Capítulo 21, Evaluación del estado nutricional en pediatría. Capítulo 24, Desnutrición en la infancia. Capítulo 25, Desnutrición Secundaria.

En cuanto a los autores, se consignan los títulos de grado, posgrado, lugar de trabajo y pertenecen a la disciplina medicina y nutrición.

2. Análisis diseño y compaginación

El texto presenta un índice por línea de desarrollo de tema, y un índice alfabético al final del libro. Las páginas están numeradas al pie del mismo modo y los encabezados mencionan el nombre del capítulo, lo que favorece su lectura. Prioriza los aspectos más relevantes.

3. Expresión escrita y gráfica

En el caso de las imágenes en general y las tablas están enumeradas adecuadamente, ancladas con el texto, con la función de brindar información ampliatoria, completando el texto, como una actividad o tarea didáctica. Ilustra con muy buenas imágenes la técnica de lactancia materna. Posee elementos gráficos que resaltan información y utiliza también el color para destacar frases.

4. Análisis de contenido

El libro está especialmente destinado a los estudiantes de América Latina y se publica dentro del Programa Ampliado de Libros de texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud. El programa es ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo.

No se encuentran consignados los objetivos de los capítulos, no obstante, en cada

sección del libro se enumeran los contenidos correspondientes. Remite a otros textos, por medio de notas al pie, tablas y en gráficos, de citas a otros autores transcribiendo párrafos de otros libros.

Posee las tablas nuevas de referencia de crecimiento del niño de la OMS (2006), derivada de un riguroso estudio realizado en seis países ubicado en cuatro continentes. Muestra cómo aplicarlas en la práctica.

Si bien aparece una definición "formal" de Desnutrición aclarando "desde el punto de vista biológico" (p. 213) en el capítulo explica el Modelo Causal de la Desnutrición, (figura 24-1 y 24-2) resaltando las causas sociopolíticas como determinantes básicos, educación para la salud y cuidado psico - social como causas subyacentes y a ingesta inadecuada con o sin enfermedades como causas inmediatas.

Los autores, desde sus distintas disciplinas y especialidades, ofrecen una mirada amplia de las causas y consecuencias de la malnutrición. Las estadísticas, si bien son mundiales, se encuentran orientadas hacia Latinoamérica. Desarrolla adecuadamente el abordaje de la prevención de la Desnutrición con educación, políticas públicas adecuadas y promoción de la salud.

5. Actividades de comprensión

El nivel de comprensión del texto corresponde al de contenido, pues son reproductivas, remiten al conocimiento, práctica referente a los datos y a los procedimientos de rutina. En los capítulos analizados no se ponen en práctica los contenidos teóricos, si bien en otros capítulos del libro si lo hacen, por ejemplo, con situaciones problemas.

6. Libros de texto y práctica profesional

En general, los materiales orientan en forma significativa a la práctica en el contexto del perfil del médico egresado actual y ayudan al profesor a ponerla en cuestión.

4.1.5. El tratado: MORANO, Jorge ([1989] 2004). Tratado de Pediatría. 3ª ed. Buenos Aires: Atlante.

1. Identificación

Es utilizado como bibliografía obligatoria en las Cátedras de pediatría de las Universidades Nacionales de La Plata, Tucumán y Buenos Aires. Los contenidos se encuentran en la Sección 3. Nutrición y sus trastornos. Capítulo 13. Desnutrición. Se consigna el título de grado, posgrado y lugar de trabajo, de la autora que pertenece a la disciplina medicina.

2. Análisis de diseño y compaginación

El texto presenta un índice por línea de desarrollo de tema y un índice alfabético al final del libro. Las páginas están numeradas y los encabezados mencionan el nombre del capítulo, lo que favorece su lectura.

3. Expresión escrita y gráfica

En el caso de las imágenes en general y las tablas están enumeradas adecuadamente, ancladas con el texto, con la función de brindar información ampliatoria, completando el texto, como una actividad. En cuanto a los gráficos, tiene solamente uno en todo el capítulo y muestra la evidencia epidemiológica del potencial efecto de la malnutrición en la mortalidad infantil. (p.216).

4. Análisis de contenido

No se encuentran consignados los objetivos, aunque en cada sección del libro se enumeran los contenidos correspondientes. Ahora si bien en todos se observa una muy adecuada coherencia interna, los contenidos han quedado desactualizados en relación las nuevas curvas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud para el seguimiento y la atención, individual y poblacional, de los niños entre el nacimiento y los 5 años de edad.

Describe la evolución conceptual del problema a lo largo del último siglo y concluye que “la Desnutrición no es un fenómeno biológico aislado, sino una variable más dentro del contexto humano determinado y tiene su origen también en aspectos económicos, antropológicos, sociológicos y culturales”. El nivel de comprensión del texto corresponde al de contenido, pues remiten al conocimiento y práctica referentes a los datos y a los procedimientos de rutina.

Remiten a otros textos por medio de notas al pie tablas y en gráficos de citas a otros

autores transcribiendo párrafos de otros libros si bien se puede decir que hay un exceso de tablas, abundan en datos estadísticos latinoamericanos, pero son datos de la década del 90’.

5. Actividades de comprensión

El nivel de comprensión del texto corresponde al de contenido, pues son reproductivas, remiten al conocimiento, prácticas referentes a los datos y a los procedimientos de rutina. No se ponen en práctica los contenidos teóricos ni estrategias de pensamiento para los alumnos como ser cuadros sinópticos o mapas conceptuales.

6. Libros de texto y práctica profesional

En general, los materiales orientan a la práctica moderadamente y ayudan al profesor a ponerla en cuestión. Al finalizar el capítulo, posee cuatro diagramas de flujo con pautas operativas de manejo y seguimiento de control de crecimiento y desarrollo de niños, pero menciona escalas y test que no se encuentran desarrollados en el capítulo ni tampoco se hace referencia dónde se los puede localizar en el libro.

4.1.6. SBROCCO, Eduardo (2005). Temas de Pediatría. Tucumán: El Graduado.

1. Identificación

Es utilizado como bibliografía obligatoria solamente en la Cátedra de pediatría de la Universidad Nacional de Tucumán. Los contenidos se encuentran en el Capítulo 6. Desnutrición. En cuanto a los autores, ambos son médicos Jefes de Trabajos Prácticos de la cátedra de Medicina Infanto Juvenil.

2. Análisis de diseño y compaginación

El texto posee un índice por línea de desarrollo de tema, con número de páginas al pie. No se observan orientaciones adecuadas para el aprendizaje tales como indicar las dificultades o errores más comunes, especificar claramente cómo se debe proceder para abordar el tema o destacar los aspectos más relevantes.

3. Expresión escrita y gráfica

El lenguaje es científico – técnico, adecuado. Si bien no posee ilustraciones ni tablas,

expone con un diagrama de flujos los pasos a seguir para la evaluación del peso y amplía con un cuadro de los estadios de Waterloo. Se observa además ausencia de elementos gráficos que complementen en texto, sean éstos resaltes con color, subrayados o negritas.

4. Análisis de contenido

Aunque no remite a otros textos, de ninguna manera, ni por medio de notas al pie tablas ni en gráficos, sí posee citas de otros autores transcribiendo párrafos de sus dichos, como el pertinente comentario del Prof. Dr. Garrahan, “La expresión del hambre crónica sólo es evitable a nivel de la función de Gobierno, empleando la totalidad de los factores de la Nación” (p. 97).

No se encuentran consignados los objetivos. Los contenidos poseen una muy adecuada coherencia interna, han quedado desactualizados en relación las nuevas curvas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud para el seguimiento y la atención. Posee diagrama de flujos, pero conceptualmente desactualizados, por ejemplo, utiliza estadios de Waterloo y la escala de Gómez para su clasificación y las tablas y gráficos se encuentran sin pie de tabla.

La definición de Desnutrición de es netamente biológica, y por tanto incompleta: “trastorno nutritivo, potencialmente reversible, traducido por retraso ponderal estatural, facilidad para sufrir infecciones y alteración del desarrollo neuro psíquico y de conducta” (p. 97). Pero reconoce entre sus causas “la acción aislada o combinada de carencias múltiples, como: las socioeconómicas, culturales y psicoafectivas”.

Pese a que, en la etiopatogenia, habla de un desequilibrio entre los aportes de nutrientes y los requerimientos del organismo” (p. 97). La definición adolece de la arista social y de la mirada de salud mental. El nivel de comprensión del texto corresponde al de contenido y no posee actividades de aprendizaje.

5. Actividades de comprensión

No posee actividades de comprensión sino actividades reproductivas. No se ponen en práctica los contenidos teóricos ni estrategias de pensamiento para los alumnos como ser mapas conceptuales o cuadros sinópticos.

6. Libros de texto y práctica profesional

El libro de texto orienta muy escasamente a la práctica en el contexto del perfil del médico egresado actual y no colaboran a ponerla práctica.

4.1.7. VOYER, Luis (2011). *Pediatría 3° ed. Buenos Aires: Journal.*

1. Identificación

Es utilizado como bibliografía obligatoria solamente en la Cátedra de pediatría de la Universidad de Buenos Aires. Los contenidos se encuentran en la Sección 3. Nutrición y trastornos nutricionales. 3.5 Desnutrición. Aspectos clínicos y tratamiento. 3.6 Evaluación del estado nutricional.

En cuanto a los autores, se consignan los títulos de grado, posgrado y lugar de trabajo, todos pertenecen a la misma disciplina, medicina pediatras en su mayoría y una especialista en otorrinolaringología.

2. Análisis diseño y compaginación

El texto presenta un índice por línea de desarrollo de tema y además posee uno alfabético al final del libro. Las páginas están numeradas en la parte superior, los encabezados mencionan el nombre del capítulo.

3. Expresión escrita y gráfica

Posee un lenguaje científico – técnico con imágenes que colaboran en forma significativa a comprender el contenido. Se destacan los aspectos más relevantes en tablas y recuadros, usa las viñetas para organizar la información. No se utiliza elementos gráficos como el subrayado, la negrita o el color.

4. Análisis de contenido

Se observa una muy adecuada coherencia interna, la expresión es clara y adecuada, si bien al igual que los textos analizados más arriba no se consignan las nuevas curvas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud para el seguimiento y la atención, individual y poblacional, de los niños entre el nacimiento y los 5 años de edad. Reporta estadísticas locales actualizadas.

El abordaje de la problemática es desde una mirada bio – psico – social evidenciable en conceptos tales como “Representa un problema de salud importante y es el motivo más frecuente de retardo de crecimiento”. Menciona a los hábitos alimentarios como causa de mal nutrición y recalca la prioridad de la prevención primaria del trastorno: “el seguimiento de la curva de crecimiento de peso y talla del niño representa el elemento de mayor valor para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno”.

Para destacar, el apartado 3.5.1. “Aspectos preventivos y terapéuticos: una experiencia Argentina” (p.182) del Dr. Albino. La idea primaria del Centro de recuperación Nutricional sumado a acciones de prevención, como lactancia materna, educación nutricional, fortalecer vínculo madre hijo y saneamiento ambiental. Insiste en abordar “la Desnutrición como política de estado”. “Erradicar la marginación causante de analfabetismo, desocupación y Desnutrición”.

Remiten a otros textos, por medio de notas al pie tablas (tres tablas en los dos capítulos) y en gráficos, citas a otros autores transcribiendo párrafos de otros libros.

5. Actividades de comprensión

El nivel de comprensión de los capítulos analizados es el de contenido ya que no posee actividades de comprensión como ser la resolución de problemas o de generar justificaciones.

6. Libros de texto y práctica profesional

El libro de texto en forma significativa orienta a la práctica en el contexto del perfil del médico egresado actual.

4.2. Lectura comparada de los libros de texto

Son muy pocos los autores que no corresponden a la disciplina Medicina, en la mayoría de los casos se consigna el título de posgrado y en pocos el lugar de trabajo. Es más fácil encontrar estadísticas latinoamericanas en Meneghello y más precisamente de la Argentina en textos nacionales como el Voyer o Morano.

En general casi todos los textos poseen un índice adecuado por línea de desarrollo de tema y además posee uno alfabético al final del libro. Considero que el de Mc Innery necesita

de un conocimiento previo para la búsqueda, seguramente debido a que los autores han orientado los textos para pediatras, como se estipula en el prólogo.

Exceptuando los libros Sbrocco y Gandolfi, los demás poseen encabezados, pie de páginas y destaque de elementos significativos que facilitan la lectura y comprensión. En el texto se ha podido valorar aspectos referido al vocabulario utilizado, que en todos los casos ha tenido el carácter de científico.

Si bien ninguno de los libros de texto consigna sus objetivos, el hecho de nombrarlo como “Compendio” o “Tratado”, según el caso, nos ayuda a intuir a quiénes se encuentran destinados. En el caso de los tratados, como vimos, están dirigidos a un público especializado que desea profundizar en una materia.

Ninguno de los libros de texto analizados posee un texto para el instructor o docente. En la mayoría de los casos, en cada una de las secciones de los libros se enumeran los contenidos correspondientes. Seguramente el “Nelson. Tratado de Pediatría” de Kliegman y colaboradores, sea el más detallado y extenso para un alumno de grado, contraponiéndose con el perfil de egresado suscripto por las universidades analizadas, “en las áreas de formación debe tenderse a introducir al alumno en las prácticas extra hospitalarias asistenciales y comunitarias, privilegiando la estrategia de Atención Primaria en la Salud”.

El Meneghello es el único que posee las tablas nuevas de referencia de crecimiento del niño de la OMS (2006) y el Mc Inerny por su parte, brinda una página web del CDC estadounidense donde se encuentran las nuevas tablas para diagnóstico.

Durante muchos años, la práctica médica se desarrolló bajo un modelo con una mirada muy parcial –es decir, limitada a lo orgánico– y por ende los materiales para la enseñanza no hacían otra cosa que reflejarla, respondiendo en gran medida a dicho marco teórico.

Si bien la mayoría de los textos analizados hasta aquí son “apropiados” desde un punto de vista biológico, sin embargo, adolecen mayoritariamente de un abordaje holístico. Se puede afirmar que los materiales para la enseñanza observados, son en su mayoría –haciendo la salvedad de los Tratados- accesibles y legibles en términos de las posibilidades de comprensión de los alumnos, en general expresan posiciones actualizadas en el contexto disciplinar y gozan de reconocimiento de la comunidad científica de referencia.

En cuanto al nivel de comprensión, recurriendo a Perkins (2003), de todos los textos corresponde al de contenido, pues remiten al conocimiento y práctica referentes a los datos y en algunos casos procedimientos de rutina.

Asimismo, todos adolecen de actividades de aprendizaje, cuestionarios de auto evaluación o preguntas integradoras que podría compensar la parcialidad del abordaje, prefigurando un tipo de rol de profesor y de los alumnos, como sujetos pasivos.

4.3. Entrevista a los profesores titulares de las cátedras de pediatría analizadas acerca de los materiales que utilizan para la enseñanza.

Se realizó una entrevista a los profesores titulares de las cátedras de pediatría analizadas. Entrevistando a uno de los profesores titulares de la UBA se pudo corroborar que la universidad no tiene la acreditación de la CoNEAU. Los análisis y elección bibliográfica se realizan por consenso entre los profesores titulares y adjuntos sin un instrumento destinado a tal fin, aunque reconoce que los estudiantes buscan bibliografía de fotocopias de apuntes, inclusive de los consensos de la Sociedad Argentina de pediatría (SAP) y los programas nacionales de Educación Continua (PRONAP) pero estos últimos al ser de post grado les son de poca utilidad.

Cuando en determinados temas los libros de texto escogidos, no brindan suficiente sustento teórico, se subsana con talleres. Para finalizar, el profesor reconoce que se necesita un texto moderno de perfil nacional e integrador tal como se expresó en la reunión Educación médica hacia la APS renovada y libros de texto (2013). Un buen ejemplo, según su criterio, de un libro de texto de tales características es el “Niño sano Niño enfermo” de Ricardo de Rosa.

En diálogo con la profesora titular de la Universidad Nacional de Tucumán, responde que si bien la Facultad de Medicina tiene categorización de la CoNEAU admite que los libros de texto, escogidos no cumplen con los criterios de perfil del egresado y han quedado desactualizados. Esta elección es realizada por los profesores titulares y no se realiza mediante un instrumento de evaluación formal.

Para enmendar la situación realizan una actividad no obligatoria de búsqueda bibliográfica en textos complementarios, acompañados de unas preguntas críticas. Para los alumnos interesados, existe además una actividad de extensión universitaria que consiste en el

seguimiento de pacientes junto con licenciados en trabajo social.

La profesora titular de la cátedra de pediatría 1 de la Universidad Nacional de Rosario, refiere que la facultad responde al perfil del egresado de la CoNEAU y a tal efecto los docentes de la cátedra, han evaluado y escogido sin un instrumento formal a tales fines, un libro que se adecue a la currícula.

En ése sentido manifiesta que el tratado de la Academia Americana de Pediatría posee un enfoque apropiado, organizado por ciclos y que integra la clínica con la fisiopatología. Asimismo, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario, posee un estilo de enseñanza centrado en el estudiante y que tiene como una herramienta metodológica fundamental al Aprendizaje Basado en Problemas.

En diálogo con la profesora titular de la Universidad Nacional de La Plata, responde que la Facultad de Medicina tiene categorización de la CoNEAU, reconoce que los libros de texto, escogidos no cumplen con los criterios de perfil del estudiante. La elección es realizada por los profesores titulares y no se realiza mediante un instrumento de evaluación formal.

No poseen una actividad formal para subsanar la situación. Agregó que prefiere el libro “Morano” y al Tratado Kliegman, no lo usan por considerarlo de post-grado.

El profesor titular de la cátedra de pediatría de la Universidad Nacional de Córdoba, explica que la facultad también responde al perfil del egresado de la CoNEAU y los docentes de la cátedra, evalúan y escogen sin un instrumento formal de evaluación, los libros de texto que se adecuen a la currícula y normas nacionales vigentes de atención.

Utilizan los clásicos, Meneghello, Voyer y Kliegman a los que le suman el compendio de la Universidad Católica Gandolfi. El profesor reconoció que es abundante material bibliográfico por lo que encaminan a los alumnos con preguntas críticas como en el aprendizaje basado en problemas.

5. CONCLUSIONES

La salud pública y pobreza. Articulación de un modelo médico con un sistema institucional de respuestas.

Durante mucho tiempo se ha atribuido el origen de la Desnutrición primaria a las carencias alimentarias, consecuentemente los programas fueron orientados erróneamente a trabajar solo con alimentos y nutrientes. Sin embargo, varios estudios coinciden en señalar la constante asociación entre bajos niveles de educación, ingresos y ocupación, por una parte, y altas tasas de Desnutrición por otra.

Los niños que viven en condiciones de pobreza se ven sometidos en mayor o menor medida a un fenómeno de “privación múltiple”, cuyos componentes más ostensibles son la Desnutrición y falta de estímulo ambiental.

Las penurias que sufren los niños de las comunidades pobres quedan ocultas a menudo –y por lo tanto perpetuadas– por la utilización de promedios estadísticos en el análisis de situación, en cuyos resultados se basan los programas de desarrollo y las decisiones sobre la asignación de recursos.

Debido a que los promedios agrupan a todas las personas juntas, la pobreza de unos queda oscurecida por la riqueza de otros. Una consecuencia de esta situación es que los niños y niñas que ya sufren privaciones quedan excluidos de los servicios esenciales.

Hace falta investigación en salud pública, para tener disponibilidad de datos minuciosos en las zonas urbanas, que revelen un diagnóstico de situación, las tasas de supervivencia, estado nutricional con definiciones estandarizadas, acceso a educación y los niveles de inmunización.

Al respecto, Observatorio de la Deuda Social Argentina ha publicado los resultados de la Encuesta de la Deuda Social Argentina que revela datos de hogares y personas en grandes centros urbanos. Se estima que el 40% de los chicos viven en hogares con ingresos insuficientes para acceder a una canasta básica de alimentos, bienes y servicios.

Ahora bien, a estas medidas tradicionales de medición de la pobreza, se le sumó una propuesta de medición multidimensional con umbrales de derechos (ver anexo Pobreza Infantil en las ciudades de la Argentina, 2010/2014). La evolución del índice muestra una tendencia a la baja entre las puntas del periodo analizado, en 2010 el 60% experimentaba al menos una privación descendiendo al 57,8 en 2014. Las dimensiones que tienen mayor nivel de déficit son vivienda, saneamiento y alimentación. La dimensión de salud es la que presenta menor incidencia pero es la única que exhibe un aumento del déficit en el período analizado.

Por último, se estima que aproximadamente 3,5 millones de niños y adolescentes experimentan una doble vulneración en el ejercicio de al menos un derecho y en la capacidad económica de su hogar para acceder a la canasta básica de alimentos, bienes y servicios.

El círculo vicioso pobreza-Desnutrición se inicia desde la gestación, cuando la insuficiente nutrición de la madre, su edad, número y frecuencia de los hijos, la inapropiada atención prenatal y del parto provocan elevadas tasas de mortalidad infantil y alto riesgo de bajo peso del recién nacido.

A largo plazo, la Desnutrición afecta la capacidad de trabajo físico, el desempeño intelectual y escolar durante la adolescencia y edad adulta, en definitiva, deja de ser un problema de índole individual para convertirse en un **problema que afecta a la sociedad toda**.

La Desnutrición es un problema complejo que requiere ser abordado desde la óptica de diversas disciplinas y no solamente la mirada biológica. Es necesario por lo tanto formalizar las estrategias de abordaje curricular propuesto por el Ministerio de Educación de la Nación, que apoyen la implementación de acciones dirigidas a recuperar y mantener la salud, desde una perspectiva integral, con un enfoque participativo, familiar y comunitario desde el primer nivel de atención y con énfasis en la promoción, prevención y asistencia.

El objetivo del presente estudio fue realizar una lectura comparada de los libros de texto para la enseñanza del contenido Desnutrición, en las Universidades públicas argentinas. Con el propósito de indagar de qué manera se aborda ésta temática y considerando que los mismos constituyen un recurso educativo muy utilizado en las cátedras de Pediatría se plantearon los objetivos específicos.

1| Analizar si los libro de texto, poseen una mirada interdisciplinaria, desde los aspectos biológicos psicológicos y sociales, de acuerdo al paradigma de formación de recurso humano actual.

En las instituciones de educación superior, a través de sus funciones de docencia, investigación y extensión, desarrolladas en contextos de autonomía institucional y libertad académica, sería importante incrementar su mirada interdisciplinaria. Como así también promover el pensamiento crítico y la ciudadanía activa, lo cual contribuye al logro del desarrollo sustentable, la paz, el bienestar y el desarrollo y los derechos humanos, incluyendo la equidad de género.

Para este fin, son necesarios una gestión eficaz y un sistema de financiación adecuada. Es imperativo llevar a cabo una investigación pertinente y de calidad para que las instituciones favorezcan las políticas de servicio a las sociedades. En la definición y en la puesta en práctica de las políticas es primordial que participen los estudiantes, así como los colaboradores responsables.

El simple planteo de la interdisciplina implica un cuestionamiento a los criterios de causalidad, básicamente a los de causalidad lineal y atenta contra la posibilidad de fragmentación de los fenómenos a abordar. Implica también el reconocimiento de que los campos disciplinares no son un reflejo de distintos objetos reales sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos.

La construcción conceptual del problema que implica un abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción. Es decir, va más allá de un encuentro casual de disciplinas.

La situación nutricional de la población es el resultado de la interacción de una diversidad de factores tanto social, cultural, político, económico y ambiental; sus formas de interacción tienen un rol determinante sobre el nivel de nutrición de la población de un país, región o comunidad.

Por último, haciendo dichas observaciones y luego del análisis de los libros de texto, el libro MENEGHELLO, Julio ([1972] 2013). *Pediatría*. 6° ed. Buenos Aires: Panamericana, aparece como el más adecuado para el abordaje del tema.

Conclusión 1

Los contenidos pertenecen fundamentalmente a un ámbito de saber académico, a una estructura disciplinar con su lógica interna, sin incluir otros ámbitos de saber. La mayoría de los libros de texto utilizados en las Facultades analizadas, no poseen un abordaje interdisciplinario adecuado de acuerdo al nuevo paradigma de formación de recurso humano.

2| Analizar el diseño de las actividades en la misma bibliografía.

- **En cuanto a las actividades en los materiales escritos.**

Las actividades ponen en funcionamiento procesos cognitivos de distinto orden y complejidad. Aquellas que demandan al alumno identificar, caracterizar, enumerar, describir o clasificar información requieren el empleo de procesos cognitivos relativamente sencillos.

Otro tipo de actividades apunta específicamente a la comprensión de ciertos conceptos básicos y de las estrategias metodológicas propias de cada disciplina, favoreciendo la transferencia a nuevas situaciones. Asimismo, ser un estímulo importante para el desarrollo de estrategias meta cognitivas.

Durante la elaboración de libros de texto mediante un trabajo compartido, de hecho se pueden hacer diversos cambios, ajustes de acuerdo a criterios específicos o demandas concretas. En el caso de los ya editados, es imposible cambiar sus componentes, por lo que incidirá aún más el tipo de actividades de comprensión propuestas y metodologías de enseñanza y aprendizaje que pueden realizar los alumnos.

En definitiva, concuerdo con la afirmación que dice que los mejores materiales pueden convertirse en los peores y que no hay materiales en sí mismos didácticos. **Todo depende de la concepción que los sustente, de la intención con que se utilicen y de las condiciones de dicho uso.**

Conclusión 2

Los libros de texto analizados se encuentran centrados en el conocimiento y han prefigurado los roles al docente y al alumno como sujetos pasivos, sin iniciativa. Los **materiales escritos, analizados no poseen actividades de aprendizajes explícitas**, ni tampoco presentan la doble versión de libro del alumno y guía didáctica del profesor.

3| Indagar las modalidades de selección de la bibliografía obligatoria en las cátedras de Pediatría estudiadas.

• En relación a los libros de texto

Los libros de texto, representan la **tecnología preponderante** en los procesos de enseñanza y aprendizaje de la **Desnutrición** en las Universidades Nacionales Argentinas. Para los alumnos constituyen la fuente legítima de conocimiento porque por un lado son el modo de representación preferido y por otro son validados por el área o cátedra que los incluye en su bibliografía.

Los materiales analizados, han sido **elaborados** como un **producto de consumo del mercado** realizado por empresas privadas, respondiendo a la existencia de un mercado de materiales que posee sus propias reglas y mecanismos de producción.

Desde esta perspectiva, se puede considerar que su elaboración no sólo respondió a fines pedagógicos, sino también, a intereses de beneficio y rentabilidad económica de las editoriales. Estamos pues de alguna manera, ante una situación de subordinación de producción del material, a las necesidades de la industria y del mercado.

La segunda consideración es que la producción de estos materiales desde la perspectiva mencionada, no se modifica ni se actualiza en función de las exigencias culturales de una sociedad. En cambio, lo hacen porque así lo demanda la comunidad educativa que es quien los supervisa (cuando lo hace) y aprueba. Aunque esa modificación no necesariamente se realiza en tiempo y forma porque depende la velocidad de elaboración de los materiales.

La **jerarquización** del orden de los contenidos facilita la comprensión, por lo tanto, a la hora de elaborar materiales escritos las buenas propuestas procuran que los textos ofrezcan numerosas **claves de lectura**, dar al texto una organización reconocible y un desarrollo ordenado, ofrecer elementos suficientes para concretar la idea global, disponer de

proposiciones de síntesis. Son muy pocos los materiales analizados que cumplen con éste requisito.

En los libros analizados, los objetivos de enseñanza no se explicitan o se hacen de un modo vago, lo que dificulta saber si fueron elaborados como material básico o complementario. Por otra parte los tratados analizados expresan claramente que no se encuentran dirigidos a estudiantes de medicina, además que por definición no son adecuados para estudiantes de pre – grado. Aunque son destinados a pediatras, con adecuadas preguntas críticas y actividades podrían ser muy aprovechados por los estudiantes.

La presentación de los contenidos destaca componentes cognitivos y memorísticos frente a procesuales, presenta un formato estructurado y cerrado, que predetermina en gran medida su seguimiento y no permite conectar la información que proporciona a problemas prácticos y actuales de la vida cotidiana.

Si bien la diversificación de los materiales plantea un problema al momento de cómo realizar una correcta selección bibliográfica, surge del análisis de las entrevista, que la misma no se justifica adecuadamente, quedando en su mayoría supeditado el “consenso” de profesores en el mejor de los casos.

Muchas experiencias nos muestran una que inadecuada propuesta de selección bibliográfica, aun cuando las preguntas integradoras que acompañan su lectura o las actividades de comprensión sean verdaderamente valiosas en términos de contenido, terminan obstaculizando la posibilidad de operar un verdadero cambio cognitivo en los alumnos.

Conclusión 3

Para seleccionar los materiales escritos obligatorios, las cátedras de Pediatría estudiadas, no poseen un instrumento de análisis que les permita un enfoque evaluativo con potencialidad integradora y comprensiva de todas las dimensiones constitutivas del material impreso de enseñanza.

4| Inferir el paradigma de formación médica implícito en la formación de recursos humanos en las Universidades públicas argentinas.

• En relación al modelo médico hegemónico

El modelo médico hegemónico de formación no da respuesta a los nuevos requerimientos de actuación, a causa de la insuficiente formación integral, los escasos conocimientos y limitada aplicación de las Ciencias Sociales en el ámbito de la salud, lo que minimiza la inclusión de la percepción de salud, de las emociones que el sujeto experimenta, los ambientes específicos donde se desarrolla y la diversidad individual y poblacional.

Para dar respuesta a las nuevas demandas del cuadro epidemiológico, impera incorporar efectivamente en la formación de recursos humanos en salud los marcos teórico-metodológicos de las Ciencias Sociales. Se trata de asumir el modelo médico social como eje de formación académica, el cual constituye una perspectiva más abarcadora de la salud y favorece la coparticipación entre el personal de la salud y la comunidad en que está inserto.

Evidentemente, para abordar la Desnutrición como problema de salud pública es imprescindible contar con la voluntad política de los dirigentes sociales. Hasta ahora ninguna enfermedad endémica se ha erradicado sólo con conocimientos científicos, menos todavía si no se modifica positivamente la calidad de vida de los segmentos de población más desprotegida.

La educación superior **supone una función ética**. En un período de crisis de valores, denuncia lo falso, desenmascara los argumentos falaces y fundamenta sus afirmaciones, conforme a los derechos fundamentales universales, los Derechos del Hombre, la Convención Internacional de los Derechos del Niño, los Derechos relativos al respeto de la naturaleza y de disponer de un medio ambiente de calidad. La educación superior es un camino hacia la praxis ética, supone el accionar también, bajo los marcos mencionados; sino sería puro intelectualismo.

La formación universitaria no debe considerarse como una mera acumulación de conocimientos, sino que debe orientarse hacia la adquisición de competencias. Las principales para todo estudiante son: capacidad para movilizar los conocimientos y habilidades pertinentes, cuando sea necesario, para analizar situaciones complejas, resolver problemas, emprender tareas en colaboración, justificar con rigor científico las decisiones tomadas y tener capacidad de previsión.

Frente a la complejidad de los desafíos globales presentes y futuros, la educación superior tiene la **responsabilidad social** de mejorar nuestra comprensión de cuestiones que

presenten múltiples aristas, involucrando dimensiones sociales, económicas, científicas y culturales, y nuestra habilidad para responder a ellas.

Sabemos que la función explícita de la Facultad, su función tradicional, ha sido la de ser el órgano oficial de enseñanza superior, el estamento educativo que forma profesionales y adjudica títulos habilitantes, además desarrollar tareas de extensión a la comunidad.

Su función no mencionada, su función implícita ha sido durante mucho tiempo convalidar o dar legitimidad a todo el sistema de poderes y privilegios establecidos en la sociedad a través de la educación. Se realiza de manera osmótica, sin que se expliciten formalmente ni la intención ni el mecanismo o procedimiento cognitivo de apropiación de significados.

El material analizado manifiesta intereses en relación con la función reproductora, del modelo médico hegemónico, de la Facultad. Al considerar los índices temáticos de los materiales, dan cuenta casi en exclusiva de una mirada biológica del contenido; de hecho, el concepto de Desnutrición enunciado en los libros de texto, se hace casi exclusivamente desde una mirada biológica. Si bien se explicitan las fuentes y éstas son diversas, en general provienen del mismo campo disciplinar.

Conclusión 4

Se puede inferir entonces que el paradigma de formación médica implícito en la formación de recursos humanos en las Universidades públicas argentinas es el Modelo médico hegemónico.

Propuestas

Fuera de toda duda, el egresado de la carrera de medicina debe ser un profesional universitario con una sólida formación humanística y una base profunda de amplios conocimientos científicos orientados hacia la Atención Primaria de la Salud.

En este contexto debe estar capacitado para aplicar conocimientos, habilidades y destrezas para la detección temprana de los síntomas y signos de anomalías tanto orgánicas como así también psíquicas, para realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento inmediato. En otras palabras, tener los conocimientos básicos para saber descartar las "causas médicas"

de la desnutrición, como por ejemplo enfermedad celíaca, fibrosis quística, enfermedades metabólicas, helmintiasis o tuberculosis.

Por lo tanto es preciso incorporar materiales tanto escritos como multimedia que posean una mirada interdisciplinaria –social, psicológica y biológica - de acuerdo al paradigma de formación de recursos humanos vigente, orientado hacia la Atención Primaria de Salud en Latinoamérica.

Es imperativo complementar y adecuar los materiales que ya se encuentran en el mercado, con **actividades de comprensión** desarrolladas por las cátedras, que aseguren la eficacia en el logro de los aprendizajes previstos.

La utilización de un **instrumento de evaluación del libro de texto**, (conjunto de criterios y estándares) colabora en el análisis y selección del material curricular con un criterio de cambio y renovación.

El instrumento de evaluación de los libros de texto utilizado en el presente trabajo, la grilla, aun superable con las adecuaciones necesarias para su contextualización, se presenta como una ayuda clara, asequible y fácil de usar a la hora de escoger un texto para grado en una Facultad de Ciencias Médicas.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Abrantes Pêgo, R. (2005). *Contexto político de la gestión pública*. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS). Recuperado diciembre 2013 de <http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/hp-xii-taller05-pres-abrantes.pdf>
- Alfaro López, H. G. (2009). Los bibliotecarios y la formación de lectores. *Investigación bibliotecológica*, 23 (49). Recuperado diciembre 2011 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-358X2009000300007&lng=es&tlng=es
- Altmann, M. (febrero, 2001). Arrullo, ritmos y sincronías en la relación madre bebé. *Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 1,49-62.
- Alvarado Pinedo, M. F. (19 de febrero de 2010). Educación y nuevas tecnologías. [Mensaje de Blog]. Recuperado noviembre 2013 de <http://edunuevastecno.blogspot.com.ar/2010/02/analisis-de-materiales-digitales-amad.html>
- Apple, M. (1984). La economía de la publicación de libros de texto. *Educación*, 275, 43-62.
- Apple, M. (1996). La tecnología educativa y el desarrollo e innovación del curriculum. *Actas del 11 Congreso Nacional de Pedagogía*. Recuperado noviembre 2013 de <http://tecnologiaedu.us.es/cuestionario/bibliovir/area2.pdf>
- Apple, M. (2009). *Introducción a la Tecnología Educativa*. Recuperado febrero 2010 de <https://campusvirtual.ull.es/ocw/file.php/4/ebookte.pdf>
- Área Moreira, M. (1994). Los medios y los materiales impresos en el curriculum. En *Para una tecnología educativa*. Barcelona: Horsori.
- Artiles Visbal, L. (2005). El Proyecto Magisterio y la categoría género en la formación de recursos humanos en salud. *Educación Médica Superior*, 19 (2). Recuperado noviembre 2007 de

http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000200001&lng=es&nrm=iso

Asamblea Mundial de Salud. WHA. (1994). *Resolution 47.5 Infant and young child nutrition*.

Recuperado octubre 2014 de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB105/seid1.pdf

Auyero, J. (2005). *Las políticas de los pobres: Las prácticas clientelistas del peronismo*. Buenos Aires: Manantial.

Ayala López, M.A. (2014). Consideraciones técnico pedagógicas para elaborar materiales didácticos. *Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo*. Recuperado enero 2015 de <http://atlante.eumed.net/wp-content/uploads/material-didactico.pdf>

Bachelard, G. (1984). *La formación del espíritu científico*. México: Siglo XXI.

Bardavio, A. y Bardavio, M. (1989). Taller de comic. *Cuadernos de Pedagogía*, 173, 32-33.

Barrows H.S. (1986). *A Taxonomy of problem based learning methods*. *Medical Education*, 20, (6). Recuperado octubre 2014 de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2923.1986.tb01386.x/pdf>

Bowlby, J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.

Branda, L. A. (2009). El aprendizaje basado en problemas: De herejía artificial a res popularis. *Educación Médica*. 12 (1). Recuperado diciembre 2010 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132009000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Buraschi, J. (2003). *El Comité de Educación Médica y la enseñanza de la Pediatría*. Arch.argent.pediatr. 101(3) 234-236.

Campechano Covarrubias, J. (s.f). *El pensamiento complejo y el pensar lo educativo*. Recuperado agosto 2013 de

http://www.avizora.com/publicaciones/pedagogia/textos/0041_pensamiento_complejo_pensar_educativo.htm

Carballeda, A. J. M. (2001). La Interdisciplina como Diálogo: Una visión desde el campo de la Salud. *Margen*, 23. Recuperado enero 2012 de

<http://www.margen.org/suscri/margen23/interd.html#nota>

Carlino, P. (2005). Representaciones sobre la escritura y formas de enseñarla en América del norte. *Educación*, 33 (336). Recuperado febrero 2013 de

<https://books.google.com.ar/books?id=AXO-VtkmtUwC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Carmuega, E. y Duran, P. (2000, junio). Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes. *Boletín Centro de estudios sobre nutrición infantil*, 9. Recuperado

agosto 2013 de http://www.cesni.org.ar/sistema/archivos/63-Volumen_9.pdf

Carvalho, S. R. (2008). Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud colectiva*, 4 (3). Recuperado

abril 2010 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652008000300006&script=sci_arttext

Chomsky, N. (1994). *Política y cultura a finales del siglo XX: Un panorama de las actuales tendencias*. Buenos Aires: Ariel.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2003). Ley No. 25.724. Publicado en *Boletín Oficial* N° 30070 del 17 de enero de 2003. Recuperado abril de 2008 de

<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do%3Bjsessionid=94689CE301A369A32B1AC8B215E2C0AC?id=81446>

Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria. CoNEAU. (2002). *Contribuciones para un análisis del impacto del sistema de evaluación y acreditación*.

Recuperado marzo 2011 de <http://www.CoNEAU.edu.ar/archivos/Impacto.pdf>

- Coscollola, M. D. (2001). *Diseño de documentación en soporte papel, que se utiliza para explicar el funcionamiento de programas informáticos de gestión empresarial* (Tesis de doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado agosto 2013 de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5009/mdc1de6.pdf?sequence=1>
- Cuadrado, A. (2010). Características de la sociedad contemporánea e implicaciones en la educación. *Investigaciones en Educación, 10 (1)*. Recuperado septiembre 2013 de http://dungun.ufro.cl/~mageduc/docs/rie_2010vol1.pdf
- Díaz de Kóbila, E. (2008). Notas para una epistemología de las ciencias de la salud. Recuperado mayo 2014 de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-123.pdf>
- Dirección de Información Parlamentaria del Congreso de la Nación Argentina. (2004). *Política alimentaria, sanitaria y ocupacional a partir de la declaración de la Emergencia Pública (Ley 25.561)*, Volumen 2. Buenos Aires.
- Dolmans, D. y Gijbels, D. (2013). Research on problem-based learning: future challenges. *Medical Education, 47 (2)*. Recuperado septiembre 2014 de <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/medu.12105/>
- Domingo, Á. y Gómez Serés, M.V. (2014). *La práctica reflexiva: Bases, modelos e instrumentos*. Madrid: Narcea. Recuperado diciembre 2014 de <https://books.google.es/books?id=RX5uBgAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Eisner, E. (1998). *Cognición y currículum. Una visión nueva*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Eisner, E. (1998a). *El ojo ilustrado. Indagación cualitativa y mejora de la práctica educativa*. Barcelona: Paidós.
- Escribano, A. (2008). *El Aprendizaje Basado en Problemas: Una propuesta metodológica en Educación Superior*. Madrid: Narcea.

- Escudero, J. M. (1992). Del diseño y producción de medios al uso pedagógico de los mismos. En Pablos, J. y Gortari, C. (eds.) *Psicología de la educación*. Recuperado noviembre 2013 de <http://books.google.com/books>
- Exley, K. y Dennis, R. (2007). *Enseñanza en pequeños grupos en Educación Superior*. Madrid: Narcea.
- Fernández, M. (2012). *Reestructuración de los estudios de la lengua inglesa con fines específicos en las carreras técnicas en la Universidad pública Española*. (Tesis de doctorado). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. Recuperado febrero 2013 de <http://eprints.ucm.es/16354/1/T33852.pdf>
- Fernández Pampillón Cesteros, A. M. (2012). *Herramienta de Evaluación de la Calidad de Objetos de Aprendizaje. Guía para la producción y evaluación de materiales didácticos digitales*. Recuperado octubre de 2014 de http://eprints.ucm.es/12533/1/COdAv1_1_07jul2012.pdf
- Follari, R. (2013). *Criterios y exigencias para la interdisciplina*. Conferencia presentada en la Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Recuperado octubre 2014 de <http://www.unr.edu.ar/noticia/6452/roberto-follari-diserto-sobre-interdisciplina>
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- Galdeano, M. (2006) Los materiales didácticos en Educación a Distancia (I): Funciones y características. *Boletín informativo UNNE virtual*, 20. Recuperado noviembre 2013 de http://virtual.unne.edu.ar/paramail/correo_unne_BN20.htm
- Galeano, E. (2000). *Patas Arriba, la escuela del mundo al revés*. Buenos Aires: Catálogos.
- Garretón, M. (1997) *¿En qué sociedad vivi(re)mos? Tipos societales y desarrollo en el cambio de siglo*. Recuperado diciembre 2013 de [https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=%C2%BFEn+qu%C3%A9+sociedad+vivi\(re\)mos?:+Tipos+societales+y+desarrollo+en+el+cambio+de+siglo&author=GA](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=%C2%BFEn+qu%C3%A9+sociedad+vivi(re)mos?:+Tipos+societales+y+desarrollo+en+el+cambio+de+siglo&author=GA)

RRET%C3%93N+M.&publication_year=1998&journal=Estudios+ Sociales&volume= VIII&issue=14&pages=9-18

Gavino, S., Defranco, G., Fuertes, L. (2006). Desarrollo de software educativo para la enseñanza del dibujo en las carreras de Ingeniería. Recuperado octubre 2013 de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/19234/Documento_completo.pdf?sequence=1

Gimeno Sacristán, J. (1991). Los materiales y la enseñanza. *Cuadernos de Pedagogía*, (194). Recuperado agosto 2013 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=3964>

Gimeno Sacristán, J. (1998) *El curriculum: Una reflexión sobre la práctica*. Madrid: Morata.

Grantham-McGregor, S. M. (1991). Nutritional supplementation, psychosocial stimulation, and growth of stunted children: the Jamaican study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 54 642-8 Recuperado diciembre de 2015 <http://ajcn.nutrition.org/content/54/4/642.full.pdf>

Grantham-McGregor, S. M. (2012). Effects of a community-based approach of food and psychosocial stimulation on growth and development of severely malnourished children in Bangladesh: a randomised trial. *European Journal of Clinical Nutrition*, 66 701-709 Recuperado diciembre 2015 <http://www.nature.com/ejcn/journal/v66/n6/full/ejcn201213a.html>

Gordon, E. (2005). *Supplemental Education: The Hidden Curriculum of High Academic Achievement*. Maryland: Rowman & Littlefield.

Gual, A., Millan Nuñez-Cortes, J., Pales- Argullos, J. & Oriol-Bosch, Albert, A. (2013). Declaración de Edimburgo, ¡25 años! *Fundación Educación Médica*, 16 (4) Recuperado agosto 2014 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322013000600001&lng=es&nrm=iso

Hernández Sampieri, Fernandez y Baptista (2003). *Metodología de la investigación*, México: Mc Graw-Hill.

Hipócrates. (s.f). *Aforismos y Sentencias*. Recuperado octubre 2013 de <http://www.dominiopublico.es/libros/H/Hipocrates/Hip%C3%B3crates%20-%20Aforismos%20Y%20Sentencias.pdf>

Hodara, I. (2004). *Reflexiones sobre la producción de material impreso en Educación a Distancia y las estrategias de comprensión. VIII Congreso de Educación a Distancia, CREAD MERCOSUR/SUL*. Recuperado septiembre 2013 de http://campus.usal.edu.ar/pluginfile.php/29586/mod_book/chapter/7373/Bloque_2/hodara.htm

Hoffmann, J. M. (2004). *Los Árboles no Crecen Tirando de las Hojas*. Buenos Aires: del Nuevo Extremo.

Hombrados, M. I. (1997). *Estrés y Salud*. Valencia: Promolibro.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. INDEC. (2014). *Encuesta permanente de hogares*. Recuperado julio 2014 de <http://www.indec.mecon.ar/bases-de-datos.asp>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. INDEC. (2014a). *Indicadores sobre mercado de trabajo*. Recuperado julio 2014 de http://www.indec.mecon.ar/nivel2_default.asp?seccion=S&id_tema=4

Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado. INTEF. (2010). *Los Materiales Educativos en México Aproximación a su génesis y desarrollo*. Recuperado marzo 2013 de http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/80/cd_1_2_3/cd2/paises/mexico/los_materiales_educativos_en_mexico.pdf

International Baby Food Action Network (IBFAN). (1994). *The Forty-first World Health Assembly, Having considered the report by the Director-General on infant and young*

- child nutrition*. Recuperado octubre 2012 de <http://www.ibfan.org/issue-international-code-full-47-5>
- International Food Policy Research Institute. [Instituto Internacional de Investigaciones sobre Política Alimentaria] (2003). *The Importance of Women's Status for Child Nutrition in Developing Countries*. Research Report 131. Recuperado septiembre 2013 de <http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/16526/1/rr030131.pdf>
- Isern, M. (2005-2006) La estructura de las revoluciones científicas en el derecho: Una aproximación. *Telemática de filosofía del derecho*, 9, 13-41.
- Ivanovich Marincovich, D. (1992). Nutrition and Education: IV. Clinical signs of malnutrition and its relationship with socioeconomic, anthropometric, dietetic and educational achievement parameters. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 42 (1). Recuperado febrero 2015 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1308641>
- Ivanovich Marincovich, D. (2004). Head size and intelligence, learning, nutritional status and brain development Head, IQ, learning, nutrition and brain. *Neuropsychologia*, 42. Recuperado septiembre 2013 de <http://www.captura.uchile.cl/handle/2250/132502>
- Kuhn, T. (1962). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de cultura económica.
- Labra, Pamela, Kokaly, M. Eugenia, Iturra, Carolina, Concha, Adolfo, Sasso, Patricia, & Vergara, M. Inés. (2013). El enfoque ABP en la formación inicial docente de la Universidad de Atacama: el impacto en el quehacer docente. *Estudios pedagógicos*, 37 (1). Recuperado junio de 2014 de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052011000100009&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-07052011000100009
- Lave, J. y Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press. Recuperado agosto 2013 de

<http://www.practicareflexiva.pro/2014/02/rasgos-del-aprendizaje-situado/#sthash.PXwA8BjZ.dpuf>

Lejarraga, H. (2007). Consideraciones sobre el uso de tablas de crecimiento en Argentina.

Archivos Argentinos de Pediatría, 105 (6), 545-551.

Liébana, B. (2001). La evaluación de materiales didácticos para la educación a distancia.

Iberoamericana de Educación a Distancia, 4 (1). Recuperado octubre 2014 de

http://www.utpl.edu.ec/ried/images/pdfs/vol4-1/evaluacion_materiales.pdf

Litwin, E. (2008). *Materiales Didácticos: lenguajes y mediaciones para la enseñanza*.

Recuperado agosto 2011 de

http://www.flasco.org.ar/formacion_posgrados_contenidos.php?IDPC=&ID=106

Lukas Mujika, J. F., Etxeberria, S. (2004). Evaluación de centros escolares de educación

secundaria del País Vasco. *Electrónica de Investigación Educativa*, 6 (2). Recuperado

mayo 2015 de <http://redie.uabc.mx/redie/article/view/101>

Mahler, M. (1984). *El Nacimiento Psicológico del Infante Humano*. Buenos Aires: Marymar.

Marco Aurelio (170). *Meditaciones*. Recuperado septiembre 2013 de

http://www.imperivm.org/cont/textos/txt/marco-aurelio_meditaciones.html

Maroto Marín, O. y Quirós Garita, M. (2010). Uso de un medio tecnológico educativo en

educación superior como recurso didáctico. *Electrónica Actualidades Investigativas en*

Educación, 10 (2). Recuperado octubre 2011 de

<http://www.redalyc.org/pdf/447/44717910009.pdf>

Martínez, F. (2003). El libro de texto como medio didáctico. En Cabero, J.; Martínez, F., y

Salinas, J. (Coord.) *Medios y herramientas de comunicación para la educación*

universitaria. Panamá: EDUTECH-Sucesos Pub. Recuperado noviembre 2013 de

<http://www.scribd.com/doc/36692598/Lectura3Martinez>

- Martínez Bonafé, J. (1991) El cambio profesional mediante materiales. *Cuadernos de Pedagogía*, 189. Recuperado noviembre 2013 de
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=3959>
- Martínez Bonafé, J. (1992). ¿Cómo analizar materiales? *Cuadernos de Pedagogía*, 203.
Recuperado noviembre 2013 de
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=35396>
- Massie, H. y Campbell, K. (1978). *Escala para ser usado durante el examen pediátrico y otras situaciones estresantes en el cuidado del niño*. Recuperado abril 2011 de
<http://adsscale.com/indexspanish.html>
- Medina Nuñez, I. (2006). *Interdisciplina y Complejidad: ¿Hacia un nuevo paradigma? Perspectivas*, 29. Recuperado abril 2012 de
<http://seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/viewFile/34/27>
- Medina Vásquez, J. (2006). *Manual de prospectiva y decisión estratégica: bases teóricas e instrumentos para América Latina y el Caribe*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) Área de Proyectos y Programación de Inversiones. Santiago, Chile. Recuperado septiembre 2013 de
<http://www.oei.es/salactsi/manual51.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2014). *Programas sociales*. Recuperado febrero 2015 de
<http://www.desarrollosocial.gov.ar>
- Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación. (1999). Resolución 535/99: Educación Superior. Recuperado octubre 2013
<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/55000-59999/59521/norma.htm>
- Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación. (2007). Resolución 1314/07. Recuperado agosto 2011 de
<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/130000-134999/132311/norma.htm>

- Ministerio de Educación. Secretaría de Políticas Universitarias (2012). *Anuario 2012. Estadísticas Universitarias*. Recuperado agosto 2013 de http://informacionpresupuestaria.siu.edu.ar/DocumentosSPU/diu/anuario_2012.pdf
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. (2006). *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud*. Recuperado septiembre 2011 de <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/ennys/site/documento-de-presentacion.asp>
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. (2007). *Evaluación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños, adolescentes y embarazadas*. Recuperado diciembre 2011 de <http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/manual-nutricion-press.pdf>
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (2004). Ley N° 25.972. Ley de Emergencia Pública. Publicada en el Boletín Oficial N° 30550, del 17 de diciembre de 2004. Argentina. Recuperado septiembre 2013 de http://www.trabajo.gov.ar/downloads/legislacion_ley/Ley25972.doc
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Gerencia de Empleo y Capacitación laboral. Agencia para el desarrollo económico. (2013). Recuperado abril 2014 de <http://www.adec.net.ar/InsercionDesocupados.htm>
- Molina. I. (2005). *Seminario de post grado: Materiales para la enseñanza*. Universidad Nacional del Litoral.
- Mollo, S. (1975). *La escuela en la sociedad*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Morales Muñoz, P. A. (2012). *Elaboración de Material didáctico*. Tlalnepantla: Red tercer Milenio. Recuperado abril 2013 de http://www.aliatuniversidades.com.mx/bibliotecasdigitales/pdf/Derecho_y_ciencias_sociales/Elaboracion_material_didactico.pdf
- Morales, P. y Landa V. (2004). Aprendizaje basado en problemas. *Theoria*, 13. Recuperado

- diciembre 2011 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/299/29901314.pdf>
- Morin, E., Pena Vega A. (coord.) (2003). *Pensar la reforma de la universidad. Cuadernos de propuestas para el Siglo XXI*. Recuperado septiembre 2013 de http://www.alliance21.org/2003/imprimer617_es.html
- Murillo Torrecilla, J. (2014). *Enfoques Metodológicos en ciencias sociales*. Recuperado febrero 2015 de http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/alenava/Docencia/DOCTORADO/PRIMER_A_PARTE_DOCS/ENFOQUES_METODOLOGICOS_J_MURILLO.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (2005). *Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU*. Recuperado septiembre 2013 <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals>
- Organización de las Naciones Unidas. (2013). Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe. *Seguridad alimentaria*. Recuperado septiembre 2013 <http://www.rlc.fao.org/es/paises/argentina/>
- Organización de las Naciones Unidas. (2013a). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional de América Latina y Caribe: Hambre en América latina y caribe. Acercándose a los objetivos del milenio*. Recuperado enero 2015 de <http://www.fao.org/docrep/019/i3520s/i3520s.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. FAO (1999). *Evaluación de la situación de seguridad alimentaria mundial. Depósitos de documentos de la FAO*. Recuperado enero de http://www.fao.org/docrep/meeting/x1885s.htm#P62_1204
- Niemeyer, B. (2006) El aprendizaje situado: una oportunidad para escapar del enfoque del déficit. *Educación, 341*. Recuperado agosto 2014 de http://www.oei.es/etp/aprendizaje_situado_oportunidad_escapar_enfoque_deficit.pdf

- Nord, M., Coleman-Jensen, A. & Singh, A. (2013). *Household Food Security in the United States in 2012*, U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service. Recuperado enero 2013 de <http://www.ers.usda.gov/media/1183208/err-155.pdf>
- Olson, D. (1998). *El mundo sobre el papel: el impacto de la lectura y la escritura en la estructura del conocimiento*. Barcelona: Gedisa.
- Onis, M. (s.f.) *WHO Child Growth Standards Implications for everyday practice*. Recuperado agosto 2014 de journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0002684
- Organización Mundial de la Salud. Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo. (2007). *Patrones de crecimiento infantil de la OMS. Métodos y desarrollo*. Recuperado enero 2011 de http://www.who.int/nutrition/media_page/tr_summary_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y CEF (1978) *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata*. Ginebra: Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Observatorio Regional de Recursos Humanos de Salud. (2013). *Educación médica hacia la APS renovada y libros de texto*. Recuperado junio 2014 de http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_edum_ed_arg_dic12.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Working group on infant growth. (1994). *An Evaluation of Infant Growth*. Ginebra: Oficina de Publicaciones de la OMS. Recuperado diciembre 2013 de http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_NUT_94.8.pdf
- Ortale, S., (2008). *Saber médico y Desnutrición infantil en el Gran La Plata*. Recuperado agosto 2012 de <http://www.cic.gba.gov.ar/ceren/documentos/sabermedico.pdf>

- Ozollo, F. (2008). *Elaboración de materiales escritos de aprendizaje: de una secuencia lineal a una colaborativa*. Mendoza: UNCU virtual. Recuperado septiembre 2010 de http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/1085/ozolloorlandoelaboracion.pdf
- Pardío López, J., et. al. (2006) *Dinámica de la alimentación y su relación con el fenómeno de separación-individuación del ser humano: una visión nutricionista y psicodinámica*. Recuperado septiembre 2013 de http://www.fondonestlenutricion.org.mx/publicaciones/informes_tec/informes_tec06.htm
- Pardío López, J. (2012) Alimentación complementaria del niño de seis a 12 meses de edad. *Acta Pediátrica de México*, 33 (2). Recuperado febrero 2013 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2012/apm122g.pdf>
- Parral, H., (coordinador) (2003). *Gestión municipal en APS: Estrategias, fortalezas y debilidades de los modelos locales aplicados a la pediatría*. Recuperado abril 2010 de http://www.sap.org.ar/staticfiles/conarpe/ponencias/1_10/p6.htm
- Pérez Juste, R. (2000). La evaluación de programas educativos: conceptos básicos, planteamientos generales y problemática. *Investigación Educativa*, 18 (2), 261-289.
- Perkins, D. (2003). *La escuela inteligente. Del adiestramiento de la memoria a la educación de la mente*. Barcelona: Gedisa.
- Piaget, J. (1999). *La Psicología De La Inteligencia*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Pievi, N. (2009). *Documento metodológico orientador para la investigación educativa*. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación.
- Plataforma Regional sobre Educación en América Latina: PREAL. (2001). *Programa Quedándonos Atrás. Un Informe del Progreso Educativo en América Latina*. Recuperado octubre 2007 de

<http://www.preal.org/BibliotecaDes.asp?id=904&Camino=63|Preal%20Publicaciones/262|Informes%20de%20Progreso%20Educativo/268|Informes%20Regionales>

Prendes Espinoza, M. P. (2001). Evaluación de manuales escolares. *Píxel-Bit. Medios educativos*, 16. Recuperado septiembre 2013 de <http://www.sav.us.es/pixelbit/pixelbit/articulos/n16/n16art/art167.htm>

Prendes Espinoza, M. P. (2004). Enseñar con materiales impresos. *Comunicación y pedagogía: Nuevas tecnologías y recursos didácticos*, 200, 41-45.

Prendes Espinoza, M. P. (2007). *La enseñanza con objetos de aprendizaje*. Madrid: Dykinson. Recuperado agosto 2012 de <http://books.google.com/books>

Prieto Navarro, L. (2006). Aprendizaje activo en el aula universitaria: el caso del aprendizaje basado en problemas. *Ciencias Humanas y Sociales*, 64 (124), 173-196.

Rodríguez Jiménez, J. M. (2008). Teorías para el diseño instructivo de unidades didácticas. Unidad didáctica "El alfabeto griego". *Educación a distancia*, 8 (20). Recuperado diciembre 2010 de <http://www.um.es/ead/red/20/rodriguez.pdf>

Rodríguez Menéndez, C. (2007). Los procesos de enseñanza-aprendizaje universitario ante el reto de la convergencia europea: algunos obstáculos en su implementación. *Campo abierto*, 26 (2). Recuperado agosto 2014 de dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2525075.pdf

Rodríguez Suárez, J. (2002). *Educación Médica: Aprendizaje basado en problemas*. México D.F.: Panamericana.

Rojas O., A. (2012). "Curriculum oculto" en medicina: una reflexión docente. *Médica de Chile*, 140 (9). Recuperado junio de 2015 de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000900017&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872012000900017

- Rolnik, R. (2012). *Informe de la Relatora Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado, y sobre el derecho a la no discriminación en este contexto*. Recuperado abril 2014 de http://ap.ohchr.org/documents/dpage_s.aspx?s=35
- Romero, J. (2010) *Introducción a la Investigación Biológica: Curso 2009-2010*. Recuperado febrero 2013 de <http://ocw.uv.es/ciencias/2-1/material-de-clase>
- Sánchez Santamaría, J. (2013). Paradigmas de Investigación Educativa: de las leyes subyacentes a la modernidad reflexiva. *Entelequia*, (16). Recuperado mayo 2014 de <http://www.eumed.net/entelequia/en.art.php?a=16a06>
- Sancho, J. M. (2001). (Coord.) *Para una tecnología educativa*. Barcelona: Horsori.
- Santos Guerra, M. A. (1991). Cómo evaluar materiales. *Cuadernos de pedagogía*, 194. Recuperado septiembre 2013 <http://dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=3964>
- Sindicatura General de la Nación. (2004). *Red Federal - Informes Programa de Empleo Comunitario (PEC)* Recuperado agosto 2013 de http://www.sigen.gov.ar/documentacion/informes_redfederal/peclaplata0704.pdf
- Singla, D. R. (2015). Effects of a parenting intervention to address maternal psychological wellbeing and child development and growth in rural Uganda: a community-based, cluster-randomised trial. *Lancet Glob Health*, 3 458–69 Recuperado diciembre de 2015 [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)00099-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)00099-6/abstract)
- Soletic, A. (2000). La producción de materiales escritos en los programas de educación a distancia: problemas y desafíos. En Litwin, E. (ed.), *La Educación a Distancia*. (pp. 105-136). Buenos Aires: Amorrortu.
- Solomons, N. (2012). A Day in the Life of Dr. Noel W Solomons. *Sight and Life Magazine*, 26 (2). Recuperado septiembre 2014 de

http://www.sightandlife.org/fileadmin/data/Magazine/2012/26_2_2012/profile_a_day_in_the_life_of_noel_solomons.pdf

Soto González, M. (1999). *Edgar Morin: Complejidad y sujeto humano* (Tesis de doctorado).

Recuperado agosto 2011 de <http://www.biblioteca.org.ar/libros/133208.pdf>

Souza da Silva, B. (2008) Interdisciplinariedad, docencia universitaria y formación.

Educación Médica Superior, 22 (4) Recuperado septiembre 2014 de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000400007&lng=es&nrm=iso)

[21412008000400007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000400007&lng=es&nrm=iso)

Stiglitz, J. (2002). *El malestar en la globalización*. Buenos Aires: Taurus.

Symonds, J. (2010, Septiembre). *The Death of Mixed Methods: Research Labels and their*

Casualties. Conferencia presentada para The British Educational Research Association

en la Universidad Heriot Watt de Edimburgo, Escocia.

Tamayo y Tamayo, M. (2004). *Diccionario de la investigación científica*. México: Limusa.

Toro Sánchez, F. J., Gagliardini, G. (2006). La seguridad alimentaria y la FAO: Una revisión

crítica de los informes sobre el estado mundial de la Agricultura y la Alimentación.

Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales, 11 (637) Recuperado noviembre 2012

de <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-637.htm>

Torp, L. (1999). *El Aprendizaje Basado en Problemas: desde el jardín de infantes hasta el*

final de la escuela secundaria. Buenos Aires: Anorrutu.

Undurraga, V. y Olivares, A. (s./f.). *Estudio exploratorio sobre la efectividad de dos*

modalidades de intervención temprana destinada a mejorar la calidad de la relación

madre - hijo (a), Recuperado agosto 2013 de

<http://www.uisek.cl/violenciaintrafamiliar/apego.htm>

UNESCO. (1998, octubre). *La educación superior en el siglo XXI. Visión y acción.*

Conferencia Mundial sobre la educación superior. París. Recuperado diciembre 2013 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001136/113602so.pdf>

UNESCO. (2009, julio). *Las Nuevas Dinámicas de la Educación Superior y de la*

Investigación para el Cambio Social y el Desarrollo. Conferencia Mundial sobre la educación superior. Recuperado enero 2014 de

http://www.me.gov.ar/spu/documentos/Declaracion_conferencia_Mundial_de_Educacion_Superior_2009.pdf

UNICEF. (1998). *Estado mundial de la infancia: Nutrición.* Recuperado agosto 2013 de

<http://www.unicef.org/spanish/sowc98sp/sum01s.htm>

UNICEF. (2006). *Estado mundial de la infancia: Las causas fundamentales de la exclusión.*

Recuperado septiembre 2010 de

www.unicef.org/spanish/sowc06/pdfs/sowc06_chap2.pdf

UNICEF. (2006a). *Progreso para la Infancia: Un balance sobre nutrición*, (4). Recuperado septiembre 2010 de

http://www.unicef.org/peru/_files/Publicaciones/SobrevivenciaDesarrolloInfantil/ProgresoparalaInfancia_nutricion.pdf

UNICEF. (2006b). La Situación de la Desnutrición infantil y los objetivos de desarrollo del milenio. *Desafíos 2*, (5). Recuperado octubre 2010 de

<http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion%2813%29.pdf>

UNICEF. (2007). *Estado mundial de la infancia: El doble dividendo en la igualdad de género.* Recuperado noviembre 2010 de

<http://www.unicef.org/spanish/sowc07/index.php>

- UNICEF. (2009). *Estado mundial de la infancia: Salud Materna y Neonatal*. Recuperado enero 2011 de <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-ESP.pdf>
- UNICEF. (2012). *Estado mundial de la infancia: Niños y niñas en un mundo urbano*. Recuperado enero 2013 de http://www.unicef.org/spanish/sowc2012/pdfs/SOWC%202012%20Main%20Report%20LoRes%20PDF_SP_03132012.pdf
- UNICEF. (2012a). *Levels & Trends in Child Mortality – Report*. Recuperado marzo 2013 de http://www.unicef.org/videoaudio/PDFs/UNICEF_2012_child_mortality_for_web_0904.pdf
- UNICEF. (2014). *Estado de la Salud Materna, Neonatal e Infantil en Argentina: UNICEF Argentina, Área Salud y Nutrición*. Recuperado febrero 2015 de <http://sahdes.org/wp-content/uploads/2014/09/Salud-Materno-Infantil-Informe-Unicef-2014.pdf>
- Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina. (2007). *Guías de procedimientos del departamento de Pediatría*. Recuperado agosto 2010 de <http://www.fmed.uba.ar/depto/pediatri/fasciculo2007.pdf>
- Universidad Nacional de Rosario. Facultad de Ciencias Médicas. (2000). *Lineamientos curriculares institucionales*. Res. CD. N° 1280/2000. Rosario: Prensa UNR.
- Universidad Nacional de Rosario. (2001). Resolución Consejo Superior N° 1518/2001. Rosario: Prensa UNR.
- Vallejo Gómez, N. (1996). El pensamiento complejo contra el pensamiento único: Entrevista realizada a E. Morin. *Sociología y Política. Nueva época*. 6 (8). Recuperado de http://www2.minedu.gob.pe/digesutp/formacioninicial/wp-descargas/bdigital/009_El_pensamiento_complejo_y_el_pensar_lo_educativo.pdf

- Vázquez, A. (comp.), (2010). *Lectura, escritura y aprendizaje disciplinar*. Río Cuarto: UniRio. Recuperado abril 2012 de http://www.unrc.edu.ar/unrc/digital/libro_jornadas_unesco_unrc_2010.pdf
- Vega-Franco, L. (1999). Hitos conceptuales en la historia de la Desnutrición proteico-energética. *Salud pública de México*, 41 (4). Recuperado mayo 2011 de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341999000400011&lng=en&nrm=iso
- Velilla, M.A. (Comp.) (2002). *Manual de Iniciación pedagógica al pensamiento complejo*. ICFES- NESCO. Recuperado junio 2010 de http://www.edgarmorin.org/images/descargas/libros/manual_iniciacion.pdf
- Venturelli, J. (2003). *Educación Médica: nuevos enfoques, metas y métodos*. Washington DC: PALTEX.
- Williams C.D. (1933). A nutritional disease of childhood associated with a maize diet. *Arch Dis Child*, 8 (48). Recuperado abril 2010 <http://adc.bmj.com/content/8/48/423.citation>
- Winnicott, D. W. (1962). *La integración del yo en el desarrollo del niño*. Buenos Aires: Paidós.
- World Health Organization. Working Group on Infant Growth (1995). An evaluation of infant growth: the use and interpretation of anthropometry in infants. *Bulletin of the World Health Organization*, 73 (165).
- Zanuttini, G. *Seminario de Atención Integral de la Niñez*. Recuperado octubre 2010 de <http://www.unlvirtual.edu.ar>
- Zeballos, J.L. (2003). *Argentina: efectos socio sanitarios de la crisis 2001-2003*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado mayo 2011 de http://new.paho.org/arg/publicaciones/pubOPS_ARG/Pub57.pdf

Agradecimientos

A mi directora de Tesis, M. Sc. Prof. **Alicia Costamagna**, por ser un faro en el camino en momentos de tormenta, siempre generosa, con palabras de aliento, mente clara y serena. Me alegra mucho haberla conocido y desde ya eternamente agradecido por haber confiado en mí.

A mi Co-Director el Dr. **Juan Carlos Beltramo**, por su vocación docente, cortesía, sinceridad e importante contribución en el desarrollo de esta Tesis.

A mis **familiares, amigos y todos mis compañeros de trabajo** que me han alentado y acompañado desde que la Tesis era una vaga idea.

A las **secretarías administrativas** y **profesores Titulares** de las Cátedras de Pediatría incorporadas a la investigación, por su cordialidad y predisposición a recibirme. Un reconocimiento especial al Dr. **Eduardo Sbrocco**, autor de uno de los libros de textos analizados.

A los integrantes de las **Secretarías de Investigación y de Posgrado de la Facultad de Humanidades y Ciencias** de la Universidad Nacional del Litoral que me han brindado su colaboración.

A mis hijos Lisandro y Valentina.

A Carina, mi compañera durante más 20 años.

Declaración formal

Yo Marcelo Andrés Itharte, declaro que soy autor del presente trabajo, que lo he realizado en su integridad y no lo he publicado para obtener otros grados o títulos.

Declaro que he contado con la colaboración de las siguientes personas M. Sc. Prof. Alicia Costamagna y el Dr. Juan Carlos Beltramino cuya contribuciones quedan claramente expuestas en el texto.

Anexos

**Ministerio de Cultura y Educación / EDUCACION
SUPERIOR / Resolución 535/99**

Anexos

Ministerio de Cultura y Educación

EDUCACION SUPERIOR

Resolución 535/99

Apruébanse los contenidos curriculares básicos y los criterios sobre intensidad de la formación práctica para las carreras de grado de Medicina, las actividades reservadas exclusivamente para quienes hayan obtenido el título de Médico y los estándares de acreditación para las referidas carreras.

Bs. As., 10/8/99

VISTO lo dispuesto por los artículos 43 y 46 inciso b) de la Ley N° 24.521, la Resolución Ministerial N° 238 de fecha 19 de febrero de 1999 y el Acuerdo Plenario N° 9 del CONSEJO DE UNIVERSIDADES de fecha 24 de junio de 1999, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 43 de la Ley N° 24.521 establece que los planes de estudio de carreras correspondientes a profesiones reguladas por el Estado, cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público, poniendo en riesgo de modo directo la salud de los habitantes, deben tener en cuenta —además de la carga horaria mínima prevista por el artículo 42 de la referida ley— los contenidos curriculares básicos y los criterios sobre intensidad de la formación práctica que establezca el MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACION en acuerdo con el CONSEJO DE UNIVERSIDADES.

Que, asimismo, el Ministerio debe fijar con acuerdo del CONSEJO DE UNIVERSIDADES, las actividades profesionales reservadas exclusivamente a quienes hayan obtenido un título comprendido en la nómina del artículo 43.

Que dichas carreras deben ser acreditadas periódicamente por la COMISION NACIONAL DE EVALUACION Y ACREDITACION UNIVERSITARIA (CONEAU) o por entidades privadas constituidas con ese fin (artículo 43, inciso b, Ley N° 24.521), de conformidad con los estándares que establezca el MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACION, en consulta con el CONSEJO DE UNIVERSIDADES (artículo 46, inciso b, Ley N° 24.521).

Que por Resolución MCyE N° 238/99, y previo Acuerdo Plenario N° 7 del CONSEJO DE UNIVERSIDADES de fecha 3 de diciembre de 1998, se declaró a la carrera de Medicina incluida en la nómina de títulos prevista por el artículo 43 in fine de la Ley N° 24.521.

Que, consecuentemente, a los efectos de poner efectivamente en vigencia dicho régimen respecto de la carrera de mención, resulta menester fijar los contenidos curriculares básicos y los criterios de intensidad de la formación práctica, así como las actividades profesionales reservadas al título y los estándares de acreditación de dichas carreras.

Que mediante Acuerdo Plenario N° 9 de fecha 24 de junio de 1999 el CONSEJO DE UNIVERSIDADES prestó su acuerdo a las propuestas de contenidos curriculares básicos y criterios de intensidad de la formación práctica para las carreras de

Anexos

Medicina, así como a las actividades reservadas para quienes hayan obtenido el título de Médico y manifestó su conformidad con la propuesta de estándares de acreditación para la carrera de Medicina, documentos todos ellos que obran como Anexos I, II, III y IV del respectivo decisorio.

Que dichos documentos son el resultado de un enjundioso trabajo realizado por expertos en la materia, el que fue sometido a un amplio proceso de consulta que derivó en la incorporación de numerosas sugerencias que sirvieron para enriquecer su texto.

Que tratándose de una experiencia inédita en el país, el CONSEJO DE UNIVERSIDADES recomienda someter lo que se apruebe en esta instancia a una necesaria revisión una vez concluido el primer ciclo de acreditación de las carreras existentes, y propone su aplicación con un criterio de gradualidad y flexibilidad.

Que también se recomienda establecer un plazo máximo de DOCE (12) meses a fin de que las instituciones adecuen sus carreras a las nuevas pautas que se fijen.

Que el Cuerpo propone que dicho período de gracia no sea de aplicación a las solicitudes de reconocimiento oficial y consecuente validez nacional que se presenten en el futuro para nuevas carreras de Medicina.

Que la COMISION NACIONAL DE EVALUACION Y ACREDITACION UNIVERSITARIA (CONEAU), juntamente con algunas otras observaciones, sugiere que la oferta de cursos completos o parciales de una carrera médica de grado fuera del radio urbano donde tenga su sede la facultad, escuela o unidad académica de la cual dependan, sea considerada como una nueva carrera.

Que dicha propuesta, básicamente, resulta razonable pero debe compatibilizarse con lo resuelto por el CONSEJO DE UNIVERSIDADES en su Acuerdo Plenario N° 10/99.

Que el CONSEJO DE UNIVERSIDADES recomienda que al interpretar los documentos aludidos se preste especial atención a los principios de autonomía y libertad de enseñanza y, asimismo, se integre un protocolo con las opiniones generadas durante el proceso de consulta, a efectos de su utilización como material interpretativo.

Que, consecuentemente, corresponde dar carácter normativo a los documentos aprobados en los Anexos I, II, III y IV del Acuerdo N° 9/99 del CONSEJO DE UNIVERSIDADES, así como recoger y contemplar las recomendaciones formuladas por el Cuerpo.

Que las facultades para dictar el presente acto resultan de lo dispuesto en los artículos 43 y 46 inciso b) de la Ley N° 24.521.

Por ello,

EL MINISTRO DE CULTURA Y EDUCACION

RESUELVE:

Anexos

Artículo 1º — Aprobar los contenidos curriculares básicos y los criterios sobre intensidad de la formación práctica para las carreras de grado de Medicina, las actividades reservadas exclusivamente para quienes hayan obtenido el título de Médico y los estándares de acreditación para las referidas carreras que obran como Anexos I —Contenidos Básicos y Carga Horaria Mínima Total de las Carreras de Medicina—, II —Criterios de Intensidad de la Formación Práctica para las Carreras de Medicina—, III — Actividades Profesionales Reservadas Exclusivamente al Título de Médico— y IV — Estándares para la Acreditación de las Carreras de Medicina—, de la presente resolución.

Art. 2º — La fijación de las actividades profesionales que deben quedar reservadas a quienes obtengan el título de Médico, lo es sin perjuicio de que en el futuro algunas carreras puedan compartir total o parcialmente las mismas.

Art. 3º — Lo establecido en los Anexos aprobados por el artículo 1º de la presente deberá ser aplicado con un criterio de flexibilidad y gradualidad, correspondiendo su revisión en forma periódica.

Art. 4º — En la aplicación que efectúen las distintas instancias de los Anexos aludidos, se deberá interpretarlos atendiendo especialmente a los principios de autonomía y libertad de enseñanza, procurando garantizar el necesario margen de iniciativa propia de las instituciones universitarias, compatible con el mecanismo previsto por el artículo 43 de la Ley N° 24.521.

Art. 5º — Se establece un plazo de DOCE (12) meses como máximo para que los establecimientos universitarios adecuen sus carreras de grado de Medicina a las disposiciones precedentes. Durante ese período sólo se podrán realizar convocatorias de presentación voluntaria para la acreditación de dichas carreras. Vencido el mismo, podrán realizarse las convocatorias de presentación obligatoria.

Art. 6º — Sin perjuicio del cumplimiento de otras normas legales o reglamentarias aplicables al caso, la oferta de cursos completos o parciales de una carrera médica de grado destinada a instrumentarse total o parcialmente fuera del ámbito del CONSEJO REGIONAL DE PLANIFICACION DE LA EDUCACION SUPERIOR (CPRES) al que pertenezca la institución universitaria, será considerada como una nueva carrera médica.

Art. 7º — Fórmese un protocolo con los documentos elaborados durante el proceso de consultas previas al dictado de esta resolución, para conocimiento de la comunidad académica y como elemento que facilite la interpretación de la normativa aprobada por el artículo 1º de la presente.

Art. 8º — Una vez completado por la COMISION NACIONAL DE EVALUACION Y ACREDITACION UNIVERSITARIA (CONEAU) el primer ciclo de acreditación de las carreras médicas existentes al 24 de junio de 1999, se propondrá al CONSEJO DE UNIVERSIDADES la revisión de los Anexos aprobados por el artículo 1º de la presente.

Art. 9º — Declárase que la expresión "contenidos curriculares básicos" utilizada en el artículo 43 de la Ley de Educación Superior se interpreta en el sentido de aquellos contenidos mínimos e indispensables que no se podrán dejar de tener en cuenta para garantizar la correcta formación profesional de los graduados universitarios.

Anexos

NORMA TRANSITORIA

Art. 10. — Los Anexos aprobados por el artículo 1º serán de aplicación estricta a partir de la fecha a todas las solicitudes de reconocimiento oficial y consecuente validez nacional que se presenten en el futuro para nuevas carreras de Medicina. Dicho reconocimiento oficial se otorgará previa acreditación por la COMISION NACIONAL DE EVALUACION Y ACREDITACION UNIVERSITARIA (CONEAU), no pudiendo iniciarse las actividades académicas hasta que ello ocurra.

Art. 11. — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la DIRECCION NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y archívese. — Manuel G. García Solá.

ANEXO I

CONTENIDOS BASICOS Y CARGA HORARIA MINIMA TOTAL DE LAS CARRERAS DE MEDICINA

Tabla de contenidos

⇒ En el presente documento se determinan los contenidos básicos según las materias de las Facultades de Medicina. Los mismos, presentados en orden alfabético, no han sido ubicados en ciclos a fin de no generar rigideces que luego puedan atentar contra la necesaria flexibilidad curricular.

⇒ Ello comprende el desarrollo de los contenidos básicos de lo que podría considerarse el "core curriculum", común a todas las Facultades de Medicina.

⇒ No se han incorporado los contenidos de las distintas ofertas de opciones electivas, ni los correspondientes al desarrollo de las orientaciones teológicas de instituciones confesionales o de culturas particulares.

⇒ Se ha incluido la síntesis que expresa los conocimientos esenciales resumidos, la metodología recomendada para la enseñanza, los ámbitos de enseñanza necesarios y el tipo de práctica correspondiente y que aporta elementos necesarios a ser considerados para la posterior definición de criterios para la asignación de cargas horarias prácticas y el establecimiento de estándares de acreditación.

El listado de asignaturas que se acompaña con los contenidos básicos, no implica una imposición de nombres, de cantidad de materias, ni de una organización particular de las mismas, sino que constituye un ordenamiento realizado sobre la base de la información facilitada por las Facultades de Medicina. Este listado está orientado a explicitar los contenidos básicos que deben ser considerados en las distintas currículas de las Facultades de Medicina.

I Definiciones Operativas

Carga horaria mínima total: cantidad de horas dedicadas a las actividades de enseñanza—aprendizaje estimadas para que los alumnos alcancen los objetivos propuestos (el aprendizaje de los contenidos básicos), adquieran habilidades y destrezas y desarrollen actitudes en correlato con los mismos.

Anexos

Actividades teóricas: actividades de enseñanza aprendizaje en las que se adquiere, elabora, interpreta y construye el conocimiento en que se fundamenta la práctica.

Actividades prácticas: son las que permiten al alumno adquirir las habilidades y destrezas para la observación de fenómenos, hechos y elementos biomédicos (habilidades y agudeza sensorial) y para la ejecución de procedimientos (con un importante componente visomotor) e implican la intervención sobre personas con una fuerte supervisión. Requieren el uso de conocimientos, búsqueda de información trabajo en terreno, entrevistas a pacientes, toma de decisiones, etc., lo cual, a su vez, genera nuevo conocimiento (1). En Medicina las actividades prácticas tiene que ver con la oferta de prácticas profesionales vigentes en la red de servicios. **Contenidos básicos:** son aquellos conocimientos esenciales que debe adquirir un profesional para llegar a desempeñarse con idoneidad profesional en función del perfil del título habilitante y que aseguran las capacidades y actitudes necesarias para el desarrollo profesional permanente.

Síntesis: incluye y describe de manera resumida los conocimientos, el ámbito de aprendizaje, estrategias recomendadas, el tipo de práctica y otros que se consideren pertinentes de la asignatura / área / curso / módulo / disciplina / u otras denominaciones. Responde a las preguntas: ¿qué?, ¿cómo?, ¿dónde?

Materias optativas: son cursos o actividades vinculadas directamente a la carrera y por las cuales el alumno recibe créditos o cumple con una carga horaria exigida a los fines de completar su formación profesional.

(1) Ver anexo con definiciones operativas para las denominadas actividades prácticas en el Documento Criterios de Asignación de la Intensidad Práctica.

II Síntesis y contenidos básicos

ANATOMIA NORMAL

Síntesis:

Se presenta la estructura anatómica del ser humano en sus distintas etapas evolutivas. Se enfatizan aspectos de relevancia clínica y las relaciones espaciales entre las estructuras y sus aplicaciones prácticas: fisiológicas, semiológicas, patológicas y quirúrgicas. Relación de la anatomía normal con la imaginología y endoscopía.

Se dictarán clases teóricas y prácticas de disección en laboratorio. Se utilizarán modelos vivos anatómicos, simuladores, audiovisuales, mostraciones de imágenes y endoscopía.

Contenidos básicos:

Generalidades. Aspectos anátomo—funcionales de: osteología, artrología, miología, angiología, sistema nervioso y esplacnología. Relaciones estructurales de miembros,

Anexos

cabeza y cuello, tórax, abdomen, pelvis y órganos de los sentidos, orientados a la fisiopatología, semiología y los estudios por imágenes.

BIOLOGIA CELULAR

Síntesis:

Se desarrollan los conocimientos sobre las estructuras y funciones básicas de las células y tejidos en el organismo humano. Comprende la estructura general y organización funcional de las células. Estructura y función celular de los diferentes tejidos con énfasis en aspectos de relevancia clínica y de investigación.

Se desarrollará a través de clases teóricas y prácticas de laboratorio.

Contenidos básicos:

Introducción a la biología celular y molecular. Métodos de estudio de las estructuras, composición y función de organoides. La membrana celular. Citoesqueleto y motilidad celular. Sistemas de endomembranas. Mitocondrias. El núcleo celular. División celular. Meiosis y Mitosis. Procesamiento de la información genética y Comunicación intercelular.

BIOQUIMICA

Síntesis:

Se presenta la naturaleza química de las moléculas que se encuentran en la vida animal. Comprende los procesos de síntesis, degradación, regulación y los mecanismos de replicación, transcripción y traslación, las interacciones que llevan a la conformación del organismo, los procesos químicos indispensables para la vida y sus posibles alteraciones y la aplicación de estos conocimientos a las técnicas de diagnóstico y tratamiento.

Se desarrollarán actividades teóricas, clases de resolución de problemas y prácticas de laboratorio.

Contenidos básicos:

Introducción. Metabolismo y generalidades. Metabolismos especiales : glúcidos, lípidos y proteínas, agua y minerales. Metabolismo y nutrición. Reguladores del metabolismos : hormonas. Estructura bioquímica de los componentes del cuerpo humano. Concepto de enzimas y cinética enzimática. Respiración celular. Energética en procesos bioquímicos. Naturaleza química y acción de las vitaminas como coenzimas. Mecanismos generales de desintoxicación del organismo.

CIRUGIA

Síntesis:

Introduce a la clínica quirúrgica y a determinadas especialidades quirúrgicas. Comprende el abordaje de los pacientes quirúrgicos, la participación en la atención

Anexos

pre y post—operatoria, las indicaciones y contraindicaciones. El rol de los servicios auxiliares en el manejo de las enfermedades quirúrgicas. Las implicaciones de las enfermedades quirúrgicas y las consecuencias de sus tratamientos y la rehabilitación. Incluye principios científicos básicos de la anestesiología y la realización de técnicas anestésicas básicas.

Se desarrollarán clases teóricas y prácticas supervisadas en áreas de internación, consultorios externos, en guardias clínicas y quirúrgicas en ámbitos hospitalarios, de modo que aprendan el papel del cirujano en el equipo multidisciplinario, en el manejo del paciente y en la asistencia de su patología.

Contenidos básicos:

Principales síndromes pasibles de tratamiento quirúrgico, semiología, diagnóstico y diagnóstico diferencial. Indicación e interpretación de exámenes complementarios. Terapéutica quirúrgica, profilaxis y recuperación. Estrés y síndrome general de adaptación. El acto quirúrgico y la respuesta del organismo. El ambiente quirúrgico: asepsia y antisepsia. Shock quirúrgico. Sepsis en cirugía. Traumatismos abiertos y cerrados. Conceptos del paciente politraumatizado. Cirugía de urgencia. Fundamentos del tratamiento quirúrgico. Nutrición en el enfermo quirúrgico. Nociones básicas de transplantes de órganos.

SEMILOGIA (CLINICA MEDICA I - MEDICINA I)

Síntesis:

Comprende el desarrollo de las destrezas fundamentales utilizadas en la elaboración de la historia clínica y la adquisición de habilidades y destrezas para el razonamiento clínico: integración de los síntomas y signos como síndromes, el aprendizaje de los registros y el informe de sus hallazgos. Integración inicial a las actividades médico asistenciales.

Se utilizarán clases teóricas, concurrencias a salas de internación, laboratorios y servicios de diagnóstico, discusión de casos y medios audiovisuales.

Contenidos básicos:

Introducción al método clínico. La historia clínica. Relación médico paciente. Técnicas para la confección de la historia clínica. El interrogatorio. Examen físico. Métodos semiológicos clásicos. Interpretación fisiopatológica de los hallazgos clínicos. Técnicas para la determinación de signos vitales. Inspección general. Semiología de la piel y tejido celular subcutáneo, del sistema linfático, de cabeza y cuello, del aparato respiratorio, del aparato cardiovascular, del abdomen, del aparato genitourinario, del aparato locomotor, del sistema nervioso. Exámenes complementarios, utilidad y oportunidad de su uso.

DERMATOLOGIA

Síntesis:

Introduce los conocimientos básicos de las lesiones cutáneo mucosas más frecuentes en la práctica de la medicina general. Incluye el entrenamiento en la realización del

Anexos

examen dermatológico y los procedimientos diagnósticos, considerando las causas, tratamiento, pronóstico y prevención de las enfermedades de la piel.

Se desarrollarán actividades y concurrencias en salas y consultorios externos.

Contenidos básicos

Piel normal. Semiología cutánea general, clínica e histológica. Formas de presentación de las enfermedades dermatológicas más frecuentes: diagnóstico. Principios de terapéutica. Manifestaciones dermatológicas de enfermedades generales. Patología regional.

DIAGNOSTICO POR IMAGENES

Síntesis:

Introduce a los fundamentos físicos y químicos de las distintas técnicas del diagnóstico por imágenes. Presenta las distintas técnicas de imágenes y su repercusión sobre el organismo del paciente y medio ambiente. Permite reconocer y diferenciar las imágenes normales de las patológicas. Comprende el conocimiento de las indicaciones y contraindicaciones, sensibilidad, especificidad y relación costo—beneficio de los estudios. Las indicaciones y contraindicaciones de las prácticas invasivas guiadas por imágenes.

Se utilizarán clases teóricas, concurrencias a servicios de diagnóstico, archivo de imágenes, medios audiovisuales,

Se dictarán módulos en anatomía, fisiología y semiología.

Contenidos básicos:

Principios físicos de la radiografía, ecografía, resonancia magnética, medicina nuclear, tomografía computada. Principios de la investigación y aplicación en diagnóstico y tratamiento. Semiología. Imagenología general. Protección en radiología.

EDUCACION PARA LA SALUD

Síntesis:

Comprende la adquisición de habilidades y destrezas que habilite al futuro médico para desarrollar la comunicación con el paciente, su familia y/o la comunidad y los conocimientos de las técnicas educativas correspondientes.

Se utilizarán clases teóricas, elaboración de monografías, prácticas en terreno, resolución de problemas, aulas, bibliotecas, centros de salud, entes oficiales.

Contenidos básicos :

Anexos

Estudio de los factores de riesgo de la comunidad y sus grupos. Sus formas de prevención. Principios básicos de técnicas en educación y comunicación aplicables a la promoción de la salud.

EMERGENTOLOGIA

Síntesis:

Comprende los problemas y situaciones agudas que afectan a la salud. Desarrolla los conocimientos necesarios acerca de las funciones vitales y las relacionadas con los traumatismos serios, los tratamientos para dichas situaciones así como también aporta conocimientos acerca de las estructuras organizativas en emergentología y su derivación por emergencias: unidad de terapia intensiva, unidad coronaria y neonatología.

Se desarrollarán pasantías en los servicios de emergencia, se utilizarán simuladores y medios audiovisuales.

Contenidos básicos:

Emergentología general: características generales del trauma y la respuesta orgánica. Sistematización de la asistencia. Presentación, diagnóstico y tratamiento de: emergencias clínicas, emergencias pediátricas, emergencias quirúrgicas.

EPIDEMIOLOGIA

Síntesis:

Comprende el estudio de la ocurrencia de las enfermedades y sus riesgos en grupos de personas. Incluye la realización de estudios específicos y el conocimiento de las estructuras asistenciales que se ocupan de la vigilancia e investigación epidemiológica. Incluye la aplicación del método epidemiológico a la clínica.

Se desarrollará en todos los ámbitos de la práctica médica.

Contenidos básicos:

Bioestadística. Organización y presentación de datos. Cálculos de probabilidades. Análisis de frecuencias. Demografía. Introducción a la epidemiología. Estudios epidemiológicos. Epidemiología clínica. Vigilancia epidemiológica. Aplicación de la epidemiología en los servicios de salud.

FARMACOLOGIA

Síntesis:

Introduce el conocimiento de las interacciones de las drogas medicinales con el organismo, a los conocimientos generales en farmacocinética y biodisponibilidad de cada grupo de medicamentos: su química, su acción farmacológica, sus formas y dosis terapéuticas; sus efectos adversos, sus interacciones, sus indicaciones y contraindicaciones. La legislación y modo de supervisión de la actividad de los

Anexos

laboratorios medicinales y los tipos de ensayos que se deben realizar. Se desarrolla el proceso de análisis y toma de decisión terapéutica en las patologías prevalentes, utilizando modelos integradores basados en el mecanismo fisiopatológico involucrado, en el conocimiento de los grupos de drogas que por su farmacodinamia sean capaces de revertirlo y en la elección de aquella/s que por sus características farmacocinéticas resulten adecuadas a cada paciente. Se pone énfasis en la capacitación del estudiante para: a) La utilización del enfoque epidemiológico en la selección y aplicación de la terapéutica apropiada; b) La comunicación adecuada con el paciente; c) El registro y monitoreo del tratamiento y sus resultados; d) El desarrollo de la actitud crítica en la búsqueda, análisis y aplicación de información sobre medicamentos.

Se utilizarán clases teóricas, prácticas de laboratorio, casos problema, visitas guiadas a centros públicos y privados y audiovisuales.

Contenidos básicos:

Generalidades de los fármacos. Interacción con los sistemas biológicos. Mecanismo de acción. Efectos terapéuticos y tóxicos. Farmacodinamia y farmacocinética. Efectos adversos. Interacciones medicamentosas. Estudio de la acción de fármacos en patologías prevalentes: cardiovascular, respiratoria, digestiva, endócrina, inmunológica, neuroendócrina, del sistema nervioso central, del dolor, fiebre e inflamación. Tratamiento de infecciones prevalentes. Principios generales para el uso de drogas oncológicas. Bases para la prescripción y uso racional de los medicamentos. Relación beneficios/ riesgo y beneficio/riesgo/costo de los medicamentos. Farmacología clínica. Investigación en farmacología: fases de estudio de los medicamentos. Farmacoepidemiología. Farmacovigilancia. Fuentes de información sobre medicamentos.

FILOSOFIA

Síntesis:

Incluye los conocimientos básicos imprescindibles para su integración con el aprendizaje de la epistemología. Comprende los principios filosóficos básicos esenciales para analizar los procesos de salud—enfermedad y la práctica profesional.

Se utilizarán clases teóricas, búsqueda de información, análisis y discusión bibliográfica, realización de monografía.

Contenidos básicos:

Evolución de las corrientes filosóficas en relación al conocimiento y la práctica médica. El problema cuerpo—mente. Evolución del concepto salud—enfermedad en función de los diferentes momentos culturales.

FISICA

Síntesis:

Comprende los principios físicos esenciales para interpretar los procesos biológicos y fisiológicos y su aplicación en la aparatología diagnóstica y en la terapéutica.

Anexos

Se utilizarán clases teóricas, prácticas en laboratorio, aula, simuladores y otros.

Contenidos básicos:

Magnitudes, fenómenos del seno y la superficie de los líquidos, gases, soluciones y tensión superficial. Actividad eléctrica de la célula. Energía. Calorimetría y termodinámica. Biofísica de los órganos de los sentidos. Energética molecular. Energía atómica. Bioelectricidad, estática y mecánica. Aparatología médica de uso frecuente. Principios físicos de los estudios por imágenes y de la terapéutica por medios físicos. Efectos biológicos de las radiaciones ionizantes. Rayos Roentgen.

FISIOLOGIA

Síntesis:

Se enseña la función normal de tejidos, órganos y sistemas, su interrelación y su implicancia en la fisiopatología y en la clínica médica. Conocimiento de los mecanismos de autorregulación y su interacción con los factores externos, enfatizando la vinculación entre la fisiología y la clínica. Se destaca la importancia de la investigación.

Se utilizarán clases teóricas, mostraciones, trabajos de laboratorio, audiovisuales, modelos, concurrencia a servicios de diagnóstico.

Contenidos básicos:

Fisiología celular básica. Medio interno: naturaleza de los sistemas de control biológico. Bases funcionales de los sistemas de control nervioso y endócrino. Fisiología de la circulación, de la respiración, del medio interno, de los procesos inmunitarios, del aparato digestivo, renal, neuroendócrino y reproductivo. Metabolismo. Control de la postura y movimiento. Funciones corticales superiores. Ajustes homeostáticos en condiciones particulares. El hombre como unidad funcional.

FISIOPATOLOGIA

Síntesis:

Comprende las alteraciones fisiopatológicas básicas que ocurren como resultado de la enfermedad. Se pone énfasis en los mecanismos patogénicos de la enfermedad en relación con las manifestaciones clínicas. Constituye la transición entre las ciencias básicas y la práctica de la clínica médica general. Se destaca la importancia de la investigación.

Se utilizarán clases teóricas, concurrencia a salas de internación, laboratorios y servicios de diagnóstico, casos problemas.

Contenidos básicos:

Fisiopatología de aparatos y sistemas. Inflamación y reparación; fisiopatología infecciosa y ambiental. Inmunidad. Envejecimiento. Crecimiento patológico y neoplasias.

Anexos

GENETICA HUMANA

Síntesis:

Se describen las bases genéticas de los fenotipos normales y de las enfermedades de origen genético, su diagnóstico y tratamiento, y las consecuencias de la manipulación genética. Se destaca la importancia de la investigación.

Se desarrollarán clases teóricas y prácticas en servicios asistenciales, laboratorios, centros de documentación y estudios de casos.

Contenidos básicos:

Introducción a la Genética. Estructura del ADN y ARN. Organización estructural del genoma. Genética mendeliana. Nociones de Biotecnología. Nociones de ingeniería genética. Oncogénesis y Antioncogénesis. Diagnóstico de enfermedades hereditarias. Terapéutica y consejo genético.

EMBRIOLOGIA E HISTOLOGIA

Síntesis:

Comprende los fenómenos del desarrollo y sus alteraciones más frecuentes, la histofisiología, la estructura de los tejidos y órganos y las implicaciones de cada uno de estos ítem en la morfología y función normal y patológica. Se enfatizará la importancia de la investigación.

Se utilizarán clases teóricas, prácticas de laboratorio, modelos, simuladores, discusión de trabajos científicos y medios audiovisuales.

Contenidos básicos:

Fecundación e implantación. Distintos estadios del desarrollo embrionario y fetal. Genes reguladores. Mecanismos biológicos del desarrollo: inducción embrionario, proliferación, diferenciación, motilidad y muerte celular. Principales malformaciones. Diagnóstico prenatal. Fisiología fetal. Histología general. Concepto de tejido. Técnicas histológicas. Clasificación y tipo de tejidos. Estructura y función de los tejidos. Histología de órganos, aparatos y sistemas. Histofisiología.

EPISTEMOLOGIA E INTRODUCCION A LA INVESTIGACION CIENTIFICA

Síntesis:

Comprende los conocimientos y destrezas necesarios para la investigación científica y el desarrollo del pensamiento reflexivo. Implica la formulación de las preguntas relevantes para la investigación, selección del diseño más adecuado de investigación y determinación de los recursos necesarios; evaluación crítica de los resultados, elaboración del informe escrito y su comunicación. Enseña a evaluar las publicaciones científicas y otras.

Anexos

Se desarrollarán clases teóricas, discusión de trabajos, presentación, planificación y desarrollo de proyectos con tutorías; pasantías e investigación bibliográfica.

Contenidos básicos:

Nociones básicas de epistemología. Teorías. Contexto de los descubrimientos. Revoluciones científicas. Ciencia. Términos teóricos. Ciencia y lenguaje. Conocimientos fundamentales para la formulación de un protocolo de investigación en medicina. Tipos de artículos científicos. Criterios de evaluación de un artículo científico. Búsqueda de información.

HISTORIA DE LA MEDICINA

Síntesis:

Comprende la evolución histórica de la práctica médica y el desarrollo de la medicina. Implica la ubicación temporal y el contexto económico-social, filosófico y cultural de los hitos y avances de la medicina. Las asociaciones entre las prácticas y las costumbres curativas de las diferentes culturas. La comprensión de que el conocimiento de la historia permite integrar coherentemente conocimientos y técnicas esenciales para la actual práctica profesional.

Se desarrollará a través de clases teóricas e investigación bibliográfica y documental.

Contenidos básicos:

Introducción y generalidades. La salud y la medicina en las diversas civilizaciones. La medicina del siglo XX. Arte y ciencia. Códigos y documentos médicos. Medicina hipocrática. Nacimiento de las universidades y de los hospitales. Evolución de la medicina en la Argentina.

HUMANISMO MEDICO

Síntesis:

Comprende nociones básicas de salud y enfermedad y sus factores condicionantes. Debe favorecer la interacción con pacientes, colegas, familiares, personal auxiliar, instituciones de salud y facilitar una actitud hacia la educación médica continua y los aspectos interpersonales en la práctica médica. Enseña a aceptar los límites del conocimiento y los de la práctica médica.

Se desarrollará a través de clases teóricas, seminarios de discusión y monografías, interrogatorios a pacientes, médicos y autoridades sanitarias y discusión de casos.

Contenidos básicos:

Conceptos básicos de humanismo médico. Enfermedad y paciente. El paciente como persona en su medio social y familiar. Tecnología, cultura y medicina. Las relaciones interpersonales. Ideales médicos.

INFECTOLOGIA

Anexos

Síntesis:

Comprende el estudio de las enfermedades originadas por microorganismos y parásitos con énfasis especial en aquellos de mayor riesgo y/o frecuencia, desde el punto de vista de los mecanismos de contaminación, infección e infestación, de la prevención, la clínica, el diagnóstico y el tratamiento.

Se desarrollará a través de clases teóricas, prácticas de laboratorio, en servicios asistenciales y discusión de casos.

Contenidos básicos:

El agente infeccioso o microorganismo. Semiología infectológica. Inmunidad antinfecciosa. Manejo de quimioterápicos y antibióticos. Ecología y epidemiología. Infecciones nosocomiales. Infecciones en inmunodeprimidos. Enfermedades infecciosas de tratamiento quirúrgico. Profilaxis, diagnóstico, tratamiento y orientación en enfermedades infecciosas. Enfermedades endemo—epidémicas propias de la Argentina.

INFORMATICA, USO MEDICO DE LA

Síntesis:

Comprende los conocimientos básicos necesarios y el desarrollo de las destrezas y habilidades concurrentes para el procesamiento electrónico de datos e información aplicables a la medicina.

Se desarrollará a través de clases teóricas y prácticas con ordenadores, utilizando programas diversos, en aulas, laboratorios y centros de documentación.

Contenidos básicos:

Conocimientos elementales sobre : procesadores de textos, planilla electrónica de cálculo, realización y presentación de gráficos. Acceso, búsqueda y recopilación en base, de datos biomédicas.

INGLES PARA EL MEDICO

Síntesis:

Comprende los conocimientos básicos necesarios y el desarrollo de las destrezas y habilidades concurrentes para la comprensión y manejo del idioma inglés aplicables a la medicina. Apunta a la lectura comprensiva de textos científicos, literarios y de interés general. Ejercita la traducción.

Se desarrollará a través de clases teóricas y prácticas en aulas, laboratorio de idioma y medios audiovisuales, sobre trabajos científicos y clases de conversación.

Contenidos básicos:

Léxico médico, estructuras gramaticales, traducción y prácticas de presentación.

Anexos

INMUNOLOGIA

Síntesis:

Se presentan los mecanismos de resistencia inmune del organismo a las infecciones por virus y bacterias patogénicas y los conceptos básicos de enfermedades inmunológicas y alérgicas. El rol del sistema inmune en la resistencia natural al cáncer y nuevos medios de estimular la resistencia a la enfermedad. Se pone énfasis en la investigación.

Se desarrollarán clases teóricas, prácticas asistenciales, estudio de casos, discusión de trabajos científicos.

Contenidos básicos:

Generalidades. Mecanismos de defensa del huésped. Respuesta inmunológica primaria y secundaria. Reacciones de hipersensibilidad. Pruebas basadas en la reacción de antígenos y anticuerpos. Inmunoregulación. Vacunas y sueros. Inmunología Celular, Mecanismo de Autoinmunidad, Sistema HLA y su importancia en medicina (transplantes, aspectos Legales, etc.)

MEDICINA LEGAL

Síntesis:

Comprende los principios éticos y legales básicos que gobiernan la práctica médica tanto en el desempeño clínico como en relación a aspectos de políticas públicas. Se desarrollan los estándares de actuación profesional así como también aquellos temas que implican disputas éticas y legales respecto a las conductas y al rol social del médico. Conocimiento de las fuentes de conflicto por praxis médica, su prevención y la actitud a adoptar ante su existencia. Nociones básicas de medicina y práctica forense.

Se desarrollará a través de clases teóricas y prácticas en servicios asistenciales y forenses, discusión de casos e historias clínicas.

Contenidos básicos:

Estudio de la legislación civil y penal relacionada con la profesión médica. Ejercicio legal o ilegal de la medicina. Medicina legal del trabajo. Jurisprudencia y deontología. Criminalística y tanatología. Sexología médico legal. Psicopatología y psiquiatría forense. Responsabilidad profesional. Secreto médico. Lesionología, tocoginecología médico legal y conflictos de praxis médica. Pericia médica legal. Certificado médico.

BIOETICA

Síntesis:

Comprende las implicaciones éticas del accionar de los seres humanos y del investigador sobre los organismos biológicos. Señala la limitación de la aplicación de los conocimientos científicos en razón de los riesgos que implican. Incluye el

Anexos

conocimiento de los Comités de Bioética y de los protocolos internacionales que se aplican.

Se utilizarán clases teóricas y prácticas de resolución de problemas y conflictos, asistencia a Comités de Bioética, discusión de trabajos científicos, trabajos monográficos en aulas, bibliotecas, bioterios y servicios asistenciales.

Contenidos básicos:

Ética de las investigaciones médicas y de los trasplantes. Ética de las publicaciones médicas. Ética de la difusión de las prácticas médicas y del conocimiento científico. Los problemas de la manipulación genética, de la concepción, de la vida artificial, de la eutanasia y de la muerte.

MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

Síntesis:

Comprende las propiedades básicas de las bacterias, virus, parásitos y hongos relevantes para la salud y los mecanismos por los cuales estos producen enfermedades. Se presentan: estructura, función y genética de las bacterias; resistencia a las drogas; mecanismos de agresión; vacunas; estructura y replicación viral. Se señalan los aspectos clínicos de las infecciones. Se integran estos conocimientos con la epidemiología, con los mecanismos de patogénesis y con el diagnóstico clínico. Se destacan los vectores, los métodos de detección en el laboratorio, la interacción de los agentes infecciosos con el organismo humano y las reacciones de defensa normales y patológicas del mismo.

Se utilizarán clases teóricas, trabajos en laboratorio de diagnóstico e investigación, discusión de casos y medios audiovisuales

Contenidos básicos:

Conocimientos básicos de la biología de los parásitos, bacterias, hongos, virus y priones que afectan al hombre. Reconocimiento de estructuras y metabolitos que determinen diagnóstico o que causen patología. Interacción con el hombre inmunocompetente y con el inmunocomprometido: mecanismos de penetración y estimulación de la respuesta inmune del huésped, estrategias para generar infecciones persistentes y mecanismos de daño. Microorganismos y parásitos emergentes y reemergentes. Integración de los patógenos por sistemas. Mecanismos de acción de los agentes químicos y desarrollo de resistencia. Bacterias, virus, hongos y parásitos más frecuentes en la Argentina. Interrelación entre agentes, huéspedes y medio ambiente. Técnicas diagnósticas del laboratorio microbiológico / parasitario, oportunidad de solicitud e interpretación de resultados. Estrategias de prevención y terapéuticas: tipos de vacunas, ventajas y desventajas de su aplicación, oportunidad de la administración de seroterapia y/o de tratamientos microbicidas / parasiticidas. Concepto de bioseguridad en el laboratorio, consultorio y hospital. Protección del operador, del paciente y del medio.

NEUROLOGIA

Síntesis:

Anexos

Comprende el reconocimiento de las manifestaciones clínicas, el examen neurológico y la orientación a pacientes afectados por las enfermedades neurológicas más frecuentes. Aporta el conocimiento de las bases anatomopatológicas, los métodos complementarios del diagnóstico y los fundamentos del tratamiento.

Se realizarán actividades teóricas y prácticas en aulas y laboratorios y también junto a la cama del paciente, estudio de historias clínicas y discusión de trabajos científicos.

Contenidos básicos:

Examen neurológico. Alteraciones del sistema nervioso en función de su anatomía y fisiología. Tumores del sistema nervioso central. Alteraciones de la circulación. Traumatismo cráneo — encefálico. Epilepsia y síndromes convulsionantes. Enfermedades desmielinizantes, extrapiramidales y degenerativas del sistema nervioso central. Infección, intoxicaciones y carencias. Demencia integrada con salud mental. Neuropatías periféricas. Enfermedades musculares. Enfermedades del sistema nervioso vegetativo. Nociones de los procedimientos quirúrgicos básicos aplicables a la patología neurológica.

NUTRICION

Síntesis :

Comprende el origen, transformación y funciones de los elementos nutricionales que naturalmente mantienen la vida y el conocimiento de las necesidades nutricionales básicas. Implica la adquisición de información sobre la terapéutica nutricional e importancia de la nutrición en salud y enfermedad.

Se desarrollarán clases teóricas y prácticas en los distintos ámbitos de los servicios asistenciales.

Contenidos básicos:

Composición del cuerpo humano. Reservas calóricas y energéticas. Desnutrición, tipos y causas. Composición de los alimentos. Nutrientes. Necesidades calóricas básicas, necesidades básicas de los distintos nutrientes, vitaminas, minerales y oligoelementos. Alimentación oral. Absorción de los distintos nutrientes, nociones de alimentación enteral: técnicas, indicaciones, contraindicaciones y complicaciones. Conocimientos básicos para la confección y prescripción de dietas orales, enterales y parenterales. Nutrición en procesos patológicos.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Síntesis:

Comprende las instancias fundamentales normales y patológicas de la fecundación, el desarrollo intrauterino y el parto, así como las interrelaciones entre la madre y la gesta. Incluye el reconocimiento del embarazo de alto riesgo a los fines de su derivación. Considera el examen y la orientación a pacientes afectadas por las enfermedades ginecológicas más frecuentes, las manifestaciones anatomopatológicas, los métodos complementarios del diagnóstico y los fundamentos

Anexos

del tratamiento. Aporta las habilidades y conocimientos para orientar la prevención en el área materno—fetal y de la mujer no embarazada.

Se desarrollarán actividades teóricas y prácticas en salas de parto, consultorios externos, quirófanos, áreas de diagnóstico. Se utilizarán simuladores y discusión de historias clínicas, resolución de problemas.

Contenidos básicos:

Semiología ginecológica. Patología inflamatoria, infecciosa y tumoral genito—mamaria. Fisiopatología de la gestación. Anticoncepción. Hormonoterapia. Salud mental en ginecología y en el embarazo. Diagnóstico del embarazo y atención prenatal. Embarazo del alto riesgo. Reconocimiento del riesgo perinatal. Atención del parto, del alumbramiento y post—alumbramiento y sus anomalías.

OFTALMOLOGIA

Síntesis:

Comprende los conocimientos básicos para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades oculares que debe tratar el médico general y para la adecuada derivación. Implica el desarrollo de las destrezas y habilidades clínicas para la atención de enfermedades y prevención de las mismas.

Se desarrollarán clases teóricas y prácticas en consultorios y quirófano.

Contenidos básicos:

Anatomía y semiología. El ojo rojo y doloroso. Cataratas, leucocorias y fondo de ojo. Neurooftalmología, trastornos de la motilidad ocular, prevención de la ceguera. traumatología ocular y laboral.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Síntesis:

Comprende los conocimientos básicos para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades músculo—esqueléticas y la adecuada derivación al especialista. Desarrolla las destrezas necesarias para que el médico general pueda atender las urgencias traumáticas músculo — osteo — articulares en ámbitos intra o extra hospitalarios y reconocer las enfermedades de articulaciones y/o tendones.

Se desarrollarán actividades teóricas y prácticas en ámbitos asistenciales, rotación por áreas de diagnóstico complementario y casos problemas en aulas, consultorios externos y quirófanos.

Contenidos básicos:

Fracturas en general. Principales lesiones traumáticas, congénitas, infecciosas, degenerativas y tumorales del sistema músculo — osteo — articular. Lesiones traumáticas de los nervios periféricos, heridas graves de los miembros. Nociones

Anexos

básicas de accidentología. Inmovilización y tratamiento primario de las fracturas. Terapéuticas elementales. Nociones básicas de táctica y terapéutica quirúrgica. Afecciones neurológicas de interés ortopédico. Osteopatías médicas. Rehabilitación.

OTORRINOLARINGOLOGIA

Síntesis:

Comprende el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades prevalentes de la encrucijada orofaríngea, rinosinusal y del oído interno, incluyendo las de la vía aérea superior y la patología nerviosa ligada a la esfera otorrinolaringológica.

Se utilizarán clases teóricas, examen de pacientes, rotación por áreas de diagnóstico complementarias y quirófano, casos problema.

Contenidos básicos:

Semiología y fisiopatología general de las enfermedades del oído, laringe, boca, faringe, glándulas salivales, nariz y sus cavidades anexas. Síndromes otológicos, rinológicos, laringo—faringológicos más frecuentes. Accidentología otorrinolaringológica. Tratamiento de las afecciones agudas, nociones básicas de terapéutica y prevención.

PATOLOGIA

Síntesis:

Comprende las alteraciones moleculares, macro y microscópicas que producen las noxas y las lesiones degenerativas en los tejidos. Se relaciona las manifestaciones histopatológicas con aspectos de relevancia clínica y quirúrgica, con las maniobras semiológicas y los métodos de estudios complementarios.

Se desarrollarán actividades teóricas, prácticas de laboratorios, en museos y centros de documentación. Además, se practicará en autopsias, mostraciones endoscópicas y quirúrgicas.

Contenidos básicos:

Expresión morfológica de la enfermedad. Concepto de técnicas metodológicas. Trastornos del metabolismo. Patología nutricional. Patología de la circulación. Inflamación y reparación. Crecimiento patológico. Patología de todos los aparatos y sistemas. Patología de la piel y sus anexos. Factores epidemiológicos, patología comparada y geográfica.

PEDIATRIA

Síntesis:

Comprende los conocimientos generales sobre el crecimiento y desarrollo del ser humano desde la concepción hasta el fin de la adolescencia. Se estudian los

Anexos

cuidados y aspectos preventivos, las manifestaciones anatomopatológicas de las enfermedades prevalentes, los métodos complementarios de diagnóstico y los fundamentos patológicos de la prevención y el tratamiento quirúrgico. Se jerarquizan las actividades de prevención de la enfermedad y promoción y educación para la salud a través de la estrategia de la atención primaria de la salud y la participación comunitaria. Se desarrollan las habilidades y destrezas para orientar a las familias, para examinar a los pacientes y reconocer las enfermedades más frecuentes.

Se desarrollarán actividades teóricas y examen de pacientes, análisis de casos problema, rotación por áreas de diagnóstico complementario, consultorios externos y servicios.

Contenidos básicos:

Desarrollo normal de la familia y sus alteraciones, familia de y en riesgo. Crecimiento y desarrollo físico y psíquico del niño, normal y patológico. Adolescencia, familia y sociedad. Inmunizaciones, alimentación del niño, lactancia materna, malnutrición, desnutrición. Odontopediatría. Enfermedades genéticas. Enfermedades prevalentes del recién nacido y el prematuro. Medio interno y deshidratación aguda, terapia de hidratación oral. Diarreas agudas y crónicas. Infecciones de vías aéreas. Enfermedades prevalentes de los distintos aparatos y sistemas. Violencia social y familiar, maltrato infantil. Prevención de accidentes e intoxicaciones. Nociones básicas de la patología oncológica más frecuente. Detección temprana de las discapacidades infantiles.

MEDICINA INTERNA

Síntesis:

Comprende el conocimiento de la patología prevalente; la elaboración del diagnóstico sindromático en base a la utilización de los resultados de la anamnesis y el examen físico; la utilización de algoritmos diagnósticos a partir del conocimiento de los grandes síndromes; el valor y oportunidad de exámenes complementarios de diagnóstico; la formulación de diagnósticos clínicos presuntivos y diferenciales; la aplicación terapéutica correspondiente al cuadro clínico y el conocimiento de los mecanismos de acción de las drogas. Implica el reconocimiento de la patología que puede controlar y tratar en sus áreas de influencia y de los mecanismos de derivación de la misma a los especialistas y/o centros de mayor complejidad así como también el reconocimiento de la gravedad del paciente y su riesgo de vida. Aporta el desarrollo de habilidades y destrezas para correlacionar los hallazgos de los métodos auxiliares de diagnóstico con los hallazgos clínicos del paciente. La realización de maniobras instrumentales simples de diagnóstico y/o tratamiento (punción pleural, abdominal, lumbar, venopunturas, etc.) y de resucitación en la emergencia médica, la resolución de situaciones de urgencia médica, en especial aquellas que pongan en peligro la vida. Otorga los elementos necesarios para la comprensión del papel del clínico en el equipo multidisciplinario como orientador del paciente y su familia y en la consulta con los distintos especialistas.

Se utilizarán clases teóricas, examen de pacientes internos y externos, rotación por áreas de diagnóstico complementarias, discusión de casos problema e historias clínicas.

Contenidos básicos:

Anexos

Fisiopatología y etiopatogenia, clínica, diagnóstico diferencial, uso racional de los métodos auxiliares de diagnóstico, terapéutica, epidemiología y prevención y rehabilitación de las enfermedades degenerativas, inflamatorias, infecciosas, tumorales, prevalentes de los distintos aparatos y sistemas, y en los distintos grupos etáreos: joven, adulto — joven, adulto y tercera edad.

SALUD MENTAL I

Síntesis:

Fundamentos de la conducta humana que contribuyen a una concepción holística de la medicina. Describe el impacto de los sucesos vitales sobre el paciente y los mecanismos que contribuyen a las alteraciones de la conducta. Comprende las teorías que coexisten referidas a la conducta humana frente a las patologías. Se consideran los problemas originados en distintas concepciones epistemológicas y la asistencia de la salud mental desde un enfoque pluricausal. Se desarrollan habilidades para la exploración semiológica de la patología mental y para trabajar en equipos multidisciplinarios, en la atención de pacientes internados y ambulatorios, agudos y crónicos.

Se utilizarán clases teóricas, casos problema, observación y entrevistas, discusión de historias clínicas, en laboratorios de investigación y consultorio externo.

Contenidos básicos:

Estudio de los efectos de la muerte, dolor y sufrimiento. Salud y enfermedad. Concepto de salud mental, crisis vitales. Nociones de normalidad psíquica. La personalidad. Totalidad, historicidad e identidad. Los vínculos familiares, grupales y comunidad e identidad. Psicología del proceso de enfermedad. Noción de curación. Significado de la enfermedad en la vida del paciente y su entorno. La institución asistencial sus efectos sobre práctica y la relación médico paciente. La entrevista médica. La subjetividad del médico comprometida en el acto profesional. Prevención primaria, secundaria y terciaria.

SALUD MENTAL II

Síntesis:

Incluye el reconocimiento, el examen y la orientación a pacientes afectados por las enfermedades psiquiátricas más frecuentes, el reconocimiento de la clasificación y orientación diagnóstica de los desórdenes mentales, de los métodos complementarios del diagnóstico y los fundamentos del tratamiento.

Se desarrollan las habilidades para conducir las entrevistas diagnósticas para trabajar en equipos multidisciplinarios en la atención de pacientes internados, ambulatorios, agudos y crónicos. Trastornos de la personalidad y neurosis.

Contenidos básicos:

Trastornos psicóticos agudos y crónicos. Dependencia de sustancias. Conocimientos necesarios para la detección precoz y oportuna de enfermedad mental y para encarar

Anexos

los problemas psiquiátricos que presenta el paciente en la consulta al médico general y orientar en su tratamiento.

SALUD PUBLICA - MEDICINA PREVENTIVA O SIMILARES

Síntesis:

Comprende el conocimiento básico de políticas de salud, de los condicionantes no médicos de la salud en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, epidemiología y demografía. Análisis del nivel de salud. Debe estimular el desarrollo de una actitud crítica con criterio epidemiológico y social. Los alumnos deben conocer los componentes de un sistema de salud, de los distintos sistemas de salud de la Argentina y del mundo y la importancia de la participación comunitaria. Debe entender a la salud pública como una actividad interdisciplinaria intersectorial, y la interacción de la salud pública con los servicios de atención en el estudio y la solución de los servicios de salud.

Se desarrollarán clases teóricas y prácticas en terreno, escuelas y servicios de salud, entes oficiales, investigación y bibliográfica y elaboración de monografías.

Contenidos básicos:

Conceptos de salud pública. Políticas de salud. Planificación y programación. Conocimientos básicos de epidemiología, demografía y estadística aplicados a diversas áreas para establecer el diagnóstico de la situación sanitaria y la solución de los problemas de salud. Ecología. Niveles de atención. Educación para la salud. Componentes de un sistema de salud. Sistemas locales de salud. Regionalización. Sistemas de salud formal e informal. El rol de los factores culturales. La situación de la salud en la Argentina y en el mundo en la última década del siglo XX. Concepto de equidad como base fundamental de la atención de la salud y la enfermedad. El documento de Alma Ata. Definición de APS (Atención Primaria de la Salud). Antecedentes y estrategias de la APS. La participación comunitaria.

TOXICOLOGIA

Síntesis:

Comprende los principios básicos de la toxicología y sus aplicaciones clínicas, fisiológicas, patológicas; para la educación, la prevención, diagnóstico y tratamiento.

Se utilizarán clases teóricas, presentación de casos clínicos, demostraciones, prácticas de laboratorio y estudios del terreno.

Contenidos básicos:

Urgencias. Hipoxias y asfixias. Alcoholes, metales, plaguicidas. Estupefacientes y psicotrópicos. Otros tóxicos. Conocimiento de la toxicología y de la operacionalización del instrumento epidemiológico. Valor del interrogatorio. Diagnóstico bioquímico. Tratamiento general y específico de las intoxicaciones agudas y crónicas. Enfermedades endémicas de origen tóxico. Intoxicaciones infantiles y alimentarias. Adicciones: concepto de uso, abuso, dependencia y control. Síndrome de abstinencia. Distintas drogadicciones y sus tratamientos: alcohol, opiáceos,

Anexos

barbitúricos, anfetaminas, tabaco. Concepto de prevención primaria, secundaria y terciaria.

UROLOGIA

Síntesis:

Comprende el reconocimiento, el examen y la orientación de pacientes afectados por las enfermedades urológicas más frecuentes y sus manifestaciones anatomopatológicas, el conocimiento de los métodos complementarios del diagnóstico y los fundamentos de prevención y tratamiento.

Se utilizarán clases teóricas, exámenes de pacientes, rotación por áreas de diagnóstico, consultorios y quirófano y la discusión de casos problema.

Contenidos básicos:

Afecciones urológicas. Síndromes clínicos. Anomalías congénitas, infecciones, tumores. Urgencias. Nociones de andrología, urología femenina e infantil. Enfermedades de transmisión sexual. Accidentología genitourinaria. Nociones básicas de terapéutica y prevención.

INTERNADO ROTATORIO

Síntesis:

Implica la profundización de los conocimientos y la adquisición de habilidades y destrezas previamente por el alumno para el desarrollo de una actitud positiva hacia la educación permanente, el trabajo en equipo y el abordaje multidisciplinario. Se logrará a través de un modelo educativo programado, supervisado, evaluado, basado en un proceso de enseñanza aprendizaje tutorial, con articulación docente — prestación de servicios en establecimientos acreditados con acción comunitaria (extra hospitalaria) priorizando la atención integrada sobre la especializada y la atención primaria como estrategia para la formación del médico general. Las áreas que lo conforman son : Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Medicina infanto—juvenil, Emergentología. La consolidación de los conocimientos y la adquisición de habilidades se logra a través de la actividad asistencial y de la presentación y discusión sobre pacientes en ateneos y realización de guardias. Se enfatiza la capacitación para la resolución de los problemas clínicos habituales.

Se realizará la asignación de estudiantes a los Servicios de internación de las cuatro especialidades troncales, considerando en lo posible la adjudicación de camas e internación con responsabilidad tutorizada.

Se integrará a los alumnos en los servicios de urgencia, consultorios externos y periféricos para entrenarlos en el manejo del paciente ambulatorio. Completan la formación, rotaciones por otros servicios, incluyendo los de diagnóstico.

Contenidos básicos:

Diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento de las enfermedades clínicas, quirúrgicas, tocoginecológicas y pediátricas prevalentes. Actividades asistenciales, de

Anexos

orientación de pacientes y familiares y de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

PASANTIA RURAL / COMUNITARIA

Síntesis:

Implica el conocimiento de la realidad socio—sanitaria del medio, la integración a los servicios de salud, la realización de un análisis crítico de los problemas prevalentes, la utilización de la metodología científica para su análisis y la elaboración de propuestas concretas para solucionarlos. Incluye la prestación de servicios y la participación en la planificación, ejecución y evaluación de programas locales de salud. Las actividades se desarrollarán en: hospitales de segundo nivel y en centros de primer nivel de atención, debidamente acreditados y en ámbitos comunitarios.

El eje de las actividades se centra en el trabajo de la comunidad (con un mínimo del 50% de la carga horaria). En la pasantía rural se realizarán las actividades programadas que corrientemente cumple el médico general. Estas son de carácter práctico y se evaluará la actuación del alumno y la realización de un trabajo de investigación.

Contenidos básicos:

Diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento de las enfermedades clínicas, quirúrgicas, tocoginecológicas y pediátricas prevalentes. Diseño, ejecución y evaluación de programas locales de salud. Trabajo de investigación epidemiológica y de calidad de servicios de atención.

III Carga Horaria Mínima Total

La carga horaria mínima total será de 5.500 horas.

Dentro de esta carga horaria mínima total, corresponden a la práctica final obligatoria (internado rotatorio, pasantía rural u otras denominaciones), 1.600 horas como mínimo, de las cuales el desarrollo de las actividades prácticas no podrá insumir menos del 80 % del total.

En las 3.900 horas restantes la carga horaria práctica no debe ser menor al 50% y de ellas, las horas destinadas a materias optativas no deben superar el 7%.

	Horas
Total de la carrera	5.500 mínimo
Areas de formación básica y clínica	3.627a 3.900 mínimo

Anexos

Práctica final obligatoria 1.600 **mínimo**

Optativas 0 a 273

Area	Porcentaje de horas asignadas a las actividades prácticas
-------------	--

De formación básica y clínica	50 % mínimo
-------------------------------	--------------------

Práctica obligatoria final	80 % mínimo
----------------------------	--------------------

IV Recomendaciones

1. La formación del médico general debe considerar un enfoque científico — antropológico — social y humanístico, para lo que deberá tener en cuenta los aspectos psicológicos, sociales, éticos, culturales, económicos y políticos, además de los científico—técnicos que lo capaciten para la atención de pacientes.

2. Los contenidos de cada disciplina en la carrera deben ser absolutamente congruentes con el perfil del médico explicitado en las currícula y con los objetivos educativos definidos por cada una de las Facultades.

3. Los contenidos básicos deben ser explicitados como objetivos de aprendizaje, debiendo contemplar en su formulación la evaluación que garantice el logro de dichos objetivos por parte de los educandos.

4. Se aconseja integrar horizontal y verticalmente los contenidos. Debe también considerarse, en el tratamiento de los diversos contenidos, la incorporación del análisis costo—efecto y costo—beneficio y de los aspectos éticos involucrados.

5. En la selección de los contenidos de los planes de estudio, se debe tener en cuenta el enfoque epidemiológico en la promoción de la salud y en la prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad. Debe considerarse también un adecuado equilibrio entre los aspectos individuales y curativos y los preventivos y sociales.

6. Los profesionales médicos deben estar capacitados para ser eficaces educadores de la comunidad, centrandó este accionar en aspectos vinculados a la promoción de la salud y a la prevención de las patologías prevalentes.

7. Las facultades deben asegurar que sus egresados sean capaces de reconocer las diferencias entre las situaciones médicas que puedan asumir, aquellas que deban derivar y las que obligatoriamente deban resolver.

Anexos

8. En la formación del médico se debe considerar especialmente la incorporación de la metodología científica como herramienta necesaria para el análisis y la resolución de problemas.

9. Se debe favorecer el desarrollo del pensamiento crítico y del aprendizaje activo para:

- la adquisición, análisis, aplicación y transmisión de conocimientos, en la investigación y en la práctica docente
- incentivar una actitud positiva hacia el auto—aprendizaje y la formación permanente.

Sería deseable que las Facultades de Medicina ofrezcan un menú de materias optativas dentro de la carga horaria mínima que se establezca, a fin de facilitar la profundización o ampliación de conocimientos y/o la adquisición de habilidades y destrezas, de utilidad en la formación del médico.

10. La carrera de medicina debe concluir con un año, como mínimo, de práctica obligatoria final programada, supervisada y evaluada llevada a cabo en distintos ámbitos: hospitalarios y extra hospitalarios. La misma se iniciará una vez que los alumnos hayan aprobado todas las asignaturas y/o módulos en las que se provee al estudiante de los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios incluidos en los contenidos básicos detallados.

11. La formación práctica debe desarrollarse en forma supervisada, desde el inicio de la carrera, en distintos ámbitos de aprendizaje: centros de documentación, laboratorios de enseñanza e investigación, consultorios externos, salas de internación, guardias, centros de salud y otros, a los que los alumnos se incorporarán con responsabilidad creciente.

12. Los contenidos de Rehabilitación, Gerontología, Medicina Familiar, Oncología, Medicina Preventiva y otras, podrán ser incluidas en módulos de asignaturas o asignaturas cuando existan razones de pertinencia vinculadas al perfil u otras razones que cada Facultad considere relevante.

13. Los contenidos básicos determinados en esta instancia requieren de un monitoreo permanente a fin de actualizar los mismos en función de la pertinencia del perfil, el avance de los conocimientos y los resultados de los procesos de evaluación y acreditación de las Facultades de Medicina.

14. La revisión de los contenidos básicos debe ser periódica y realizarse en un plazo que no exceda los cinco años.

ANEXO II

CRITERIOS DE INTENSIDAD DE LA FORMACION PRACTICA PARA LAS CARRERAS DE MEDICINA

Tabla de contenidos

I Introducción

I Definiciones preliminares

En este documento se utilizarán las definiciones que se acompañan a continuación, considerándose además las ya adoptadas en el documento sobre "Contenidos básicos y carga horaria mínima total para las Carreras de Medicina". Se considerará :

1. Formación Práctica :

Corresponde a aquellas actividades en las que el alumno adquiere las habilidades y destrezas para la observación de fenómenos, hechos y elementos biomédicos (habilidades y agudeza sensorial) y para la ejecución de procedimientos (con un importante componente visomotor) implicando también la intervención sobre personas con una fuerte supervisión. Requieren el uso de conocimientos, búsqueda de información trabajo en terreno, entrevistas a pacientes, toma de decisiones, etc., lo cual, a su vez, genera nuevo conocimiento. En Medicina las actividades prácticas tienen que ver con la oferta de prácticas profesionales vigentes en la red de servicios.

Deberá estar articulada con la teoría y complementada con una actitud crítica y comprometida para permitir el idóneo desempeño del futuro médico, al momento de su egreso.

2. Criterios :

Constituyen un patrón aplicable a los fenómenos que se quieren investigar. Son atributos deseables con los que se pueden comparar los resultados. En el caso de la Carrera de Medicina son de utilidad para la evaluación de la calidad de la docencia, la actividad asistencial, de investigación, extensión, gestión, etc.

3. Intensidad de la Formación Práctica:

Es el grado (2) de desarrollo de las actividades denominadas prácticas, supervisadas y necesarias para el proceso de adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas de las ciencias médicas de acuerdo a los contenidos básicos y a la carga horaria mínima total.

4. Areas de Formación:

Es la división funcional, operativa, para caracterizar la organización de un conjunto de contenidos que tienden al cumplimiento de objetivos comunes para la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas de las ciencias médicas.

(2)Grado: Manera de significar la propiedad de una cualidad.

Propósito:

Las áreas de formación básica, clínica y de formación práctica obligatoria final deberán:

Anexos

Fomentar en el estudiante hábitos de estudio, de aprendizaje activo y de educación continua y contribuir al desarrollo de su capacidad de análisis y juicio crítico, su espíritu de investigación, su capacidad innovadora y, en general, su creatividad.

Generar una conciencia y actitud ética y humanística para el ejercicio de la práctica de la medicina y la investigación.

4.1 área de formación básica :

División funcional, operativa, para caracterizar la organización de un conjunto de contenidos que tienden al cumplimiento de objetivos comunes para la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas que sustentan la formación clínica.

Implica los contenidos y el conocimiento instrumental de las tradicionalmente denominadas "Ciencias Básicas" y de las ciencias humanísticas y de la conducta, de la bioética, de la salud pública, del derecho, de las ciencias sociales, económicas y otras pertinentes a la medicina.

Propósito:

Proveer al estudiante los conocimientos esenciales para que pueda recibir y entender los contenidos del área de formación clínica.

Proporcionar el conocimiento de los campos de competencia y las herramientas de las ciencias básicas directamente relacionadas con la actividad médica.

Proporcionar al estudiante las bases conceptuales y los cimientos teóricos e instrumentales sobre los que se fundan las ciencias y familiarizarlo con los métodos y herramientas necesarias para la adquisición y comunicación del conocimiento.

Favorecer el desarrollo del enfoque científico y metódico para el análisis y la síntesis.

Desarrollar en el estudiante las destrezas y habilidades primordiales de naturaleza instrumental necesarias para la recolección, procesamiento, registro, comunicación y archivo de información relevante y del producto de la investigación.

Suministrar las herramientas necesarias para el autoaprendizaje, para la formación permanente y la interrelación con los colegas.

Proveer los conocimientos para desarrollar una actitud ética en la relación médico—paciente y en los trabajos de investigación médica.

4.2 área de formación clínica:

División funcional, operativa, para caracterizar la organización de un conjunto de contenidos que tienden al cumplimiento de objetivos comunes para la adquisición supervisada de conocimientos, habilidades y destrezas que sustentan el ejercicio y el arte de la práctica médica.

Implica los contenidos y el conocimiento instrumental necesario de las nociones que corresponden a la clínica aplicados a la prevención de la enfermedad, la promoción

Anexos

de la salud, la formulación de diagnósticos, la prescripción de tratamientos y la rehabilitación de la enfermedad. Asimismo comprende los conocimientos de las ciencias humanísticas y de la conducta, de la bioética, de la salud pública, del derecho, de las ciencias sociales, económicas y otras pertinentes a la medicina.

Propósito:

Proveer al estudiante los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para su desempeño profesional en las distintas disciplinas del quehacer médico.

Favorecer el desarrollo del enfoque científico y metódico para el análisis y la síntesis.

Desarrollar en el estudiante las destrezas y habilidades primordiales de naturaleza instrumental necesarias para la recolección, procesamiento, registro, comunicación y archivo y recuperación de la información relevante y del producto de la investigación.

Suministrar las herramientas necesarias para el autoaprendizaje, la formación permanente y la interrelación con los colegas.

Promover el desarrollo de una actitud ética en la relación médico—paciente y en los trabajos de investigación médica.

4.3 área de formación práctica obligatoria final:

División funcional, operativa, para caracterizar la organización de un conjunto de contenidos que tienden al cumplimiento de objetivos comunes para la adquisición, consolidación e incorporación a la actividad supervisada e intensiva en ámbitos hospitalarios y/o asistenciales—comunitarios, de los conocimientos, habilidades y destrezas fundamentales para el ejercicio profesional.

Implica los conocimientos y el manejo instrumental esencial para el desempeño del médico, en establecimientos oficiales o privados, y la práctica necesaria programada y supervisada para el logro de dicho objetivo.

Propósito:

Familiarizar al estudiante con el ejercicio profesional, brindándole la posibilidad de actuar con dedicación semi-exclusiva en los ámbitos hospitalario, ambulatorio y de atención primaria, bajo un sistema educativo programado y supervisado por docentes universitarios.

Inculcar la importancia de la interconsulta y del trabajo en equipos multidisciplinarios y generar la disposición favorable a esta modalidad operativa.

Favorecer el desarrollo del enfoque científico y metódico para el análisis y la síntesis.

Desarrollar en el estudiante las destrezas y habilidades primordiales de naturaleza instrumental necesarias para la recolección, procesamiento, registro, comunicación, archivo y recuperación de información relevante y del producto de la investigación.

Anexos

Suministrar las herramientas necesarias para el autoaprendizaje, para la formación permanente y la interrelación con los colegas.

Promover el desarrollo de una actitud ética en la relación médico—paciente y en los trabajos de investigación médica.

Entrenar al estudiante en la estrategia de atención primaria.

Preparar al estudiante en la teoría y entrenarlo en la atención de las urgencias médicas, capacitándolo para resolver las que pueda y las que deba tratar obligatoriamente y para reconocer las que deba derivar con criterio de necesidad y oportunidad, atendiendo al enfoque de riesgo de vida.

Estimular el desarrollar en el alumno de prácticas con responsabilidad creciente bajo control docente.

Preparar al estudiante para reconocer aquellas situaciones que demanden el concurso intersectorial e identificar la participación que le corresponde al médico en estas oportunidades.

II Aclaraciones Previas

Los criterios para la fijación de la intensidad de la formación práctica se formularán considerando, los contenidos básicos y síntesis, y las 5.500 horas de carga horaria mínima total que fueron establecidas. De acuerdo con ello la distribución es la siguiente (3):

	Horas
Total de la carrera	5.500 mínimo
Areas de formación básica y clínica	3.900 mínimo
Práctica final obligatoria	1.600 mínimo
Area	Porcentaje de horas asignadas a las actividades prácticas
De formación básica y clínica	50 % mínimo
Práctica obligatoria final	80 % mínimo

Anexos

(3) Las áreas optativas deberán estar contenidas en cualquiera de las áreas de formación, pudiendo tener de 0 a 273 horas.

III Determinación de los Criterios de intensidad de la formación práctica.

Sobre la base del documento sobre "Contenidos básicos y carga horaria mínima total para las Carreras de Medicina", de la consideración de lo establecido en la Ley de Educación Superior, de la heterogeneidad de las situaciones informadas por las Facultades de Medicina, y de las experiencias internacionales de estados con similar régimen de títulos universitarios, se determina la siguiente distribución de las cargas horarias prácticas.

Actividades prácticas

Area	Porcentaje de horas mínimo
De formación básica	40 %
De formación clínica	60 %
Práctica obligatoria final	80 %

Los criterios de intensidad de la formación práctica no han sido asignados a ciclos (que aparecen en todas las Facultades) a fin de no generar rigideces que luego puedan atentar contra la posibilidad de las Facultades de desarrollar otras organizaciones curriculares que no impliquen ciclos.

Dado que los criterios son considerados características predeterminadas o atributos deseables, estos no pueden ser reducidos a simples indicadores cuantitativos, sino que deben incluir la consideración de aspectos metodológicos y de disponibilidad y utilización de los recursos, con el fin de garantizar la calidad de la formación práctica.

De este modo, la distribución de las horas asignadas a la formación práctica se hará en cada Unidad Académica de acuerdo a los siguientes criterios:

- La enseñanza de la medicina se realizará en ambientes hospitalarios y extra—hospitalarios.
- Las actividades de formación práctica deberán ser planificadas y realizadas en forma congruente con los propósitos generales del currículum y el perfil del médico que se desea formar.
- Las actividades de formación práctica que así lo requieran deberán ser realizadas en ámbitos adecuados: laboratorios químicos, laboratorios de disección, centros de

Anexos

documentación, laboratorios de medios audiovisuales y multimedia, ámbitos comunitarios y hospitalarios, etc.

- En los trabajos de laboratorio y otros tipos de prácticas se debe promover el desarrollo de habilidades que permitan hacer observaciones precisas de los fenómenos biomédicos y utilizar el método científico para seleccionar la información relevante y analizarla críticamente.
- Las prácticas en el área de formación clínica se realizarán en ámbitos hospitalarios y en otros centros asistenciales.
- Las experiencias de aprendizaje deben ser planificadas y desarrollarse bajo supervisión docente.
- En la planificación se deberá prever la accesibilidad y la disponibilidad de recursos adecuados, la coordinación de las actividades, la relación docente—alumno y la relación paciente—alumno.
- Se deberán considerar especialmente actividades vinculadas a la resolución de problemas, estudio de casos, de historias clínicas y otras que hagan al desarrollo de habilidades y actitudes necesarias para encarar los problemas clínicos, diagnosticarlos, tratarlos y/o derivarlos oportunamente. Deben abordarse los problemas vinculados a la medicina social y preventiva y a la rehabilitación.
- Las actividades prácticas deberán estar en correspondencia con la práctica profesional vigente del médico general.
- El acceso y el uso de todos los ámbitos de aprendizaje deberán estar garantizados por la propiedad y administración de los ámbitos mencionados anteriormente o por convenios que aseguren su disponibilidad y en los que estén considerados los horarios adecuados a la formación. La vigencia del convenio deberá ser por un lapso suficiente para garantizar la culminación de la carrera.
- Los ámbitos de aprendizaje deberán garantizar el acceso de los alumnos a la patología prevalente en la población.
- En las distintas experiencias de enseñanza — aprendizaje se deberá asegurar que los estudiantes cumplan con principios éticos en el cuidado y el trato de los pacientes, en la relación con los familiares y con el resto del equipo de salud, así como en los trabajos de investigación y extensión que se realicen.
- En todas las áreas de formación se deberá promover la incorporación del autoaprendizaje como metodología de estudio y actualización.
- El aprendizaje de las disciplinas clínicas debe planificarse tal como lo requiere la atención integral e integrada del paciente, evitando el énfasis en actividades teóricas y prácticas especializadas que no sean pertinentes con el perfil del médico general.
- A lo largo de la formación deberán preverse oportunidades para que los estudiantes participen en investigaciones básicas, clínicas, epidemiológicas, etc., y en actividades de extensión debidamente programadas y pertinentes con el perfil del médico general.

Anexos

- En todos los ámbitos hospitalarios, ambulatorios, laboratorios y otros donde se desarrollen actividades se deberá garantizar una adecuada calidad para la formación práctica.
- Toda experiencia de aprendizaje práctico deberá ser sistemáticamente evaluada.
- Las actividades prácticas deben promover la integración de las áreas de formación básica y clínica.

El listado de definiciones operativas que acompaña a la determinación de los criterios de intensidad de la formación práctica, no constituye una imposición de un repertorio fijo de actividades que deben ser desarrolladas sino que establece un ordenamiento realizado sobre la base de la información facilitada por las Facultades de Medicina y está orientado a explicitar y homogeneizar las conceptualizaciones de modo de facilitar la determinación posterior de estándares y los procesos de acreditación correspondientes, sobre la base de definiciones consensuadas al respecto de los ítem que luego serán objeto de las distintas evaluaciones.

IV Recomendaciones.

Para garantizar el desarrollo de la formación práctica de acuerdo con los contenidos básicos, la carga horaria mínima total y los criterios establecidos, resulta necesario considerar las siguientes actividades que darán sustento y/o facilitarán una ejecución adecuada :

- Capacitación permanente de los recursos humanos de la Unidad Académica para:
 - a. Planificación, coordinación y supervisión de acuerdo a estándares de calidad (control de gestión).
 - b. Implementación concreta de las distintas actividades y evaluación de sus potencialidades, ventajas y desventajas.
- Investigaciones que sustenten con evidencias la selección y evaluación de las experiencias educativas.
- Implementación de un sistema de registro y procesamiento de la información oportuno, confiable y eficiente para un adecuado funcionamiento de la Unidad Académica.
- Homogeneización de las definiciones operativas.
- Divulgación adecuada y oportuna de la información acerca de las actividades a docentes, investigadores, extensionistas y alumnos.
- Adecuación de la correspondencia entre la planta académica, el personal administrativo y la matrícula.
- Adecuación de la correspondencia entre la estructura de la administración académica y los requerimientos del plan de estudios.

Anexos

- Adecuación de la correspondencia entre los requerimientos del plan de estudios y los recursos disponibles.

Asimismo se deben tener en cuenta:

- Las actividades prácticas deben promover la integración de las áreas de formación básica y clínica.
- La estrategia de la Atención Primaria de la Salud deberá ser privilegiada en la planificación de las actividades prácticas.
- En los convenios entre las Facultades y los Organismos de Salud se propenderá a una planificación y realización conjunta de programas de salud y docencia con participación comunitaria.
- Las actividades prácticas especializadas que no son pertinentes a la formación del médico general podrán ser desarrolladas en forma optativa.
- En el área de formación básica debe tenderse a introducir al alumno en las prácticas extrahospitalarias asistenciales y comunitarias privilegiando la estrategia de Atención Primaria de la Salud.
- En el área de formación práctica obligatoria final debe tenderse a introducir al alumno en las prácticas extrahospitalarias privilegiando la estrategia de Atención Primaria de la Salud y desarrollando prácticas supervisadas en el primer nivel de atención.
- Se recomienda la formación práctica en el área de primeros auxilios, trauma, emergencia y accidentes, desde el comienzo de la carrera.
- Se estima conveniente que los profesionales del equipo de salud que participan activamente en los programas de enseñanza tengan el reconocimiento como docentes de las Universidades.
- En la relación docente alumno se recomienda la siguiente proporción:
 - Area de formación básica: 12 alumnos por docente
 - Area de formación clínica: 6 alumnos por docente
 - Práctica final obligatoria: 5 alumnos por docente

ANEXO

Definiciones operativas

Actividades teóricas: actividades de enseñanza aprendizaje en las que se adquiere, elabora, interpreta, construye y fundamenta la práctica.

Actividades prácticas: son las que permiten al alumno adquirir las habilidades y destrezas para la observación de fenómenos, hechos y elementos biomédicos

Anexos

(habilidades y agudeza sensorial) y para la ejecución de procedimientos (con un importante componente visomotor) e implican la intervención sobre personas con una fuerte supervisión. Requieren el uso de conocimientos, búsqueda de información trabajo en terreno, entrevistas a pacientes, toma de decisiones, etc., lo cual, a su vez, genera nuevo conocimiento. En Medicina las actividades prácticas tienen que ver con la oferta de prácticas profesionales vigentes en la red de servicios.

Actividades en terreno: son aquellas realizadas por los alumnos fuera del ámbito tradicional de la enseñanza, ya sea para efectuar observaciones, estudios exploratorios o intervenciones.

Actividades de integración: son aquellas cuya finalidad es la construcción del conocimiento centrada en el logro de concepciones totalizadoras y multidisciplinarias. Es importante destacar que la integración implica fundamentalmente una mirada multiperspectiva de la realidad, con el fin de comprenderla, teniendo como eje el mejoramiento de la calidad del aprendizaje.

Asistencia a intervenciones quirúrgicas: son aquellas que implican desde la simple presencia del estudiante hasta la participación activa dentro de un quirófano, como miembro de un equipo quirúrgico.

Asistencia a consultorios externos y centros periféricos : implica la participación en la atención de pacientes ambulatorios.

Asistencia a guardias clínicas y quirúrgicas : tiene como finalidad el entrenamiento en diagnóstico y manejo del paciente en situaciones de emergencia; bajo supervisión y responsabilidad docente. Es también un entrenamiento para el reconocimiento de riesgo de vida.

Autoaprendizaje: proceso mediante el cual el estudiante adquiere conocimientos, habilidades y destrezas en forma activa y autónoma con objetivos y metodología determinados. Se lo debe considerar como la base para el desarrollo de la formación profesional continua.

Ateneos bibliográficos: son reuniones grupales de discusión de material bibliográfico seleccionado ad hoc acerca de un determinado tema con participación activa del alumno.

Búsquedas bibliográficas: consulta de temas en bibliotecas o centros de documentación.

Carga horaria mínima total: cantidad de horas dedicadas a las actividades de enseñanza—aprendizaje estimadas para que los alumnos alcancen los objetivos propuestos (el aprendizaje de los contenidos básicos), adquieran habilidades y destrezas y desarrollen actitudes en correlato con los mismos.

Contenidos mínimos/básicos: son aquellos conocimientos esenciales que debe adquirir un profesional para llegar a desempeñarse con idoneidad profesional en función del perfil del título habilitante y que aseguran las capacidades y actitudes necesarias para el desarrollo profesional permanente.

Anexos

Enseñanza con audiovisuales y multimedia: implica aquellas actividades de enseñanza que incorporan medios tales como: CD, PC, videos, diapositivas, filmas, etc.

Estudios de casos e historias clínicas: discusión dirigida de casos clínicos a menudo en base a una historia clínica, apoyada o no con un enfermo que ilustre un caso similar, o al análisis de congruencia de la misma historia clínica.

Estudios e investigaciones en comunidad: estudios o investigaciones con base poblacional o en las que se requiere que el alumno obtenga los datos de la comunidad.

Explicaciones de trabajos prácticos: consiste en las explicaciones necesarias para la realización de un determinado trabajo práctico en los temas que así lo requieran.

Examen de pacientes internos y externos: implica la participación activa del alumno en la elaboración y evaluación de la historia clínica, con examen de pacientes.

Internado rotatorio (o similar denominación): es una etapa de aplicación práctica e integración de los conocimientos, habilidades y destrezas, y de adquisición (supervisada y evaluada) de criterio clínico, con responsabilidad creciente y guiada. Se pone énfasis en el valor del trabajo dentro del equipo de salud.

Investigación clínica: es aquella que estudia los distintos aspectos de la enfermedad o condición mórbida en casos clínicos individuales

Investigación epidemiológica: es aquella que estudia los riesgos y hechos relacionados con el proceso de salud—enfermedad en individuos y poblaciones determinadas.

Materias optativas: son cursos o actividades vinculadas directamente a la carrera y por las cuales el alumno recibe créditos o cumple con una carga horaria exigida a los fines de completar su formación profesional.

Materias electivas o extracurriculares: son aquellas que el alumno puede realizar en otras carreras de la propia Universidad u otras Universidades a fin de completar su formación general. (No han sido incluidas en los contenidos básicos ni en la carga horaria mínima total).

Mesa redonda: es una discusión —conversación— ante un auditorio, llevada a cabo por un grupo seleccionado de personas (3 a 6) bajo la coordinación de un moderador. Permite un máximo de interacción y de interestimulación entre los integrantes de la mesa. Es un método útil para definir los puntos de acuerdo, para llegar o no a un consenso y para definir los campos de desacuerdo.

Módulo de aprendizaje : es una unidad de aprendizaje coherente, flexible y acotada a temas específicos, poniendo énfasis en contenidos significativos y estimulando, a través de propuestas de actividades, el estudio autónomo por parte de los alumnos.

Módulos de integración: es una unidad de aprendizaje, con abordaje interdisciplinario, que amalgama de manera totalizadora y relacionante, e integra en

Anexos

forma vertical y horizontal, las visiones provenientes del desarrollo de las diferentes áreas del conocimiento, relacionadas con un determinado tema.

Mostración clínica: similar a Estudio de casos e Historia clínica.

Mostraciones experimentales: son aquellas que se realizan en los laboratorios de experimentación e investigación.

Pasantía rural/comunitaria: período de práctica final que favorece el contacto con situaciones individuales y colectivas de salud. En esta etapa la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, adquiere singular relevancia.

Prácticas extramuros: implican la incorporación de nuevos escenarios para desarrollar habilidades, destrezas y actitudes en el futuro egresado.

Prácticas con simuladores : son aquellas que se realizan con personas (actores), elementos estáticos, mecánicos, electrónicos, etc. Implican mecanismos de interacción y de evaluación y autoevaluación del aprendizaje.

Trabajo directo o prestaciones: se denomina al trabajo que realiza el alumno teniendo responsabilidades directas supervisadas de acuerdo al nivel de complejidad de los conocimientos y habilidades adquiridas.

Trabajos prácticos de laboratorio: constituyen aquellas actividades específicamente realizadas en laboratorio en las que el alumno está en contacto directo con el material, ya sea analizando cortes o disecando, mirando al microscopio o participando de un experimento físico, químico, biológico, fisiológico, etc.

Resolución de problemas: discusión y resolución de un problema frecuente para el cual puede existir o no un esquema guía.

Síntesis : incluye y describe de manera resumida los conocimientos, el ámbito de aprendizaje, estrategias recomendadas, el tipo de práctica y otros que se consideren pertinentes de la asignatura / área / curso / módulo / disciplina / u otras denominaciones. Responde a las preguntas: ¿qué se enseña—aprende?, ¿cómo se enseña—aprende?, ¿dónde se enseña—aprende?

ANEXO III

ACTIVIDADES PROFESIONALES RESERVADAS EXCLUSIVAMENTE AL TITULO DE MEDICO

ALCANCES DEL TITULO DE MEDICO

La ejecución, enseñanza o cualquier tipo de acción destinada a:

a. anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso diagnóstico o pronóstico.

b. planear, programar o ejecutar las acciones tendentes a la preservación, tratamiento y recuperación de la salud o a la provisión de cuidados paliativos.

Anexos

c. asesorar a nivel público o privado en materia de salud y practicar pericias médicas.

Todo ello ya sea sobre individuos o sobre el conjunto de la población independientemente de la percepción o no de retribuciones.

Quedan excluidas aquellas actividades legisladas para otros profesionales de la salud, no así las concurrentes.

ANEXO IV

ESTANDARES PARA LA ACREDITACION DE LAS CARRERAS DE MEDICINA

1.- Contexto institucional

1. Las instituciones en las que se desarrolla la Carrera de Medicina **deben** cumplir con lo establecido en la Ley de Educación Superior y deben ser congruentes y consistentes con la naturaleza de su propio estatuto.

2. La Carrera de Medicina **debe** desarrollarse en una universidad o instituto universitario, que tenga otros programas de formación de grado.

3. La Carrera de Medicina **debe** desarrollarse en un ambiente académico que promueva la generación y comunicación de conocimientos, así como la capacitación científica básica de la medicina para asegurar la comprensión de los futuros adelantos científicos y tecnológicos en un clima de libertad, justicia y solidaridad y de convivencia pluralista de corrientes, teorías y líneas de investigación.

4. El marco institucional, base de la Carrera de Medicina, **debe** ser adecuado para la formación de profesionales, docentes, investigadores y técnicos capaces de actuar con solidez profesional, responsabilidad, espíritu crítico y reflexivo, mentalidad creadora, sentido ético y sensibilidad social, atendiendo a las demandas individuales y a los requerimientos nacionales y regionales, tal como lo estipula la Ley de Educación Superior.

5. La Universidad o Instituto Universitario en que se desarrolla la carrera de Medicina **debe** estar constituida sin fines de lucro.

6. El funcionamiento específico de la Carrera **debe** estar reglamentado.

7. La Carrera **debe** tener fundamentos que sustenten el plan de estudios y la programación de sus actividades.

8. Los planes de estudios y la programación de sus actividades **deben** ser consistentes con el perfil profesional enunciado en los objetivos.

9. Las Carreras **pueden** proponerse diferentes misiones, objetivos y filosofía u orientación pedagógica, en tanto den cumplimiento a las disposiciones vigentes, debiendo justificar su validez y propiedad para la formación del profesional de acuerdo al perfil propuesto.

Anexos

2.- Misión institucional y objetivos

10. La misión institucional y los objetivos de la Carrera de Medicina **deben** estar explícitamente definidos, ser enunciados claramente y comunicados a sus docentes, no docentes y estudiantes.

11. Los recursos y programas de la Carrera de Medicina **deben** ser apropiados a sus objetivos.

12. La misión institucional y los objetivos de la Carrera de Medicina **deben** orientar la planificación, el proceso de toma de decisiones, la ejecución de la gestión y las actividades de docencia, investigación y extensión.

13. Los objetivos de las Carreras de Medicina **deben** ser consistentes con la misión institucional y en conjunto **deben** responder al perfil del egresado que se desea lograr.

14. Las Carreras de Medicina **deben** incluir entre sus objetivos, que sus graduados tengan las competencias mínimas para el desempeño profesional requeridas por la legislación y normativas vigentes.

15. Las Carreras de Medicina **deben** incluir entre sus objetivos, que sus graduados tengan las competencias mínimas y adquieran las actitudes necesarias para su formación permanente.

16. Se **debe** asegurar que el estudiante adquiera las competencias básicas de la medicina (referidas en el Anexo III "Alcances del Título de Médico"), independientemente de su futura orientación de posgrado.

3.- Gestión

17. La gestión institucional de la Carrera **debe** estar al servicio y contribuir positivamente al desarrollo de la docencia, la investigación y la extensión.

18. **Debe** existir congruencia entre la planta académica, la matrícula, el personal administrativo, de acuerdo con los requerimientos del plan de estudios.

19. Las autoridades de la Carrera **deben** promover un ambiente de convivencia entre docentes y alumnos y en particular entre los docentes de las áreas de formación básica y clínica y de la práctica final obligatoria tendiendo a la articulación entre la docencia, investigación, extensión y gestión.

20. Las autoridades de la Carrera **deben** promover periódicamente los procesos de autoevaluación institucional de su unidad académica impulsando el mejoramiento de la educación médica.

21. La planificación general **debe** prever la accesibilidad y la disponibilidad de recursos adecuados, la coordinación de las actividades. La relación docente - alumno **debería** responder a la proporción enumerada en el Anexo II "Criterios de intensidad..."

Anexos

22. Las actividades planificadas **deben** ser divulgadas adecuada y oportunamente a los docentes, no docentes, investigadores, extensionistas, graduados en general y alumnos.

23. Para facilitar una ejecución adecuada de las actividades se **debería** considerar la capacitación permanente de los recursos humanos de la Unidad Académica para planificar, coordinar y supervisar de acuerdo a estándares de calidad y para evaluar las distintas actividades, sus potencialidades, ventajas y desventajas.

24. Se **debe** disponer de un sistema de registro y procesamiento de la información académico—administrativa oportuno, confiable y eficiente para un adecuado funcionamiento de la Carrera.

25. **Debería** existir un seguimiento del desempeño estudiantil y un registro y análisis periódico de las tasas y causas de la deserción, cronicidad y egreso y se debe desarrollar y establecer un sistema de seguimiento de sus graduados.

3.1. Admisión

26. La cantidad de estudiantes admitidos debe estar en relación con los recursos físicos, humanos y económicos realmente asignados a la carrera.

27. La relación entre el número de alumnos y la cantidad y tipo de pacientes necesarios para la educación **debe** ser suficiente para permitir que cada estudiante de los años clínicos pueda acceder a un conocimiento adecuado de la patología prevalente.

28. Las autoridades pertinentes **deben** desarrollar criterios y procedimientos para la admisión de estudiantes y en los casos en los que los estatutos lo prevean **deberían** desarrollar sistemas de selección de estudiantes. Los interesados **deberán** ser informados fehacientemente de los requisitos y desarrollos del proceso de admisión.

29. **Debe** garantizarse que en los procesos de admisión y selección no exista ningún tipo de discriminación en función de raza, religión, sexo u orientación sexual, edad o nacionalidad, discapacidad física o situación económico—social o influencias políticas, económicas o personales.

4- Formación.

4.1. Aspectos programáticos

30. La formación del médico **debe** desarrollarse respetando los principios éticos esenciales de la medicina.

31. La formación del médico general **debe** considerar un enfoque científico - antropológico - social y humanístico, para lo que **deberá** tener en cuenta los aspectos psicológicos, sociales, éticos, culturales, económicos y políticos, además de los científico - técnicos que lo capaciten para la atención integral de las personas.

Anexos

32. Se **debe** asegurar que los egresados sean capaces de reconocer las diferencias entre situaciones médicas que puedan asumir, aquellas que deban derivar y las que obligatoriamente deban resolver

33. En la formación de los alumnos se **debe** considerar especialmente la incorporación de las metodologías científicas como herramienta necesaria para el análisis y la resolución de problemas, asimismo se **debería** promover el aprendizaje de los métodos de investigación científica.

34. Se **debe** favorecer el desarrollo del pensamiento crítico y del aprendizaje activo para: la adquisición, análisis, aplicación y transmisión de conocimientos.

35. La enseñanza **debe** realizarse en ambientes hospitalarios y extrahospitalarios, tanto asistenciales como no asistenciales.

36. Se **debe** garantizar el desarrollo en el estudiante de las habilidades destrezas y actitudes requeridas para el ejercicio de la medicina.

37. Las Carreras de Medicina **deben** incluir un número suficiente de prácticas supervisadas, vinculadas a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y recuperación.

38. Las distintas experiencias de enseñanza - aprendizaje **deben** asegurar que los estudiantes cumplan con principios éticos en el cuidado y trato de los pacientes, en la relación con los familiares y con el resto del equipo de salud, así como en los trabajos de investigación y extensión que realicen.

39. Se **debe** promover en todas las áreas de formación el autoaprendizaje, y se debe estimular la adquisición de hábitos para la educación permanente a lo largo de su futura vida profesional.

40. Todas las actividades educativas **deben** ser diseñadas cuidadosamente y **deben** tener objetivos claramente definidos y planes para evaluación e implementación, incluyendo apropiadas estimaciones y disponibilidad de los recursos necesarios.

41. **Deben** incluirse actividades educativas vinculadas a la resolución de problemas, estudio de casos, de historias clínicas y otras que hagan al desarrollo de habilidades, aptitudes y actitudes necesarias para encarar los problemas clínicos, diagnosticarlos, tratarlos y/o derivarlos oportunamente. **Deben** abordarse los problemas vinculados a la medicina social y preventiva y a la rehabilitación.

42. En el plan de estudios los contenidos **deben** integrarse horizontal y verticalmente.

43. La Carrera **debe** crear mecanismos para integrar a docentes de diferentes materias en la enseñanza, y de esa manera ofrecer a sus alumnos experiencias educacionales integradas.

44. Los métodos pedagógicos usados para cada materia, asignatura, módulo, o área del currículum **deben** ser seleccionados cuidadosamente por los docentes, en función del planeamiento general de la carrera, los recursos y las tecnologías educativas disponibles. Estos métodos deben ser evaluados periódicamente.

Anexos

45. La evaluación del alumno **debe** ser congruente con los objetivos y metodología de enseñanza previamente definidos.

46. La evaluación del aprendizaje de los estudiantes **debe** contemplar de manera integrada la adquisición de conocimientos, la formación de actitudes, el desarrollo de la capacidad de análisis, de destrezas y de habilidades para encontrar y utilizar información, para solucionar problemas reales y situaciones críticas.

47. Los docentes **deben** ser responsables de las decisiones respecto a la promoción de los estudiantes.

48. El resultado de la evaluación de los estudiantes **deben** integrarse en un legajo ó registro, quedando disponibles para los docentes y autoridades que posean una justificación educativa para utilizarlos y para los alumnos.

49. Los contenidos de las disciplinas clínicas **deberían** estar enunciados como síndromes o formas de presentación de las distintas patologías en lugar de un listado de enfermedades.

50. **Deberían** considerarse, en el tratamiento de los diversos contenidos, la incorporación del análisis costo — efectividad y costo — beneficio y de los aspectos éticos y legales involucrados.

51. La Carrera de Medicina **debería** tener una unidad encargada de evaluar periódicamente la frecuencia, calidad, cantidad y distribución de exámenes, cuidando que no se generen demandas irrazonables sobre los estudiantes.

52. Las Carreras **deben** contar con una unidad encargada de la evaluación periódica del currículum.

4.1.1. Area de formación básica

53. **Debe** enfatizarse la articulación de los conocimientos básicos y clínicos desde los primeros años de la carrera.

54. El estudiante de medicina **debe** tener contacto muy temprano con los ámbitos asistenciales, incluso durante la enseñanza de las ciencias básicas.

55. Se **debe** considerar la capacitación práctica en el área de primeros auxilios, trauma, emergencia y accidentes, desde el comienzo de la carrera.)

4.1.2. Area de formación clínica

56. En las prácticas clínicas los estudiantes **deben** estudiar pacientes representativos de las enfermedades más frecuentes y de mayor importancia, que constituirán la base de su futura práctica médica.

57. La enseñanza clínica que se realiza en diferentes instituciones y servicios hospitalarios u otros ámbitos asistenciales **debe** asegurar que los estudiantes tengan actividades educativas equivalentes y que las instituciones asistenciales posean un nivel adecuado.

Anexos

58. La enseñanza clínica **debe** garantizar que el estudiante se preocupe tanto por las necesidades médicas como por las necesidades emocionales de los enfermos y su impacto en las circunstancias familiares y económicas.

59. **Debería** promoverse la enseñanza de las materias clínicas integrada a la enseñanza de las materias básicas durante todo el desarrollo de la Carrera de Medicina.

4.1.3. Area de práctica final obligatoria

60. La práctica final obligatoria **debe** realizarse en instituciones clínicas hospitalarias, servicios ambulatorios, centros de diagnóstico y rehabilitación y otros ámbitos asistenciales, que en su conjunto ofrezcan toda la gama posible de servicios de atención médica, desde el primer nivel de atención hasta atención terciaria especializada y atención del enfermo crónico, cubriendo poblaciones variadas de pacientes, en cuanto a edad, sexo, patología.)

4.2. Cargas Horarias Mínimas, Contenidos Básicos y Criterios de asignación de la carga horaria práctica.

61. Los planes de estudio **deberán** tener en cuenta la carga horaria mínima, los contenidos curriculares básicos y los criterios sobre intensidad de la formación práctica que establezca el Ministerio de Cultura y Educación, en acuerdo con el Consejo de Universidades (Anexo II).

4.2.1. Cargas

62. **Debe** garantizarse un mínimo de carga horaria de 5.500 horas. De estas corresponden para la práctica final obligatoria (internado rotatorio, pasantía rural u otras denominaciones), 1.600 horas como mínimo.

63. Se **debería** ofrecer un menú de materias optativas dentro de la carga horaria mínima, a fin de facilitar la profundización o ampliación de conocimientos y/o la adquisición de habilidades y destrezas, de utilidad en la formación del médico. Dentro de la carga horaria mínima total, las horas destinadas a materias optativas deben ser menor al 7% (Anexo II).

4.2.2. Contenidos básicos

64. La Carrera **debe** estar organizada por asignaturas / áreas / cursos / módulos / disciplinas u otras denominaciones, siempre y cuando esta organización respete los contenidos básicos obligatorios que deben estar acompañados con la especificación de los ámbitos de aprendizaje, la metodología para la enseñanza y el tipo de práctica correspondiente. (Anexo I).

65. En la selección de los contenidos, se **debe** tener en cuenta el enfoque epidemiológico en la promoción de la salud y en la prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad. Debe considerarse además un adecuado equilibrio entre los aspectos individuales y curativos y los preventivos y sociales.

Anexos

66. Los contenidos de cada disciplina / asignatura / módulo / etc. **deben** ser congruentes con el perfil del médico explicitado en los currículos y con los objetivos educativos definidos por cada una de la Carrera.

67. Las materias, módulos, asignaturas, etc. **deben** explicitar los objetivos de aprendizaje, debiendo contemplarse en su formulación la evaluación que verifique el logro de dichos objetivos por parte de los educandos.

68. La carrera de medicina **debe** concluir con un año, como mínimo, de práctica obligatoria final programada, supervisada y evaluada llevada a cabo en distintos ámbitos: hospitalarios y extra hospitalarios. La misma debe iniciarse una vez que los alumnos hayan aprobado todas las asignaturas y/o módulos en el estudiante adquiere conocimientos, actitudes y destrezas detallados en los contenidos básicos detallados en el Anexo I.

4.2.3 Criterios para la formación práctica

69. La formación práctica **debe** desarrollarse en forma supervisada, desde el inicio de la carrera, en distintos ámbitos de aprendizaje: centros de documentación, laboratorios de enseñanza e investigación, consultorios externos, salas de internación, guardias, centros de salud y otros, a los que los alumnos se incorporarán con responsabilidad creciente.

70. En el área de formación básica el porcentaje de horas asignados a la formación práctica **debe** ser del 40%, como mínimo.

71. En el área de formación clínica el porcentaje de horas asignadas a la formación práctica **debe** ser del 60%, como mínimo.

72. En la práctica obligatoria final el porcentaje de horas asignadas a actividades de formación práctica **debe** ser del 80%, como mínimo.

73. Las actividades de formación práctica **deben** ser planificadas y realizadas en forma congruente con los propósitos generales del currículum y el perfil del médico que se desea formar.

74. **Debe** considerarse la carga horaria de la formación práctica en las asignaturas módulos etc, de las áreas básicas y clínicas independientemente de la práctica final obligatoria.

75. Las actividades prácticas **deben** estar en correspondencia con la práctica profesional del médico general.

76. La estrategia de la Atención Primaria de la Salud **debe** ser privilegiada en la planificación de las actividades prácticas.

77. Las actividades prácticas especializadas que no son pertinentes a la formación del médico general deben ser desarrolladas fuera de la carga horaria mínima total.

78. Toda experiencia de aprendizaje práctico **debe** ser sistemáticamente evaluada, debiendo garantizarse la calidad adecuada y su pertinencia con los objetivos propuestos.

Anexos

79. En todos los ámbitos: hospitalarios, ambulatorios, laboratorios químicos o de disección, centros de documentación, laboratorios de medios audiovisuales y multimedia, comunitarios y otros donde se desarrollen actividades **debe** garantizarse la adecuada calidad de los mismos y la pertinencia con la formación práctica planificada.

80. Las actividades prácticas **deben** promover la integración de las áreas de formación básica y clínica.

81. En los trabajos de laboratorio y otros tipos de prácticas se **debe** promover el desarrollo de habilidades que permitan hacer observaciones precisas de los fenómenos biomédicos y utilizar el método científico para seleccionar la información relevante y analizarla críticamente.

4.2.3.1. Area de formación básica

82. En el área de formación básica **debe** mantenerse la vinculación con las prácticas extrahospitalarias asistenciales y comunitarias privilegiando la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

4.2.3.2. Area de formación clínica

83. Las prácticas en el área de formación clínica **deben** mantener vinculación con la formación básica y deben realizarse en ámbitos hospitalarios y en otros centros asistenciales, que posean estructura educativa.

84. El aprendizaje de las disciplinas clínicas **debe** planificarse tal como lo requiere la atención integral e integrada del paciente, evitando el énfasis en actividades teóricas y prácticas especializadas que no sean pertinentes con el perfil del médico general.

4.2.3.3. Práctica final obligatoria

85. En el área de formación práctica obligatoria final el alumno **debe** realizar prácticas extrahospitalarias supervisadas privilegiando la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

5.- Investigación y Extensión

86. La Carrera de Medicina **debe** promover el desarrollo de la investigación contribuyendo al desarrollo científico, tecnológico y cultural.

87. Las Carreras de Medicina **deben** promover la asociación interinstitucional para la resolución de los problemas nacionales y/o regionales de salud.

88. A lo largo de la formación de los estudiantes **deben** verse oportunidades para que éstos participen en investigaciones.

89. Las autoridades de la Carrera **deben** fomentar el desarrollo de investigaciones que sustenten con evidencias la selección y evaluación de las experiencias educativas.

Anexos

90. Las Carreras de Medicina **deben** desarrollar actividades de extensión universitaria debidamente programadas, promoviendo la salud y el bienestar de la población o de grupos específicos de ésta, con integración de alumnos y docentes en estas actividades.

91. La Carrera de Medicina **debe** desarrollar actividades de educación médica continua para los graduados y otros profesionales.

92. Estudiantes y docentes de la Carrera de Medicina **deben** ser preparados para actuar como eficaces educadores de la comunidad, centrando este accionar en aspectos vinculados a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades prevalentes.

6.- Recursos Humanos Docentes

93. La Carrera **debe** contar con un plantel docente en número y composición adecuado y con dedicación suficiente para garantizar las actividades de docencia, investigación y extensión programadas.

94. El cuerpo académico **debe** acreditar formación y antecedentes adecuados a las funciones que desempeña.

95. **Deben** existir políticas claras, no discriminatorias y publicadas de los sistemas de nombramiento, promoción y sanción de los docentes.

96. Los docentes **deben** participar en proyectos de investigación, extensión y gestión universitaria.

97. Los docentes **deben** tener responsabilidad en el diseño, implementación y evaluación del currículum. **Debe** haber, sin embargo, una responsabilidad institucional integrada para el diseño y administración de un currículum coherente y coordinado.

98. Las Carreras de Medicina **deben** proveer oportunidades para que los docentes mejoren sus destrezas y conocimientos, no sólo en sus disciplinas específicas, sino también en las metodologías de educación y evaluación. Se **deberían** proveer incentivos especiales para promover esas actualizaciones en educación médica y tomar particularmente en cuenta la capacitación docente en los sistemas de promoción.

99. Los docentes **deben** ser evaluados periódicamente —de acuerdo a los mecanismos vigentes— y deben ser informados de sus progresos y debilidades. La consideración de la opinión de los alumnos **debería** ser incluida en las evaluaciones del desempeño docente.

100. La Carrera de Medicina que requiera de la colaboración de profesionales de tiempo parcial pertenecientes a hospitales, consultorios, unidades asistenciales, u otras instituciones no universitarias para funciones docentes, **debe** integrarlos a las actividades mediante un reconocimiento formal.

101. En los servicios de salud, en los que se desarrollen programas de grado, los residentes pueden realizar actividades docentes participando en la planificación, implementación y evaluación de los mismos.

Anexos

102. **Deberían** existir programas de formación docente para la actualización y perfeccionamiento de modo continuo a través de una carrera académica.

103. Para asegurar una ejecución adecuada de las actividades se **debe** garantizar la capacitación permanente del personal docente en cada Unidad Académica. Esta capacitación deberá estar orientada a la gestión educativa.

7.- Servicios asistenciales y otros ámbitos de enseñanza.

104. El acceso y el uso de todos los ámbitos de aprendizaje **deben** estar garantizados por la propiedad y administración de los ámbitos mencionados anteriormente o por convenios que aseguren su disponibilidad y en los que estén considerados los horarios adecuados a la formación. La vigencia del convenio **debe** ser por un lapso suficiente para garantizar la culminación de la carrera.

105. **Deben** existir convenios escritos y debidamente autorizados que definan las responsabilidades de las diversas instituciones involucradas. Las autoridades de las Carreras deben tener total conocimiento y responsabilidad sobre la educación que reciben sus estudiantes en los distintos ámbitos de aprendizaje.

106. La institución universitaria **debe** tener normas para acreditar los servicios de salud y otros ámbitos asistenciales en función de los requisitos para docencia.

107. Cuando la educación se imparta en lugares independientes de la sede central de la Facultad o Instituto Universitario, las autoridades competentes de la Carrera deben garantizar la calidad de la formación y experiencias educativas equivalentes para todos los estudiantes.

108. En los convenios entre las Carreras y los Organismos de Salud **debería** propenderse a una planificación y realización conjunta de programas de salud y docencia con participación comunitaria.

8.- Centros de información y documentación

109. El centro de información y documentación (central) **debe** recibir las publicaciones líderes internacionales y nacionales en Ciencias Médicas, cuyos números recientes deben estar disponibles en cantidad suficiente.

110. **Debe** estar catalogado apropiadamente y debe haber suficiente cantidad y variedad de textos disponibles para satisfacer las necesidades de docentes y alumnos de las distintas materias.

111. El centro de información y documentación **debe** proveer servicios y ser accesible a los estudiantes como mínimo durante diez horas diarias y, de ser factible, es altamente conveniente que esté disponible durante los fines de semana.

112. El centro de información y documentación **debe** ayudar al estudiante a aprender nuevas formas de encontrar, acceder y procesar información, particularmente la información electrónica disponible, y debe proveer acceso a estos servicios y otros materiales de autoaprendizaje, cuando el estudiante los necesite.

Anexos

113. El centro de documentación e información **debe** tener suficiente personal profesional que supervise su funcionamiento y brinde instrucción para su uso.

9.- Servicios y facilidades para el estudio

114. Deben existir mecanismos que contribuyan al bienestar estudiantil.

115. Las autoridades de la Carrera de Medicina **deberían** establecer los mecanismos para facilitar el acceso de los estudiantes a un adecuado sistema de salud preventivo y curativo.

116. **Deben** existir normas en relación con la exposición de los estudiantes a riesgos infecciosos y ambientales.

10.- Infraestructura y Recursos Materiales

117. Las Carreras de Medicina **deben** asegurar ámbitos de enseñanza que desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo garanticen un ambiente favorable al trabajo intelectual y práctico de docentes y estudiantes. La infraestructura edilicia **debe** incluir oficinas y espacios para el normal desarrollo de las actividades de gestión, docencia, extensión e investigación.

118. **Deben** existir también recursos físicos adecuados para el cuidado apropiado de animales que se usen en docencia e investigación.

119. Los recursos edilicios y materiales de las Carreras de Medicina **deben** ser los necesarios para proveer la formación clínica a sus alumnos.

120. La Carrera de Medicina **debe** contar con un plan adecuado para el desarrollo progresivo de los recursos educacionales.

121. En el desarrollo de la Carrera de Medicina **debería** evitarse la multiplicidad innecesaria de establecimientos para actividades docentes que pudieran perturbar la continuidad del programa.

122. Se debería proveer el acceso a computadoras y a redes de información a docentes y alumnos y los medios por los cuales los mismos adquieran competencias básicas para su uso. Los recursos de la informática **deberían** apoyar la función de planificación de los programas educativos de la facultad de medicina a los niveles apropiados.

11.- Patrimonio y Recursos Financieros

123. Las Carreras de Medicina **deben** demostrar que poseen los recursos patrimoniales y financieros necesarios para garantizar el cumplimiento de los objetivos, hasta la finalización de la carrera de los estudiantes admitidos.

124. Las Carreras de Medicina **deben** contar con un presupuesto financiero con indicación de origen y destino de recursos, proyecciones para los siguientes seis años de actividades, incluyendo las previsiones que aseguren el normal desarrollo de las actividades docentes, de investigación, extensión y gestión de las Carreras.

Anexos

125. **Debe** existir una enumeración actualizada de la composición del patrimonio de la institución universitaria. Solamente se puede computar como integrando al patrimonio a aquellos bienes de propiedad de la institución en la que funcione la carrera a acreditar.

126. Las Carreras de Medicina **pueden** estar financiadas desde diferentes fuentes tales como asignaciones presupuestarias, contribuciones y subsidios gubernamentales, pago de matrículas, donaciones y regalos, contratos de transferencia tecnológica, patentes y otros recursos. El origen de estos recursos no deberá comprometer la misión institucional, objetivos, ni la calidad de los programas educativos de las Carreras.

Anexos

Programas de Cátedras de Pediatría

CRECIMIENTO Y DESARROLLO NORMAL DE LA FAMILIA Y SUS ALTERACIONES. FAMILIA DE ALTO RIESGO	
<p>1. CONTENIDOS (nivel 1)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipos de sociedades y culturas. sociedad urbana y rural. Concepto de ecología. El tiempo libre. medios masivos de comunicación. 2. Actividades del niño y el adolescente. <u>Familia, función y relaciones</u>. cambios en la familia actual. 3. <u>Adicciones: sociopatías y marginalidad</u> como una alteración del crecimiento y el desarrollo normal del paciente y su familia. Las tres variables no individuales de socialización del niño y el joven: la familia, el sistema educativo y la estructura OCUPACIONAL (sistema económico). sistema complejo abierto, la interrelacion persona-familia-sociedad. Familia matriz de la salud y la enfermedad. 4. <u>Enfermedad social</u>. familia nuclear y ampliada. Conformacion de las primeras parejas heterosexuales adolescentes, parejas estables y modelos identificatorios, crisis normales, paralelas y <u>patológicas</u>.maternización-paternización. el nacimiento de los hijos. roles y funciones materno-paternas. 5. Algunas situaciones particulares: separación de la pareja conyugal., adopciones,concepto de alto riesgo, resolución de la demanda. rol del méico generalista ante el seguimiento de la familia en riesgo.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO FISICO NORMAL Y SUS ALTERACIONES	
<p>1. CONTENIDOS (nivel 3 a excepción de los detallados dentro del texto)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concepto de crecimiento y desarrollo y maduración física, metodología antropométrica, tablas, gráficas de distancia alcanzada y de velocidad., concepto de percentilo y desvio estándar. parametros para evaluar la maduración física y crecimiento intrauterino y postnatal. 2. Características del crecimiento y desarrollo en las distintas edades. Crecimiento y desarrollo durante la pubertad. aspectos biológicos y temporales que determinan su comienzo y continuidad. variaciones normales e individuales. nutrición. variaciones de su normalidad 3. Alteraciones al crecimiento y desarrollo intrauterino. factores de riesgo, momentos críticos, tipos, consecuencias y pronósticos. 4. Prevención. alteraciones del crecimiento y desarrollo post-natal. Las dificultades para el crecimiento y desarrollo físico como signos de alteracion de la salud. causas. impacto psicologico y social. 5. Metodología diagnóstica. prevención y tratamiento. posibilidades terapéuticas. 6. Crecimiento de recuperación. Limitaciones. Alteraciones de crecimiento y desarrollo puberal.

Anexos

Pubertad precoz y tardía, disgenesias gonadales. Baja Talla (Baja talla familiar, retraso constitucional del crecimiento) síndrome de Turner.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO PSICOLOGICO NORMAL Y SUS ALTERACIONES.

- | | |
|---|--|
| 1. CONTENIDOS (nivel 3 a excepción de los detallados dentro del texto) | Las etapas evolutivas psicológicas según Freud desde el nacimiento a la adultez.
Concepto de logro, riesgo, normalidad y patología. Vínculo temprano normal y patológico. Resolución de la demanda, humanización individualización. Logros más importantes para cada una de las etapas del desarrollo psico-sexual. Signos y síntomas patológicos. El riesgo psicológico. Tácticas del médico general que asiste niños, adolescentes, adultos y familias.
Familia de riesgo, signos y síntomas.
Los juguetes y el juego en las distintas etapas. Sus características y motivaciones. El juego como comportamiento inteligente y como expresión del área afectiva.
Evolución de lenguaje. Etapas de la inteligencia según Piaget.
Condiciones básicas para el ingreso a la escolaridad inicial y primaria.
Tipos de instituciones primarias. El niño con trastornos de aprendizaje: análisis de sus etiologías. |
|---|--|

“ADOLESCENCIA Y SOCIEDAD”

- | | |
|---|---|
| 1. CONTENIDOS (nivel 3 a excepción de los detallados dentro del texto) | Concepto de la matriz de relación persona-familia-sociedad.
Proceso de integración social del adolescente con especial referencia a las relaciones familia-marco de valores-patrones de identificación y medio externo social. Marginación del adolescente y subculturas juveniles.
Adolescencia y embarazo. El adolescente en riesgo de padecer adicciones.
Tipos de adicciones: tabaco, alcohol, marihuana, LSD, y cocaína, inhalantes de uso doméstico: pegamentos e hidrocarburos. Tipos de comportamientos: experimental, recreativo, circunstancial, intensivo y compulsivo.
Sociopatías y delincuencia juvenil. Rol preventivo del médico generalista que asiste adolescentes. |
|---|---|

CRECIMIENTO Y DESARROLLO NEUROLOGICO NORMAL Y SOCIALIZACION. SUS ALTERACIONES

- | | |
|---|--|
| 1. CONTENIDOS (nivel 3 a excepción de los detallados dentro del texto) | Evolución de los reflejos arcaicos, tono muscular, postura, motricidad fina y gruesa. Causas de retraso madurativo durante el 1er. año de vida.
Hospitalismo. Técnicas de estimulación temprana. Evolución del crecimiento y desarrollo neurológico normal hasta el fin de la adolescencia.
Praxias gnocias, lateralidad, inatención, impulsividad, hiperactividad, hiperkinesia, torpeza motriz y dificultades en el lenguaje. El síndrome en |
|---|--|

Anexos

el lenguaje. El síndrome de disfunción cerebral mínima.
El complejo análisis entre la etiología neurológica y/o psicológica.

MADURACION DEL SISTEMA INMUNE. INMUNIZACIONES

- 1. CONTENIDOS** (nivel 3 a excepción de los detallados dentro del texto)

Ontogenia y diferenciación del sistema inmune. Inmunidad específica, celular y humoral. Rol de las células T. y B. Tipos de inmunoglobulinas. Interpretación racional de los exámenes de laboratorio. Signos y síntomas que permitan sospechar déficit inmunitario. Clasificación de las enfermedades por inmunodeficiencias. Reconocimiento del calendario nacional de inmunizaciones. Mecanismos de acción, tipos de inmunidad, indicaciones y contraindicaciones de las siguientes vacunas: BCG, Sabin, Cuádruple bacteriana, Triple bacteriana, Doble bacteriana, Doble viral, Triple viral, Anti Haemophilus, Antisarampionosa, Antiparotídica, Antirubeólica y Antihepatitis B y A. Indicaciones y contraindicaciones de tratamientos con gamma-globulina.

ALIMENTACION DEL NIÑO SANO. SUPLEMENTOS VITAMINICOS Y MINERALES. PREVENCION DE ANEMIA FERROPENICA RAQUITISMO Y OBESIDAD.

- 1. CONTENIDOS** (nivel 3 a excepción de los detallados dentro del texto)

Importancia de la alimentación al pecho. Ventajas inmunológicas, nutricionales, psicológicas y socio-económicas. Vínculo madre-hijo. Rol paterno en la lactancia natural. Rol del médico generalista como promotor de la lactancia natural en las etapas pre y post natal. Fisiología de la lactancia. Técnicas del amamantamiento. Inducción y recuperación de la lactancia natural. Destete, excepciones que contraindican la lactancia natural. Hipogalactia, sus causas, requerimientos adicionales de niños alimentados a pecho. Lactancia artificial. Tipos de leche: clasificación y código internacional de normatización para la comercialización de sucedáneos de la leche materna. Componente de las fórmulas, diluciones. Diferencias entre leche de vaca entera, leche de vaca modificada y leche materna respecto a proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y oligoelementos. Indicaciones de cada una. Carga renal de solutos. Técnicas caseras para la preparación de biberones. Requerimientos vitamínicos, minerales y flúor. Incidencia de la anemia ferropénica en pediatría. Prevención y diagnóstico. Signos y síntomas habituales. Exámenes complementarios que confirman el diagnóstico. Seguimiento longitudinal y tratamiento. Prevención de raquitismo. Incidencia en pediatría. Epidemiología. Signos y síntomas precoces. Tratamiento. Pautas madurativas para la incorporación de semisólidos como experiencia de aprendizaje. Normas para una alimentación sana según las etapas evolutivas hasta el fin de la adolescencia. Educación para la salud: obesidad, causas, actividades preventivas. Desnutriciones parciales y específicas. Prevención de hipercolesterolemia e hipertensión. Pautas culturales..

ODONTOPEDIATRIA

Anexos

1. CONTENIDOS (nivel 3 a excepción de los detallados dentro del texto)	Crecimiento y desarrollo de piezas dentarias. cavidad oral y lengua. Actitud preventiva respecto de hábitos: cepillado e indicación de flúor, sellado de surcos. Etiología de las caries en las distintas etapas evolutivas. Patología gingival. Dientes neonatales. El primer molar permanente. Mantenedores de espacios y coronas. Conducta inmediata ante fracturas dentales y luxaciones. Mala oclusión: diagnóstico temprano.
---	--

<u>GINECOLOGIA INFANTO-JUVENIL</u>	
1. CONTENIDOS (nivel 3 a excepción de los detallados dentro del texto)	Relación paciente adolescente-médico. Anatomía y semiología. Exploración ginecológica de lactantes, niñas y adolescentes. Crecimiento y desarrollo genital. Caracteres sexuales secundarios, genitales ambiguos, Himen imperforado, fusión de labios menores, vulvitis y vulvovaginitis. Hemorragias y alteraciones del ciclo. Amenorreas primarias y secundarias. Enfermedad por transmisión sexual. Pubertad precoz. Telarca precoz. Menarca precoz. Retraso puberal.

<u>DIAGNOSTICO A TRAVES DE LAS IMÁGENES</u>	
1. CONTENIDOS (nivel 3 a excepción de los detallados dentro del texto)	Indicaciones y contraindicaciones en pediatría de las distintas técnicas utilizadas en la actualidad: Radiología, (Rx), Resonancia nuclear magnética (R.N.M.), Tomografía axial computarizada (T.A.C.), Ecografías (E.G.) y Centellografías (CGS).

<u>EL RECIEN NACIDO</u>	
1. CONTENIDOS (nivel 3 a excepción de los detallados dentro del texto)	<u>El niño antes de nacer como paciente.</u> Dinámica de la familia durante el embarazo. Concepto de riesgo biológico social y psicológico. Detección precoz del embarazo de riesgo. Importancia del control prenatal precoz, periódico y completo. Prevención y/o pesquisa de Sífilis, Chagas, HIV, Hepatitis, estreptococo B, rubeola, hapatitis b y sida u otras enfermedades prenatales que influyen en el feto (diabetes, hipertensión arterial, incompatibilidad RH, hábitos (alcohol, tabaco, drogas, tóxicos ambientales, etc). Métodos para evaluar el crecimiento y desarrollo fetal: (altura uterina, circunferencia abdominal, ecografía y la vitalidad fetal (movimientos fetales, monitoreo electrónico, ecografía). Detección prenatal de malformaciones: concepto, coordinación clínico-obstetrico-pediatrica para la toma de decisiones. <u>Recepción del recién nacido.</u> evaluación del feto durante el trabajo de parto. El nacimiento y las modificaciones en el RN durante los primeros minutos de vida. Importancia del vínculo temprano. Apgar. Etapa de transición: circulatoria, respiratoria y de otros sistemas. Prácticas sistemáticas en la sala de partos: identificación, administración de vitamina k, prevención de la conjuntivitis infecciosa. Examen físico completo, baño y aspectos generales de la termorregulación del RN.

	<p><u>Depresión neonatal y reanimación.</u> sufrimiento fetal agudo, depresión farmacológica. Concepto de reanimación: aspiración, oxigenación, ventilación. utilización de expansores de volumen y fármacos.</p> <p><u>Internación conjunta del RN sano y su madre.</u> examen físico del RN sano durante la internación. Estimación de edad gestacional. Clasificación según peso/edad gestacional. Antropometría. Detección de subluxación congénita de cadera, imperforación anal, artrosis de esófago, etc. Pesquisa obligatoria por ley: fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito, fibrosis quística, hiperplasia suprarrenal congénita, galactosemia, hipoacusias, retinopatías del prematuro, etc. Cataraxis y diuresis. Eritema tóxico. Milium facial. Mancha mongólica y otras alteraciones frecuentes del RN. Aspectos de la puericultura en el primer mes de vida: lactancia materna, capacidad sensorial: visión, audición, tacto, olfato y gusto. Patrones de conducta: sueño, vigilia y llanto. Concepto de llanto inexplicado.</p> <p><u>Signos y síntomas de alarma que indican alteraciones de la normalidad.</u> signos vitales: (temperatura, frecuencia cardíaca, tensión arterial y respiración). Crecimiento físico: peso perímetro cefálico, talla, tono muscular, postura y actividad. Temblores, convulsiones, color de la piel (ictericia, cianosis, palidez), distensión abdominal y cálculo de ingresos y egresos (alimentación, diuresis, deposiciones y vómitos).</p> <p><u>RN icterico</u> fisiología de la ictericia. Ictericia fisiológica y factores agravantes. Influencia de la lactancia materna, peso y otros factores. Determinación de su magnitud, signos clínicos y diagnóstico adecuado. Análisis de laboratorio indispensables. Indicación de luminoterapia, exanguino-transfusión. Ictericas patológicas: análisis de las causas que justifiquen su derivación oportuna.</p> <p><u>RN de bajo peso.</u> Prematurez y bajo peso al nacer. Características del prematuro y del niño con retardo del crecimiento intrauterino. Complicaciones frecuentes: poliglobulia, hipoglucemia, hipocalcemia, alteraciones de la termorregulación, infecciones, etc. Vínculo temprano. Alimentación.</p> <p><u>Dificultad respiratoria del RN.</u> síndrome de dificultad respiratoria en el RN de término: signosintomatología y etiologías más frecuentes. Membrana hialina y otras causas menos frecuentes. Normas generales del tratamiento inicial en recién nacidos de término y prematuros.</p> <p><u>Infecciones prenatales.</u> Concepto de infecciones congénitas: características comunes y específicas de infecciones por rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis, chagas, sífilis y Sida. Concepto de infecciones adquiridas: sepsis bacteriana, signos y síntomas. Infección intrahospitalaria. Prevención. Concepto de vulnerabilidad del prematuro y de término.</p> <p><u>Traslado del RN de alto riesgo.</u> evaluación de las patologías que pueden atenderse en servicios de diferente complejidad. Decisión del momento más adecuado para el traslado y preparación del paciente. Requisitos mínimos de la unidad de transporte. Concepto de regionalización del cuidado perinatal y red de servicios.</p>
--	--

<u>MALTRATO INFANTIL. ACCIDENTES, INTOXICACIONES Y SALUD AMBIENTAL</u>	
<p>1. CONTENIDOS (nivel 3 a excepción de los detallados dentro del texto)</p>	<p>Maltrato: La desnutrición como forma de abandono o maltrato. Análisis multifactorial. Grupos y familias de riesgo. Prevención de carencias nutricionales específicas más frecuentes. Formas específicas de maltrato: físico, sexual y negligencia. Grupos y familias de riesgo. Características de la anamnesis. Signosintomatología de sospecha de maltrato. Exámenes complementarios que lo confirman, actitud legal y terapéutica inmediata. Equipo multidisciplinario, inter y transdisciplinario. Indicaciones y</p>

Anexos

	<p>contraindicaciones de la derivación a los especialistas. El médico como sostenedor del equipo profesional y su paciente. Centros de referencia. Accidentología: los accidentes reiterados como una particularidad de familias de alto riesgo. Epidemiología según etapa madurativa y clase social. Prevención según las etapas evolutivas y los diferentes ámbitos. Modelos activos y pasivos de prevención. Accidentes en el hogar, normas de prevención relacionadas con la construcción de viviendas, disyuntores, mobiliario infantil, etc. Accidentes de tránsito: características del accidente según el medio de transporte utilizado. Sistemas de prevención. educación vial y aspectos médicos legales. Intoxicaciones. el médico como inductor en el uso habitual de medicación. Medicación sintomática útil y riesgosa. Actitud preventiva ante la medicación casera y/o sintomática. cocimientos, emplastos e inhalantes. payco, anis estrellado, chamico y ruda. Pesquisa de intoxicaciones agudas y crónicas. Conductas: recontaminación gastrointestinal y de la piel. Soluciones "lavadoras". Antídotos. Intoxicación por alcohol metílico y etílico, monóxido de carbono, ácido salicílico, agentes metahemoglobinizantes, plaguicidas, metales pesados, hidrocarburos y cáusticos. Picaduras de insectos, escorpiones, víboras y arañas. Salud Ambiental. Efectos sobre los pacientes pediátricos y su familia de la contaminación del agua, aire o suelo.</p>
--	--

<u>PATOLOGIAS PREVALENTES</u>	
	PATOLOGIAS PREVALENTES
Nutricional	desnutrición parcial y mixta, déficit de vitaminas y minerales, raquitismo, anorexia, bulimia, obesidad.
Otorrinolaringológica	laringitis, cuerpo extraño, faringoamigdalitis, sinusitis, otitis, hipoacusias. Fisura palatina y labio leporino.
Odontológica	Caries, síndrome maloclusivo, traumatismos dentarios.
Gastroenterológica	diarrea aguda, enteritis, diarrea crónica, Parasitosis intestinal, dolor abdominal, vómitos, atresia esofágica, estenosis hipertrófica del píloro, atresia e imperforación anal, regurgitación y reflujo gastroesofágico, malrotaciones, Causas de constipación, dolor abdominal recidivante, dolor abdominal agudo,
Ginecológica	vulvovaginitis, adherencia de labios.
Cardiológica	insuficiencia cardíaca, soplos, arritmias, hipertensión arterial.
Neumonológica	neumonía no complicada, neumonía complicada, asma, bronquiolitis, bronquitis.
Infectológica	sepsis, meningitis, exatamáticas, TBC, hepatitis, Chagas, HIV, ETS.
Neurológica	síndromes convulsivos, traumatismos, cefalea, microcefalia, hidrocefalia, síndromes recurrentes.
Hematológica	anemia ferropénica, anemia no ferropénica, síndromes hemorragíparos.
Ortopédica	Traumas, fracturas, prono doloroso, luxación de cadera, pie plano. Patología articular (Sinovitis transitoria, Artritis séptica, Perthes)
Nefrológica	IRA, infección urinaria, síndrome nefrítico y nefrótico.

Anexos

Dermatológica	Dermatitis seborreica, dermatitis moniliásica, onixis- perionixis, prurigo, piodermitis, ectoparasitosis, micosis más frecuentes.
Médico-quirúrgica	Abdomen agudo, hernias, criptorquidia, fimosis, trauma, imperforación de himeneal ,testículo en ascensor.
Endocrinológica	diabetes, hipotiroidismo, hipertiroidismo, baja talla .
Hemato-oncológico	Diagnóstico precoz.
Desequilibrios del medio interno	Shock, hipo-hipernatremia, hipo-hiperkaliemia, hipo-hipercalcemia, alcalosis, acidosis, deshidratación.
Genética	Signos que justifiquen estudios diagnósticos, Down, Turner, Klinefelter 1), semiología de la enfermedad genética.
Oftalmológica	Ojo rojo, conjuntivitis, obstrucción lagrimal, glaucoma, estrabismo.
Salud ambiental	Intoxicación alimentaria, intoxicación por monóxido, intoxicación por plomo.

Anexos

Universidad Nacional de Córdoba

PROGRAMA DE LA MATERIA

DISEÑO CURRICULAR

El programa de la materia está siendo revisado por los docentes de la cátedra a fin de adaptarlo a la nueva currícula de Medicina. El que se presenta estará vigente hasta nueva resolución.

FUNDAMENTACIÓN:

Clínica Pediátrica es una materia que se dicta en el sexto año de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

El **objetivo** principal de la Cátedra es desarrollar en el alumno su capacidad analítica e investigadora para incorporar los conocimientos nuevos, correlacionarlos con los adquiridos a lo largo de su carrera y referirlos a los procesos de salud- enfermedad en la etapa de vida comprendida entre la concepción y la edad adulta.

La **metodología** a emplear se basa en una concepción constructivista del aprendizaje donde el conocimiento es una construcción propia del alumno tanto en los aspectos cognitivos como en los sociales y afectivos. Los criterios metodológicos básicos para lograr aprendizajes significativos dependerán de los conocimientos previos en los cuales se apoyarán los nuevos, fomentando la reflexión y la deducción de las conclusiones, a partir de la observación y confrontación de opiniones, propiciando la autoevaluación y la coevaluación a finevaluación y la coevaluación a fin de favorecer un juicio crítico. Se utilizan estrategias como la resolución de problemas trabajando en un ambiente de colaboración, fomentando el respeto al otro y repartiendo tareas y responsabilidades. Se propone un aprendizaje participativo con un protagonismo por parte del alumno en todos los procesos de enseñanza-aprendizaje, acabando con la educación de memoria, llenando recipientes con información fuera de contexto y vacía de significado. La educación participativa, reflexiva y liberadora promueve en los jóvenes su capacidad analítica e investigadora en un ambiente positivo y de creatividad, provocando una motivación interna, de conciencia y de compromiso social. El docente será un facilitador de todo este proceso.

El **principal objeto de estudio** es el niño que por definición es un ser en crecimiento y desarrollo. La correcta valoración de estos parámetros constituye un eje para la estimación de los procesos normales y patológicos, que a su vez están estrechamente ligados a los factores ambientales, aspectos sociales y culturales. Realizando un correcto seguimiento del crecimiento y desarrollo individual, y en grupos poblacionales tendremos no sólo un instrumento operacional, sino un procedimiento que define conductas, permitiendo finalmente diseñar, implementar, monitorear y evaluar el impacto de los programas de salud. El cuidado del niño y su bienestar es un derecho del mismo, como es una obligación por parte de su familia y de toda la sociedad velar por su salud, prevenirlo de las enfermedades, resolver los problemas que padeciere, rehabilitarlo y preservar su correcto desarrollo intelectual.

El alumno debe concientizarse que aquellas sociedades que se ocupen por conseguir una niñez sana gozarán en el futuro de un país grande y sólido.

Se desarrollan **temas troncales y temas transversales** basados en el perfil que se pretende del alumno, priorizando no sólo los conocimientos pediátricos puros sino teniendo en cuenta las necesidades sociales, culturales y ambientales del momento. La Pediatría no puede estudiarse como una Ciencia aislada del contexto socio-económico-cultural ya que la mayoría de las patologías van ligadas a estos factores, es por ello que los temas troncales deben estar trabajados conjuntamente

Anexos

con los temas transversales para tener un enfoque integral de la salud. Los temas transversales son: Crecimiento y Desarrollo, Alimentación, Nutrición y Desnutrición y todas las Medidas Preventivas de Promoción. Los docentes al comprometerse con la transversalidad deben revisar sus propios valores y actitudes, asumiendo que ellos también están comprometidos en los procesos de cambio, adaptándose en forma permanente a las necesidades del momento y sin olvidar de trabajar con conceptos claros y comprobados científicamente.

OBJETIVOS

- * Integrar y correlacionar los conocimientos previos con los nuevos pertinentes a Pediatría.
- * Adquirir los conocimientos propios de la Clínica Pediátrica.
- * Interpretar los procesos dinámicos del crecimiento y desarrollo del niño.
- * Privilegiar las conductas preventivas en la infancia.
- * Reconocer e interpretar los procesos de salud- enfermedad.
- * Interpretar los distintos estudios complementarios utilizados en la práctica pediátrica.
- * Aprender a relacionarse con el paciente, su madre y su entorno.
- * Ejercitar la capacidad de observación y razonamiento objetivos.
- * Desarrollar una actitud ética y respetuosa en todos sus actos.
- * Participar activamente durante sus actividades.
- * Respetar a sus pares sabiendo trabajar en equipo, escuchando a los demás, aprovechando de los disensos y compartiendo los resultados.

CONTENIDOS

Los temas a desarrollar se han seleccionado con un criterio biológico universal y adaptado a la realidad socio-económica y cultural de nuestro medio. Todo médico por el sólo hecho de serlo será requerido para atender un niño, sin ser consultado sobre sus destrezas personales, por ende, es imprescindible su preparación básica para cumplir con idoneidad. Los temas se agrupan en cuatro módulos, acorde a las distintas etapas de vida, ya que en cada una de ellas se presentan problemáticas específicas. En lo procedimental los contenidos actitudinales serán de corte transversal para todos los temas

PROGRAMA DE CLÍNICA PEDIÁTRICA

Módulo I.- PERINATOLOGÍA:

- 1.- Conceptos. Límites y perspectivas. Detección antedata de desórdenes cromosómicos genéticos y malformativos.
- 2.- Condiciones perinatales que impactan sobre la morbimortalidad del neonato. Enfoque de riesgo perinatal. Prevención de prematurez.
- 3.- Monitoreo fetal intra-parto. Trabajo conjunto del obstetra y del neonatólogo. Hiporexia perinatal. Encefalopatía hipóxico - isquémica.
- 4.- Recepción. Reanimación del recién nacido. Recién nacido normal. Recién nacido con alteraciones en su crecimiento y maduración. Trabajo conjunto acerca del rol que le compete al obstetra, perinatólogo y familia (madre - padre - hijo).
- 5.- Atención de enfermería al recién nacido en cuna o incubadora. Control de peso y temperatura. Observaciones. Registros e informes de enfermería.
- 6.- El pulmón del recién nacido. Anatomía. Fisiología. Patología pulmonar terapéutica.
- 7.- Problemas cardiovasculares del recién nacido. Principales cardiopatías congénitas a tener en cuenta en el período neonatal. Insuficiencia cardíaca. Terapéutica.
- 8.- Trastornos hematológicos. Síndrome icterico. Síndrome anémico. Síndrome hemorrágico. Policitemia. Alteraciones congénitas y adquiridas de los elementos y formas de la sangre. Terapia transfusional.
- 9.- Trastornos metabólicos y del medio interno. Glucosa, calcio, iones orgánicos, agua. Patología del

Anexos

agua y electrolitos y estado ácido - base.

10.- Perfil inmunológico del neonato. Infecciones neonatales. Específicos: Lúes, Chagas, Toxoplasmosis, Citomegalovirus. Infecciones por virus del herpes y otros virus. TBC, Sepsis neonatal, uso de antibióticos en el recién nacido.

11.- Problemas quirúrgicos en el periodo neonatal. Su diagnóstico y tratamiento. Ortopedia neonatal . Trastornos congénitos y adquiridos.

12.- Diagnóstico por imágenes en el recién nacido.

Módulo II- PERIODO DE LACTANTE

13.- Crecimiento y desarrollo. Percentilos. Confección de tablas. Características y alteraciones. Evolución psicomotriz.

14.- Inmunidad: natural y adquirida. Humoral, celular, patológica. Vacunas. Esquemas de vacunación.

15.- **Nutrición**: bases fisiológicas de la alimentación del lactante. Procesos digestivos absorbivos. Requerimientos nutricionales. Alimentación natural. Composición, valor energético y nutricional de los alimentos. Confección de dietas.

16.- **Desnutrición**: etiología, clasificaciones, clínica. **Desnutrición** calórico - proteica. Alteraciones bioquímicas y humorales. Repercusión sobre el crecimiento y desarrollo neuropsíquico. La desnutrición y su implicancia social. Tratamiento. Niveles de prevención.

17.- Raquitismo: Etiología. Fisiopatogenia. Clínica. Modificaciones químicas y radiológicas. Tratamiento y profilaxis.

18.- Anemias carenciales: anemias por déficit de hierro, déficit de ácido fólico y vitamina B12. Orientación y profilaxis.

19.- Diarreas agudas del lactante: Clasificación. Diagnóstico clínico y de laboratorio. Tratamiento dietético y profilaxis. Medicamentos.

20.- Deshidratación aguda: diagnóstico de grado. Diagnóstico de tipo osmolar. Fisiopatogenia. Shock hipovolémico. Fisiopatología del Potasio. Desequilibrio ácido-base. El riñón en la deshidratación aguda. Tratamiento de los distintos tipos y grados de la deshidratación.

21.- Patología del aparato respiratorio: patología respiratoria alta: rinitis, otitis, sinusitis, adenoiditis. Mecanismo defensivo del aparato respiratorio. Síndrome bronquiolar y síndrome bronconeumónico. Epidemiología. Etiología. Fisiopatología. Clínica. Métodos de diagnóstico. Alteraciones del medio interno. Tratamiento y prevención.

22.- Cardiología: semiología cardiovascular. Diagnóstico de cardiopatía. Cardiopatías congénitas. Clínica. Métodos de diagnóstico. Tratamiento. Cardiopatías adquiridas. Chagas. Sépticas. Víricas, etc. Cardiopatías metabólicas y por fallas enzimáticas.

23.- Nefrología pediátrica. Orientación diagnóstica frente a un presunto nefrópata. Anatomía y fisiología renal. Pruebas funcionales. Infección urinaria. Insuficiencia renal aguda. Síndrome Urémico Hemolítico. Tubulopatías.

24.- Hipotiroidismo: clínica, diagnóstico, tratamiento. Patologías de las suprarrenales.

25.- Infectología: meningitis bacterianas y víricas. Encefalitis. Clínica, diagnóstico y tratamiento. Niveles de prevención, sepsis, shock séptico. Coagulación intravascular diseminada. Tratamiento.

Módulo III.- PRIMERA Y SEGUNDA INFANCIA.

26.- **Nutrición**: bases fisiológicas de la alimentación del niño. Requerimientos **nutricionales**. Composición, valor energético y **nutricional** de los alimentos: confección de dietas. Valoración del estado nutricional. **Desnutrición**. Clasificación.

27.- Diarreas crónicas. Síndrome de malabsorción. Énfasis de Enfermedad Celíaca, fibroquística del páncreas y déficit secundario de enzimas intestinales. Diagnóstico y tratamiento.

28.- Patología del aparato respiratorio: mecanismos defensivos. Neumonía: etiología, clínica, tratamiento. Bronconeumonía: etiología, clínica, tratamiento. Quistes congénitos: etiología, clínica, tratamiento. Hidatidosis pulmonar: etiología, clínica y tratamiento.

29.- TBC: etiología, alergia e inmunidad. TBC pulmonar. TBC meníngea. Diagnóstico clínico y de

Anexos

laboratorio. Tratamiento y profilaxis.

30.- Infectología: relación huésped- organismo- ambiente. Principales afecciones bacterianas, víricas, parasitarias y micóticas de esta etapa de crecimiento y desarrollo.

31.- Enfermedades exantemáticas: epidemiología, diagnóstico, tratamiento, complicaciones.

32.- Hematología pediátrica: hemograma normal. Orientación diagnóstica en hematología. Anemias carenciales. Púrpuras. Leucosis. Linfomas malignos. Diagnóstico clínico y de laboratorio.

Tratamiento.

34.- Cardiología: semiología y elementos del diagnóstico. Fiebre reumática, clínica, diagnóstico, tratamiento. Enfermedad de Chagas. Epidemiología, clínica, diagnóstico y tratamiento. Prevención. Miocarditis bacteriana y tóxica.

Módulo IV.- ADOLESCENCIA

35.- Introducción. Definición. Generalidades. El cuidado de la salud de los adolescentes: necesidades de los adolescentes. El Equipo de Salud en la atención del adolescente. El médico escolar. Salud escolar. Cotidaneidad en el consultorio adolescente.

36.- Crecimiento y desarrollo normal en la adolescencia: factores que influyen en el crecimiento y el desarrollo. Aceleración en el crecimiento adolescente. Cambios de la estructura y de la composición corporal. Maduración sexual, iniciación de la pubertad. Edad ósea. Predicción de la estatura adulta. Tendencia secular. Técnicas biométricas. Pubertad masculina: pubertad masculina normal, pubertad retrasada. Pubertad precoz. Eyaculación precoz. Impotencia. Andrología. Pubertad femenina normal: pubertad retrasada, pubertad precoz.

37.- Abordaje del paciente adolescente. La entrevista. El examen clínico. El pediatra y su relación con la familia. La entrevista: motivo real de consulta. Privacidad de la consulta. Límites de confidencialidad. Entrevista con los padres. Examen clínico: control de crecimiento y desarrollo. Antropometría (manejo de tablas). Grados de maduración sexual. Estados de **nutrición**. Examen físico. Desarrollo psicológico.

El pediatra y su relación con la familia: primera parte de la adolescencia, adolescencia media y final de la misma. Semiología de la familia: la familia como matriz del individuo y célula de la sociedad.

38.- Retraso de crecimiento: Clasificación. Variantes de la normalidad (niño normal con talla baja y / o alta). Hipocrecimientos de origen endócrino (enanismos hipofisarios, hipotiroideos por alteración en la secreción de hormonas sexuales). Hipocrecimientos secundarios prenatales y posnatales. Tratamiento de los retrasos del crecimiento: normas generales, psicológicas, específicas.

39.- Morbilidad en la adolescencia: Enfermedades más comunes que afectan al adolescente. Colagenopatías. Enfermedades infecciosas: hepatitis, enfermedades de transmisión sexual (ETS), SIDA. El adolescente con riesgos de padecer enfermedades cardiovasculares en la vida adulta (coronariopatías, hipertensión). Hipercolesterolemia. Ejercicios físicos y lípidos. Dermatología en la adolescencia (acné, etc.). Asma bronquial. Problemas ortopédicos más comunes. Disendocrinias: diabetes juvenil.

40.- Psicología del adolescente: aspectos generales. Sexualidad. El adolescente con riesgo de enfermar. Factores de riesgo. Orientación vocacional. La sociedad de adultos y el adolescente. El grupo de pares y su función.

Psicopatología: Síntomas de conversión. Depresión y suicidio en la adolescencia. Agresión. El adolescente psicópata. Abuso de sustancias: alcoholismo, tabaquismo, drogadicción.

41.- Fisiología de la reproducción: Cronología de la función reproductiva. Mecanismo de acción hormonal. Fisiología del aparato reproductor femenino: ciclo menstrual. Control de la ovogénesis. Diferenciación y determinación sexual. Lactación. Fisiología del aparato reproductor masculino. Control de espermatogénesis. Migración y capacitación espermática. Fertilización. Avances actuales en la reproducción humana. Modificadores de la fertilidad.

42.- Ginecología del adolescente: Trastornos ginecológicos más frecuentes: vulvovaginitis, dismenorreas, amenorreas y otras patologías. Alteraciones del ciclo menstrual. Trastornos endócrinos más frecuentes en la consulta ginecológica. Patología mamaria.

La adolescente embarazada. Parto en la adolescencia. Anticoncepción. Aborto.

Anexos

43.- Medicina del deporte: Aspectos generales. Definición. Deporte y adolescencia: necesidades y controles específicos. Somatotipo y composición corporal. Orientación deportiva. Tiempo libre y recreación. Accidentología en el deporte: lesiones más comunes: traumatismos, fracturas, luxaciones, etc. Atención inmediata y derivación. Tratamiento específico. Prevención de las lesiones en el deporte.

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)

Signos generales de peligro

Infecciones respiratorias agudas

Diarrea aguda (deshidratación, Terapia de rehidratación Oral)

Niño con fiebre

Niño con problemas de oído

Niño con problemas de garganta

Control de crecimiento y Desarrollo (Alimentación, desnutrición).

Inmunizaciones.

Otros problemas.

Anexos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS
CATEDRA DE PEDIATRÍA
AÑO 2007**

UNIDADES TEMATICAS.

UNIDAD TEMÁTICA N° 1

MARCO REFERENCIAL. GENERALIDADES

- Historia clínica
- Exploración física
- Proceso diagnóstico
- Atención primaria
- Mortalidad infantil
- Vacunas

UNIDAD TEMÁTICA N°2

PEDIATRÍA DEL DESARROLLO

- Crecimiento y desarrollo
- Talla alta y talla baja
- Desarrollo neurológico
- Lenguaje
- Desarrollo psicológico. Conducta normal

UNIDAD TEMÁTICA N° 3

NUTRICION Y SUS TRASTORNOS

- Alimentación del niño normal
- Desnutrición
- Hipovitaminosis
- Anemia ferropriva
- Obesidad. Anorexia

UNIDAD TEMÁTICA N° 4

MEDIO INTERNO

- Deshidratación
- Edemas

Anexos

- Fisiología, semiología del medio interno

UNIDAD TEMÁTICA N° 5

HERENCIA

- Errores congénito del metabolismo
- Down, Turner, Klinefelter
- Arbol genealógico

UNIDAD TEMÁTICA N° 6

NEONATOLIGÍA FISIOLOGÍA Y SEMIOLOGÍA

- Recién nacido normal
- Recién nacido de alto riesgo
- Dificultad respiratoria
- Recién nacido de bajo peso. Prematurez
- Asfixia. Reanimación. Traumatismo obstétrico
- Ictericia neonatal
- Enfermedad hemorrágica
- Infecciones congénitas
- Sepsis neonatal
- Alteraciones del Calcio, Glucosa y pH
- Fiebre

UNIDAD TEMÁTICA N° 7

REUMATOLOGÍA

- Fiebre reumática
- Artritis reumatoidea
- L.E.S.
- Púrpura anafilactoidea

UNIDAD TEMATICA N° 8

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

- Meningoencefalitis
- Tuberculosis

Anexos

- HIV / SIDA
- Enteroparasitosis
- Síndrome febril prolongado
- Adenomegalias

UNIDAD N° 9

APARATO RESPIRATORIO FISIOLOGÍA Y SEMIOLOGÍA

- Rinitis. Sinusitis
- Faringo amigdalitis
- Laringitis
- Traqueobronquitis
- Bronquiolitis
- Neumonías
- Supuración pleuropulmonar
- Asma
- Enfermedad fibroquística
- Otitis . Adenoiditis

UNIDAD TEMÁTICA N° 10

APARATO CARDIO VASCULAR. FISIOLOGÍA Y SEMIOLOGÍA

- Cianosis
- Miocarditis. Endocarditis
- Pericarditis
- Cardiopatías congénitas
- Insuficiencia cardíaca
- Hipertensión arterial

UNIDAD TEMÁTICA N° 11

APARATO DIGESTIVO. FISIOLOGÍA Y SEMIOLOGÍA

- Vómitos. Reflujo gastroesofágico
- Diarrea aguda
- Diarrea crónica
- Constipación
- Hemorragia digestiva
- Ictericia
- Hepatomegalia

Anexos

UNIDAD TEMÁTICA N° 12 RIÑÓN Y TRACTO URINARIO. FISIOLOGÍA Y SEMIOLOGÍA.

- Enuresis
- Infección urinaria
- Síndrome nefrítico
- Síndrome nefrótico
- Síndrome urémico-hemolítico
- Insuficiencia renal aguda y crónica
- Uropatías
- Edemas. Hipertensión arterial
- Hematuria
- Fimosis
- Varicocele

UNIDAD TEMÁTICA N° 13 ADOLESCENCIA. GINECOLOGÍA

- Fisiología
- Factores de riesgo
- Motivos de consulta
- Abuso de drogas
- Trastornos menstruales
- Vulvovaginitis

UNIDAD TEMÁTICA N° 14 ENDOCRINOLOGÍA

- Hipotiroidismo. Hiperplasia suprarrenal
- Diabetes mellitus e insípida
- Pubertad precoz y retrasada
- Testículo no descendido

UNIDAD TEMÁTICA N° 15 HEMOPATÍAS

- Anemias
- Púrpuras

Anexos

- Síndromes hemorrágicos
- Palidez Esplenomegalia

UNIDAD TEMÁTICA N° 16 NEOPLASIAS TUMORES

- Leucemias
- Linfomas
- Neuroblastoma. Wilms
- Tumores endocraneanos
- Tumores abdominales

UNIDAD TEMÁTICA N° 17 SISTEMA NERVIOSO

- Epilepsia. Convulsión febril
- West
- Hidrocefalia. Espina bífida
- Cefaleas
- Hipotonía e hipertonía muscular

UNIDAD TEMÁTICA N° 18 PSICOLOGÍA

- Psicopatología
- Lenguaje
- Aprendizaje
- Trastornos de la conducta

UNIDAD TEMÁTICA N° 19 CIRUGÍA

- Malformaciones digestivas
- Hipertrofia de píloro
- Invaginación. Meckel . Megacolon. Hernias
- Apendicitis. Abdomen agudo
- Torsión testicular
- Fisura palatina

UNIDAD TEMÁTICA N° 20 ORTOPEDIA

- Displasia de cadera
- Sinovitis de cadera. Perthes

Anexos

- Pronación dolorosa
- Cifosis, lordosis, escoliosis
- Artritis: Osteoartritis
- Tumores
- Osteopatías sistémicas

UNIDAD TEMÁTICA N° 21 INTOXICACIONES, ACCIDENTES Y MALTRATO

- Intoxicaciones más frecuentes
- Infusiones folklóricas
- Medicamentos
- Monóxido de carbono
- Raticidas
- Botulismo
- Prevención de accidentes
- Politrauma
- Maltrato por acción y/o negligencia
- Muerte súbita.
- Reanimación

UNIDAD TEMATICA N° 22 OFTALMOPEDITRÍA

- Conjuntivitis. Obstrucción lagrimal
- Estrabismo
- Glaucoma
- Cataratas
- Retinopatía del prematuro
- Retinoblastoma

UNIDAD TEMATICA N° 23 DERMATOLOGÍA

- Dermatitis del pañal
- Dermatitis seborreica
- Micosis. Parasitosis
- Miliaria
- Vesículas. Ampollas

Anexos

UNIDAD TEMÁTICA N°24 DOLORES

- Cefaleas
- Dolor abdominal recurrente
- Astralgias
- Medicación sintomática

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS
CATEDRA DE PEDIATRIA
AÑO 2007**

UNIDADES TEMATICAS.

UNIDAD TEMATICA N° 1

MARCO REFERENCIAL. GENERALIDADES

- Historia clínica
- Exploración física
- Proceso diagnóstico
- Atención primaria
- Mortalidad infantil
- Vacunas

UNIDAD TEMÁTICA N°2

PEDIATRÍA DEL DESARROLLO

- Crecimiento y desarrollo
- Talla alta y talla baja
- Desarrollo neurológico
- Lenguaje
- Desarrollo psicológico. Conducta normal

UNIDAD TEMÁTICA N° 3

NUTRICION Y SUS TRASTORNOS

- Alimentación del niño normal
- Desnutrición
- Hipovitaminosis
- Anemia ferropriva
- Obesidad. Anorexia

UNIDAD TEMÁTICA N° 4

MEDIO INTERNO

- Deshidratación
- Edemas

Anexos

- Fisiología, semiología del medio interno

UNIDAD TEMÁTICA N° 5

HERENCIA

- Errores congénito del metabolismo
- Down, Turner, Klinefelter
- Arbol genealógico

UNIDAD TEMÁTICA N° 6

NEONATOLIGÍA FISIOLÓGÍA Y SEMIOLOGÍA

- Recién nacido normal
- Recién nacido de alto riesgo
- Dificultad respiratoria
- Recién nacido de bajo peso. Prematurez
- Asfixia. Reanimación. Traumatismo obstétrico
- Ictericia neonatal
- Enfermedad hemorrágica
- Infecciones congénitas
- Sepsis neonatal
- Alteraciones del Calcio, Glucosa y pH
- Fiebre

UNIDAD TEMÁTICA N° 7

REUMATOLOGÍA

- Fiebre reumática
- Artritis reumatoidea
- L.E.S.
- Púrpura anafilactoidea

UNIDAD TEMATICA N° 8

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

- Meningoencefalitis
- Tuberculosis

Anexos

- HIV / SIDA
- Enteroparasitosis
- Síndrome febril prolongado
- Adenomegalias

UNIDAD N° 9

APARATO RESPIRATORIO FISIOLOGÍA Y SEMIOLOGÍA

- Rinitis. Sinusitis
- Faringo amigdalitis
- Laringitis
- Traqueobronquitis
- Bronquiolitis
- Neumonías
- Supuración pleuropulmonar
- Asma
- Enfermedad fibroquística
- Otitis . Adenoiditis

UNIDAD TEMÁTICA N° 10

APARATO CARDIO VASCULAR. FISIOLOGÍA Y SEMIOLOGÍA

- Cianosis
- Miocarditis. Endocarditis
- Pericarditis
- Cardiopatías congénitas
- Insuficiencia cardíaca
- Hipertensión arterial

UNIDAD TEMÁTICA N° 11

APARATO DIGESTIVO. FISIOLOGÍA Y SEMIOLOGÍA

- Vómitos. Reflujo gastroesofágico
- Diarrea aguda
- Diarrea crónica
- Constipación
- Hemorragia digestiva
- Ictericia
- Hepatomegalia

Anexos

UNIDAD TEMÁTICA N° 12 RIÑÓN Y TRACTO URINARIO. FISIOLOGÍA Y SEMIOLOGÍA.

- Enuresis
- Infección urinaria
- Síndrome nefrítico
- Síndrome nefrótico
- Síndrome urémico-hemolítico
- Insuficiencia renal aguda y crónica
- Uropatías
- Edemas. Hipertensión arterial
- Hematuria
- Fimosis
- Varicocele

UNIDAD TEMÁTICA N° 13 ADOLESCENCIA. GINECOLOGÍA

- Fisiología
- Factores de riesgo
- Motivos de consulta
- Abuso de drogas
- Trastornos menstruales
- Vulvovaginitis

UNIDAD TEMÁTICA N° 14 ENDOCRINOLOGÍA

- Hipotiroidismo. Hiperplasia suprarrenal
- Diabetes mellitus e insípida
- Pubertad precoz y retrasada
- Testículo no descendido

UNIDAD TEMÁTICA N° 15 HEMOPATÍAS

- Anemias
- Púrpuras

Anexos

- Síndromes hemorrágicos
- Palidez Esplenomegalia

UNIDAD TEMÁTICA N° 16 NEOPLASIAS TUMORES

- Leucemias
- Linfomas
- Neuroblastoma. Wilms
- Tumores endocraneanos
- Tumores abdominales

UNIDAD TEMÁTICA N° 17 SISTEMA NERVIOSO

- Epilepsia. Convulsión febril
- West
- Hidrocefalia. Espina bífida
- Cefaleas
- Hipotonía e hipertonia muscular

UNIDAD TEMÁTICA N° 18 PSICOLOGÍA

- Psicopatología
- Lenguaje
- Aprendizaje
- Trastornos de la conducta

UNIDAD TEMÁTICA N° 19 CIRUGÍA

- Malformaciones digestivas
- Hipertrofia de píloro
- Invaginación. Meckel . Megacolon. Hernias
- Apendicitis. Abdomen agudo
- Torsión testicular
- Fisura palatina

UNIDAD TEMÁTICA N° 20 ORTOPEDIA

- Displasia de cadera
- Sinovitis de cadera. Perthes

Anexos

- Pronación dolorosa
- Cifosis, lordosis, escoliosis
- Artritis: Osteoartritis
- Tumores
- Osteopatías sistémicas

UNIDAD TEMÁTICA N° 21 INTOXICACIONES, ACCIDENTES Y MALTRATO

- Intoxicaciones más frecuentes
- Infusiones folklóricas
- Medicamentos
- Monóxido de carbono
- Raticidas
- Botulismo
- Prevención de accidentes
- Politrauma
- Maltrato por acción y/o negligencia
- Muerte súbita.
- Reanimación

UNIDAD TEMATICA N° 22 OFTALMOPEDITRÍA

- Conjuntivitis. Obstrucción lagrimal
- Estrabismo
- Glaucoma
- Cataratas
- Retinopatía del prematuro
- Retinoblastoma

UNIDAD TEMATICA N° 23 DERMATOLOGÍA

- Dermatitis del pañal
- Dermatitis seborreica
- Micosis. Parasitosis
- Miliaria
- Vesículas. Ampollas

Anexos

UNIDAD TEMÁTICA N°24 DOLORES

- Cefaleas
- Dolor abdominal recurrente
- Astralgias
- Medicación sintomática

PROGRAMA DE CONTENIDOS DE MEDICINA INFANTO JUVENIL

Eje 1: Introdutorio a la pediatría	1	2	3
Información general sobre las etapas de la pediatría. Relación Médico familia. Entrevista pediátrica. Historia clínica . Enfoque amplio de la pediatría.			x
Factores de riesgo-condiciones de salud del niño y del adolescente del NOA. NBI. Promoción y protección de la salud materna y de los niños	x		
Indicadores de salud .Prevención de enfermedades primaria, secundaria, y terciaria en Pediatría			x
Crecimiento y desarrollo normal físico, neurológico y psicológico.	x	x	x
Bases anatómicas, histológicas y fisiológicas.		x	x
Ser humano sano. Indicadores de salud. Indicadores. Factores determinantes. Dificultades en la adquisición de logros. Variaciones normales del crecimiento y desarrollo. Adaptación al medio.			
Crisis evolutivas normales y patológicas.			
Familia. Vínculos sociales y familiares. Conformación de la pareja parental. Familia uniparental. Maternalización. Paternalización. . Categorías de riesgo. Alto riesgo de familia físico y social. Indicadores. Resolución de la demanda. Individualización. Humanización. Influencia de la familia en el armado del psiquismo. La familia como causa de regresión normal y patológica.	x		
	x		
	x		
Ecosistema. Sociedad y cultura Población urbana y rural.	x		
Vacunación . Bases inmunológicas. Tipos de vacunas.			x

Eje 2: Etapa Perinatal	1	2	3
Etapa Prenatal-Crecimiento y desarrollo fetal-Tasas de Morbimortalidad . Factores de riesgo del embarazo que inciden en el niño. Vacunación y dieta de la embarazada. Diagnóstico prenatal. Controles ecográficos. Pesquisa de enfermedades infecciosas. Vínculo temprano madre / hijo.		x	
Recepción del Recién Nacido Normal Examen clínico Cambios adaptativos al nacer. Historia clínica perinatal. Valoración del Apgar y de maduración.. Edad gestacional. Screening de malformaciones . nutrición			x
Seguimiento del Recién Nacido Internación conjunta Establecimiento del vínculo madre-hijo. Lactancia Materna. Puericultura. Signos de transición y de alarma. Conductas normales del RN. Inmunización . Crecimiento y desarrollo			x
			x
Importancia de la lactancia materna en el vínculo y prevención de enfermedades.			x
Encefalopatía hipóxica. Asfixia.	x	x	x
Diagnóstico diferencial de dificultad respiratoria del RN. Patología respiratoria.Cuidados especiales.Score Silverman.RN de riesgo. Signos de alarma perinatal. Reanimación del Recién Nacido deprimido.			
Pesquisa prenatal precoz.			
Sepsis Neonatal. Storchs. Ictericias Neonatales. Diagnostico Diferencial Variaciones fisiológicas y alteraciones hematológicas neonatales. Anemia.Policitemia	x	x	x
Recién Nacido pretérmino. Recién Nacido de bajo peso.	x		
Hemorragia cerebral en recién nacido de pretérmino.Anemia del recién nacido pre térmico del RNP. Osteopenia. Displasia broncopulmonar. Retinopatía	x		
Malformaciones congénitas .Atresia de esófago. Imperforación anal. Hernias. Criptorquidea. Fimosis. Epi-hipospadias. Hidronefrosis congénita. Adherencia de labios menores. Síndrome pilórico.	x		
Alteraciones del tubo neural. Hidrocefalia. Microcefalia. Mielomeningocele.	x		
Alteraciones metabólicas. Fenilcetonuria. Hipotiroidismo congénita. Hiperplasia suprarrenal. Pesquisa neonatal.	x		
Abordaje de familia con hijo con patología			
Luxación congénita de cadera y malformaciones traumatológicas más frecuentes. Parálisis braquial.		x	
Atresias de coanas. Estridor congénito .	x	x	
Hipoacusia. Detección precoz.			
Signos físicos que justifican estudio genetico. Sospecha clínica de metabopatías. Hijo de madre diabética, y de adicta. Riesgo de la HTA.	x		
Maduración visual del RN.	x		x
	x		

Anexos

Conjuntivitis.			
Cataratas congénitas. Obstrucción del lagrimal. Glaucoma.			
Características semiológicas normales de la piel del RN. Dermatitis seborreica. Milium. Variaciones mas frecuentes de la piel del RN.			x
Ímperforación anal. Necrosis intestinal. Síndrome pilórico	x		
Bioética. Límites para la reanimación. Aborto. Eutanasia. Clonación. Determinación del sexo. Información a los padres. Asistencia a la familia.	x		

Eje 3. Etapa de lactante	1	2	3
Crecimiento y desarrollo normal. Vigilancia del crecimiento y desarrollo. Historia Clínica Pediátrica y uso de Tablas Gráficas de crecimiento. Constantes biológicas, valores normales de laboratorio Variaciones individuales. Logros evolutivos de la etapa. Adaptación al medio.			x
Tasas de Morbimortalidad. Educación para la salud. Acciones de salud en esta etapa. Promoción comunitaria.		x	
Ímportancia de la familia y el medioambiente. Ecología del Lactante.		x	
Crisis evolutivas normales		x	x
Crisis evolutivas patológicas		x	
Vínculos familiares y sociales. Familia ampliada. Efecto del lactante en el hermano. Ausencias prolongadas.			
Lactancia materna. Destete. Tipos de leche. Diluciones. Diferencia con la LM. Alimentación complementaria a la lactancia materna. Porque y cuando.			x
Inmunizaciones y desarrollo inmunológico. Calendario.			x
Prevención de enfermedades , accidentes e intoxicaciones.			x
Infecciones respiratorias altas. Faringitis. Otitis. Laringitis. Adenoiditis. Rinitis.			x
Infecciones respiratorias bajas . Bronquiolitis, neumonía, neumonitis.			x
Estrabismo.	x		
Sobreadaptación .Maltrato. Violencia familiar.		x	
Diarrea aguda . Deshidratación. Hidratación oral y EV. Shock.			x
Alteraciones metabólicas : acidosis, hiper e hiponatremia. Hiper e hipokalemia. Invaginación intestinal.		x	
		x	
Diarrea crónica. Enteropatía ambiental. Enfermedad celíaca		x	
Reflujo gastroesofágico. Hernias. Síndrome pilórico.		x	
Cardiopatías congénitas		x	
Insuficiencia cardíaca.		x	
Desnutrición proteico energética y calórico-proteica y mixta.			x
Anemias ferropénicas y otras.		x	x
Infección urinaria. Síndrome Urémico ♦ Hemolítico.		x	
Síndromes hemorragíparos			
Síndrome febril. Con y sin foco		x	x
Fiebre de origen desconocido			
Dermatitis seborreica. Eczema del lactante. Dermatitis del pañal.			x
Convulsiones febriles. Síndrome meníngeo.		x	x
Síndrome de West. Lactante hipotónico. Parálisis cerebral.			
Sepsis , meningitis.		x	
Maltrato infantil. Síndrome de Munchausen.		x	
Prevención de desnutrición, diarreas, infecciones respiratorias . Acciones de salud			x

Eje 4: ♦Etapa Preescolar y Escolar♦:	1	2	3
Conocimiento del niño normal. Crecimiento y Desarrollo normal. Periodicidad de control. Alteraciones del Crecimiento. Control de esfínteres. Condiciones de ingreso a la escolaridad normal Ingreso al jardín. Juegos. Tiempo libre.			x
Morbimortalidad más frecuentes.			x
			x
			x
Medidas preventivas: Nutrición. Tipo de leche , alimentación normal. Vitaminas ,minerales. Requerimientos calóricos Inmunizaciones.			x
Prevención de accidentes. Intoxicaciones y venenos. Acciones			x
Prevención de caries y maloclusión. Técnicas de higiene.	x		x

Anexos

Flúor. Sellado.	x		
Caries. Ortopedia y ortodoncia maxilar			
Neumonía Unifocal y Multifocal. Supuraciones Pleuropulmonares. Bronquitis Obstructivas recidivantes. Semiología del Síndrome de Incapacidad Ventilatoria. Asma agudo. TBC		x	x
Asma crónico.			x
Aparato Digestivo: Diarreas agudas y crónicas. Dolor Abdominal recurrente. Síndrome de Abdomen agudo. Parasitosis intestinales. Anorexia. Obesidad. Raquitismo. Desnutrición			x
Piodermítis. Impétigo. Escabiosis. Pediculosis.		x	x
Onixis y perionixis .			
Fractura. Trauma. Luxaciones		x	
Pesquisa de alteraciones de los órganos de los sentidos y su influencia en el proceso de aprendizaje. Trastornos de la visión. Trastornos del lenguaje. Trastornos de la audición.		x	
Abuso y maltrato.	x	x	
Crisis familiares normales. Muerte en familia nuclear. Secretos. Migraciones. Transculturación. Muerte en familia ampliada. Separaciones.	x	x	
Crisis familiares evolutivas patológicas	x		
Síndromes recurrenciales: cefaleas, dolor abdominal recurrente			
Pubertad Precoz. Criptorquidea. Diabetes. Hipotiroidismo adquirido.		x	
Enfermedades Neurológicas. Epilepsias parciales y generalizadas. Déficit de atención con hiperquinesia. Cefalea y tumores cerebrales.	x	x	
TEC			
Hepatitis. Enfermedades exantemáticas.			x
Síndrome Nefrótico	x	x	x
Nefrítico.			
Enuresis.			
Anemias.	x	x	x
Síndrome Purpúrico. Síndromes hemorragiparos.			
Leucemias. Linfomas.			
Raquitismo. Desnutrición		x	x
Anorexia. Obesidad			

Eje 5: Etapa ϕ Adolescencia	1	2	3
El adolescente en la Argentina y en el NOA. Aspectos demográficos. Sanitarios y sociales.	x		
Crecimiento y desarrollo físico y psíquico del adolescente. Valoración del crecimiento. Cambios fisiológicos. Semiología (pubertad femenina y masculina).	x		x
Desarrollo psicológico del adolescente. Sexualidad en la adolescencia (reproducción y anticoncepción).			
El adolescente y el deporte: el tiempo libre.		x	
Alteraciones del crecimiento y desarrollo. Baja talla.		x	
Obesidad		x	
Patologías genitourinarias y ginecológicas. Ginecomastia. Hipospadias. Varicocele. Embarazo precoz. Vulvovaginitis. Alteraciones menstruales.		x	
Patologías endocrinológicas. Diabetes juvenil.		x	

Anexos

Accidentes en la adolescencia. Prevención.		x	x
Prevención. Grupos de riesgo en los adolescentes: Violencia. Suicidio ¹ .		x	x
Maltrato. Drogadicción: tabaquismo. Alcoholismo. Uso indebido de drogas.			
Promiscuidad. Marginalidad Enfermedades de transmisión sexual: Sífilis y SIDA			
Promoción de la salud en la adolescencia.			

**Referencias para leer el Programa Integrado de Medicina Infante Juvenil. FM. UNT.
Tomado del PIP(Programa Integrado de pediatría).
COEME (comité de enseñanza de pediatría). SAP (Sociedad Argentina de pediatría)**

Niveles de aprendizaje pretendidos . El alumno será capaz de:

Nivel 1
<ul style="list-style-type: none"> ● Reconocer el tema, el punto o tópico que se menciona en el programa y con ayuda bibliográfica lo vincula, integra o asocia con todos los otros puntos del programa que correspondan al paciente o al problema planteado. ● Realizar los comentarios atinados que correspondan. ● Reconocer y ubicar el cuadro clínico con ayuda bibliográfica y/o interconsultas. ● Identificar señales de alarma. ● Construir hipótesis adecuadas integrando y jerarquizando hechos de la realidad y el entorno mediante la anamnesis el interrogatorio y el examen físico. ● Proponer estrategias de prevención. Proponer la derivación en el momento oportuno.
Nivel 2
<ul style="list-style-type: none"> ● Además de llevar a cabo todos los aspectos solicitados en el nivel 1: Proponer por sí mismo hipótesis diagnósticas, seleccionar la más probable y refutar las demás. ● Proponer al docente estudios complementarios para corroborar su hipótesis más probable. Llevar a cabo la actividad según opciones A-B-C-D. ● Proponer la derivación oportuna realizando, si fuera necesario, el tratamiento inicial en el que deberá aplicar normas consagradas de diagnóstico y terapéutica. ● Actuar eficazmente ante la urgencia según los niveles A-B-C-D.
Nivel 3
<ul style="list-style-type: none"> ● Además de llevar a cabo los aspectos y actividades solicitados en el nivel 2: ● Poner en práctica conductas apropiadas o resolver integralmente la situación de salud, (siempre y cuando el cuadro clínico no se desvíe de la evolución o la situación habitual), aplicando las normas vigentes.

Temas Integrados con otras Asignaturas, que serán Evaluados en el Exámen Final de la Materia

Con Cátedra de Otorrinolaringología
<ul style="list-style-type: none"> ● Historia Clínica. Semiología. Revisión Anatómica. Faringitis. Laringitis. ● Otitis Media, Aguda y Crónica. Catarro de Vías Aéreas Superiores. Rinitis. ● Rinosinusitis. Adenoiditis. Respirador Bucal. Hipoacusia. Conceptos y Prevención.
Con Cátedra de Diagnóstico por Imágenes
<ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico por Imágenes Normales y Patológicas en Pediatría.
Con Cátedra de Oftalmología
<ul style="list-style-type: none"> ● Patología Oftalmológica del Recién Nacido. Maduración de la Visión. Catarata Congénita. Glaucoma. Obstrucción de las Vías Lagrimales. ● Estrabismo. Semiología de Motilidad Ocular. Agudeza Visual. Traumatismo de Orbita, Globo y Anexos.
Con Cátedra de Enfermedades Infecciosas
<ul style="list-style-type: none"> ● TORCHS. Tétano del Recién Nacido. Síndrome Febril Prolongado del Lactante.

Anexos

- Enfermedades Exantemáticas. Meningitis. Hepatitis. Mononucleosis. Escarlatina.
- Fiebre Reumática. Artritis Séptica.

Con Cátedra de Salud Pública

- Salud Neonatal. Salud del niño de 0 a 1 año de vida.
- Diagnóstico de Salud. Promoción, Protección y Detección de Riesgo.
- Salud del Preescolar y Escolar.
- Diagnóstico de Salud. Promoción, Protección y Detección de Riesgo.
- La Escuela como promotora de la Salud.
- Salud del Adolescente.
- Diagnóstico de Salud. Promoción, Protección y Detección de Riesgo.
- Patología prevalente y patología Reproductiva.

Con Cátedra de Farmacología

- Dosificación en pediatría. Uso de las drogas habituales: antitérmicos, analgésicos, antibióticos, antiparasitarios y sintomáticos más habituales: antieméticos, anticonvulsivantes, antiinflamatorios, corticoides etc.

Anexos

Evaluación de libros de texto con Instrumentos de evaluación 1

Anexos

1.1. Identificación

Campo: Medicina	
Cátedra: Pediatría	
Libro de texto: GANDOLFI, A. (1998). Compendio Pediatría. Córdoba: López.	
Corresponde unidad didáctica:	Capítulos de libro: 8
Tema: Desnutrición	
1.2. Autor	
Médico	
Salud Mental	
Trabajo Social	
Otro	
1.3. Abordaje de la bibliografía obligatoria	
a) Mono disciplinar	
b) Pluri disciplinar	
Autor: (CV – título de grado, post grado y lugar de trabajo): no se consigna	

2. Análisis diseño y compaginación.

2.1. Índice					
Se indica con una cruz					
a) Índice alfabético					x
b) Índice línea de desarrollo de tema					
2.2 Numeración de páginas					
Posee					
					x
2.3.Orientaciones para el aprendizaje					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
	n/e	1	2	3	4
Especifica claramente cómo debe proceder el estudiante para abordar los contenidos	x				
Indica las dificultades y/o errores más comunes que se encontrará el alumno	x				
Prioriza los aspectos más relevantes	x				
Estructura el proceso de aprendizaje	x				
Orienta la tutorización de las actividades relacionadas con el aprendizaje	x				
Observaciones:					

Anexos

3. Expresión escrita y gráfica

3.1. Lenguaje					
Se indica con una cruz					
a) Científico – técnico					x
b) Usual					
3.2. Imágenes – lenguaje icónico					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
En qué medida colabora en comprender el lenguaje escrito las:	n/e	1	2	3	4
Ilustraciones	x				
Tablas	x				
Gráficos			x		
Observaciones (se puede agregar si posee pie de imagen, cromatismo, si tienen función de información, completar el texto, actividad o solamente estética).					

4. Análisis de contenido

4.1. Objetivos					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
En qué medida:	n/e	1	2	3	4
Expresan las capacidades concretas que se espera adquieran los alumnos	x				
Indican las condiciones bajo las que se van a adquirir	x				
Son comprensibles para los alumnos	x				
Observaciones: No se consignan					
4.2. Contenidos					
Poseen esquemas de contenidos		Si		No	
				x	
Valoración donde significa: 1 si, 2 parcialmente, 3 no.					
En qué medida	n/e	1	2	3	
Poseen coherencia interna		x			
Expresión clara y adecuada		x			
Se corresponden con los objetivos	x				
Abordan la problemática desde una mirada bio – psico-social					x
Son actuales			x		
Humanísticos		x			
Facilitan la integración					x

Anexos

Observaciones:	
4.3. Textos que complementan. Se marca con una cruz	
a) Historia clínica	
b) Folleto	
c) Publicación periódica	
4.4. Nivel de intertextualidad. Se marca con una cruz	
Remiten a otros textos por medio de notas al pie o de citas a otros autores si transcriben o parafrasean párrafos de otros libros.	
NO Remiten a otros textos por medio de notas al pie o de citas a otros autores si transcriben o parafrasean párrafos de otros libros	x
Observaciones	

5. Actividades de comprensión

Valoración donde significa: 1 si, 2 parcialmente, 3 no.				
En qué medida	n/e	1	2	3
Son reproductivas (repetición, paráfrasis, ejecución de procedimientos de rutina)		x		
Ponen en práctica los contenidos teóricos				x
Generan explicaciones y justificaciones				x
Observaciones				

6. Libros de texto y práctica profesional

Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.				
En qué medida	1	2	3	4
Orientan la práctica en el contexto del perfil del médico egresado actual.	x			
Ayudan al profesor a ponerla en práctica	x			
Observaciones:				

Anexos

1.1. Identificación

Campo: Medicina	
Cátedra: Pediatría	
Libro de texto: Mc INERNY, Thomas (2011) Tratado de Pediatría. 1° ed. Buenos Aires: Médica Panamericana	
Corresponde unidad didáctica: Parte 8. Síntomas y signos de presentación.	Capítulos de libro: 218: Retraso del crecimiento.
Tema: Desnutrición	
1.2. Autor	
Médico	<input checked="" type="checkbox"/>
Salud Mental	<input type="checkbox"/>
Trabajo Social	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>
1.3. Abordaje de la bibliografía obligatoria	
a) Mono disciplinar	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Pluri disciplinar	<input type="checkbox"/>
Autor: (CV – título de grado, post grado y lugar de trabajo): Andrew Racine; Director de la división de pediatría, general Children´s Hospital at Montefiore. Profesor de Clínica Pediátrica, Albert Einstein College o Medicine, Bronx, NY.	

2. Análisis diseño y compaginación.

2.1. Índice					
Se indica con una cruz					
a) Índice alfabético					<input checked="" type="checkbox"/>
b) Índice línea de desarrollo de tema					<input checked="" type="checkbox"/>
2.2 Numeración de páginas					
Posee					<input checked="" type="checkbox"/>
2.3.Orientaciones para el aprendizaje					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
	n/e	1	2	3	4
Especifica claramente cómo debe proceder el estudiante para abordar los contenidos	x				
Indica las dificultades y/o errores más comunes que se encontrará el alumno	x				
Prioriza los aspectos más relevantes				x	
Estructura el proceso de aprendizaje				x	
Orienta la tutorización de las actividades relacionadas con el aprendizaje	x				
Observaciones: Tiene un índice por síntomas y signos muy práctico. Pero cuando pasa					

Anexos

a los apartados de patologías prevalentes, evidentemente el lector tiene que tener información previa del tema, sino es difícil encontrar lo que uno busca.
La American Academy of Pediatrics destina éste tratado a los pediatras.

3. Expresión escrita y gráfica

3.1. Lenguaje					
Se indica con una cruz					
a) Científico – técnico					x
b) Usual					
3.2. Imágenes – lenguaje icónico					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
En qué medida colabora en comprender el lenguaje escrito las:	n/e	1	2	3	4
Ilustraciones	x				
Tablas					x
Gráficos	x				
Observaciones (se puede agregar si posee pie de imagen, cromatismo, si tienen función de información, completar el texto, actividad o solamente estética). Posee tres recuadros que destacan parte de los contenidos.					

4. Análisis de contenido

4.1. Objetivos					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
En qué medida:	n/e	1	2	3	4
Expresan las capacidades concretas que se espera adquieran los alumnos	x				
Indican las condiciones bajo las que se van a adquirir	x				
Son comprensibles para los alumnos	x				
Observaciones: No se consignan					
4.2. Contenidos					
Poseen esquemas de contenidos		Si		No	
				x	
Valoración donde significa: 1 si, 2 parcialmente, 3 no.					
En qué medida	n/e	1	2	3	
Poseen coherencia interna		x			
Expresión clara y adecuada		x			
Se corresponden con los objetivos	x				

Anexos

Abordan la problemática desde una mirada bio – psico-social			x	
Son actuales			x	
Humanísticos			x	
Facilitan la integración			x	
<p>Observaciones:</p> <p>El capítulo comienza diciendo que el término “retraso de crecimiento” se ha impuesto a generaciones de médicos y pacientes como una frase poco esclarecedora y peyorativa.</p> <p>De manera reciente la academia ha preferido frases como desnutrición pediátrica o alteración del peso como los colegas británicos.</p> <p>Los trastornos que lo provocan varían desde la insuficiencia cardíaca y la deprivación psico social.</p> <p>La evaluación del niño que no logra aumentar de peso adecuadamente debe incluir reunir información sobre contexto físico, psicológico, emocional, familiar y social.</p> <p>Si bien es un libro editado en el 2009 (su versión en inglés) no incluye la actualización de las tablas de referencia de la OMS del 2006.</p> <p>Los lactantes y niños crecen en presencia de cantidades adecuadas de cuatro componentes fundamentales: oxígeno, sustrato, hormonas y amor. (pg. 1824).</p> <p>La terapia y seguimiento “debe adaptarse a las necesidades del niño y la familia”, dirigirse a su condición de base. Una alteración padre-hijo “se reconocerá más fácil como la causa de la incapacidad del paciente para aumentar de peso” (sic)</p> <p>Refuerza la necesidad del manejo interdisciplinario de la problemática (nutricionista, salud mental, trabajo social y terapeuta conductual). Alerta acerca de la posibilidad de abordar una eventual negligencia por parte de los padres.</p>				
4.3. Textos que complementan. Se marca con una cruz				
a) Historia clínica				
b) Folleto				
c) Publicación periódica				
4.4. Nivel de intertextualidad. Se marca con una cruz				
Remiten a otros textos por medio de notas al pie o de citas a otros autores si transcriben o parafrasean párrafos de otros libros.				
NO Remiten a otros textos por medio de notas al pie o de citas a otros autores si transcriben o parafrasean párrafos de otros libros				x
Observaciones:				

5. Actividades de comprensión

Valoración donde significa: 1 si, 2 parcialmente, 3 no.				
En qué medida	n/e	1	2	3
Son reproductivas (repetición, paráfrasis, ejecución de procedimientos de rutina)		x		
Ponen en práctica los contenidos teóricos				x
Generan explicaciones y justificaciones				x

Anexos

Observaciones

6. Libros de texto y práctica profesional

Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.

En qué medida	1	2	3	4
Orientan la práctica en el contexto del perfil del médico egresado actual.		x		
Ayudan al profesor a ponerla en práctica			x	
Observaciones:				

Anexos

1.1. Identificación

Campo: Medicina	
Cátedra: Pediatría	
Libro de texto: MENEGHELLO, Julio ([1972] 2013). <i>Pediatría</i>. 6º ed. Buenos Aires: Panamericana	
Corresponde unidad didáctica: parte IV	Capítulos de libro: Capítulo 20: políticas y programas de nutrición en américa latina y el caribe. Capítulo 21: evaluación del estado nutricional en pediatría. Capítulo 24: desnutrición en la infancia.
Tema:	
1.2. Autor	
Médico	x
Salud Mental	
Trabajo Social	
Otro: Nutricionistas, Médico Especialista en Salud Pública.	
1.3. Abordaje de la bibliografía obligatoria	
a) Mono disciplinar	
b) Pluri disciplinar	x
Eduardo Atalah, S. Departamento de Nutrición. Facultad de Medicina, U. de Chile Francisco Mardones Santander, Titular de Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile. Enrique O. Abeyá Gilardon. Dirección de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud dela Nación, Buenos Aires, Argentina. Javier Aranceta Bartrina. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Navarra. Unidad de Nutrición Comunitaria, Área Municipal de Salud y consumo, Bilbao, Euskal Herría. Catalina Le Roy O. Departamento de Pediatría, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Horacio Federico González. Director del instituto de desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP), Hospital de Niños Sor María Ludovica, La Plata, Argentina. Marta Sanabria, Médica Nutrióloga, Cátedra de pediatría, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. Ana María Aguilar, Médica Pediatra. Docente Investigadora, Instituto de investigación en Salud y desarrollo, Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia. Jorge Alvear Álvarez, Profesor, Área de Nutrición Clínica, instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile. Verónica Marin Briano. Profesora, Departamento de pediatría, Hospital Dr. Luis Calvo Mackena, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.	

2. Análisis diseño y compaginación.

2.1. Índice

Anexos

Se indica con una cruz					
a) Índice alfabético					x
b) Índice línea de desarrollo de tema					x
2.2 Numeración de páginas					
Posee					x
2.3.Orientaciones para el aprendizaje					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
	n/e	1	2	3	4
Especifica claramente cómo debe proceder el estudiante para abordar los contenidos	x				
Indica las dificultades y/o errores más comunes que se encontrará el alumno	x				
Prioriza los aspectos más relevantes					x
Estructura el proceso de aprendizaje				x	
Orienta la tutorización de las actividades relacionadas con el aprendizaje	x				
Observaciones:					

3. Expresión escrita y gráfica

3.1. Lenguaje					
Se indica con una cruz					
a) Científico – técnico					x
b) Usual					
3.2. Imágenes – lenguaje icónico					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
En qué medida colabora en comprender el lenguaje escrito las:	n/e	1	2	3	4
Ilustraciones					x
Tablas				x	
Gráficos				x	
Observaciones (se puede agregar si posee pie de imagen, cromatismo, si tienen función de información, completar el texto, actividad o solamente estética). - Tabla 24-3 Desarrollo en niños con restricción del crecimiento luego de estimulación psicoafectiva temprana y suplementación nutricional.					

4. Análisis de contenido

4.1. Objetivos					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
En qué medida:	n/e	1	2	3	4

Anexos

Expresan las capacidades concretas que se espera adquieran los alumnos	x				
Indican las condiciones bajo las que se van a adquirir	x				
Son comprensibles para los alumnos	x				
Observaciones: No posee					
4.2. Contenidos					
Poseen esquemas de contenidos	Si	No			
		x			
Valoración donde significa: 1 si, 2 parcialmente, 3 no.					
En qué medida	n/e	1	2	3	
Poseen coherencia interna		x			
Expresión clara y adecuada		x			
Se corresponden con los objetivos	x				
Abordan la problemática desde una mirada bio – psico-social				x	
Son actuales			x		
Humanísticos		x			
Facilitan la integración		x			
Observaciones: Los autores, desde sus distintas disciplinas, ofrecen una mirada amplia de las causas y consecuencias de la malnutrición. Las estadísticas, si bien son mundiales, se encuentran orientadas hacia Latinoamérica. Desarrolla adecuadamente el abordaje de la prevención de la desnutrición con educación, políticas públicas adecuadas y promoción de la salud Ilustra con muy buenas imágenes la técnica de lactancia materna. Posee las tablas nuevas de referencia de crecimiento del niño de la OMS (2006), derivada de un riguroso estudio realizado en seis países ubicado en cuatro continentes. Muestra como aplicarlas en la práctica. Si bien aparece una definición “formal” de desnutrición aclarando “desde el punto de vista biológico” (p. 213) en el capítulo explica el Modelo Causal de la Desnutrición, (figura 24-1 y 24-2) resaltando las causas sociopolíticas como determinantes básicos, educación para la salud y cuidado psico - social como causas subyacentes y a ingesta inadecuada con o sin enfermedades como causas inmediatas.					
4.3. Textos que complementan. Se marca con una cruz					
a) Historia clínica					
b) Folleto					
c) Publicación periódica					
4.4. Nivel de intertextualidad. Se marca con una cruz					
Remiten a otros textos por medio de notas al pie o de citas a otros autores si transcriben o parafrasean párrafos de otros libros.		x			
NO Remiten a otros textos por medio de notas al pie o de citas a otros autores si transcriben o parafrasean párrafos de otros libros					
Observaciones:					

Anexos

--

5. Actividades de comprensión

Valoración donde significa: 1 si, 2 parcialmente, 3 no.				
En qué medida	n/e	1	2	3
Son reproductivas (repetición, paráfrasis, ejecución de procedimientos de rutina)		x		
Ponen en práctica los contenidos teóricos				x
Generan explicaciones y justificaciones				x
Observaciones				

6. Libros de texto y práctica profesional

Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.				
En qué medida	1	2	3	4
Orientan la práctica en el contexto del perfil del médico egresado actual.				x
Ayudan al profesor a ponerla en práctica			x	
Observaciones:				

Anexos

1.1. Identificación

Campo: Medicina	
Cátedra: Pediatría	
VOYER, Luis (2011). Pediatría 3° ed. Buenos Aires: Journal	
Corresponde unidad didáctica: Sección 3. Nutrición y trastornos nutricionales.	Capítulos de libro: 3.5 Desnutrición. Aspectos clínicos y tratamiento. 3.6 Evaluación del estado nutricional.
Tema:	
1.2. Autor	
Médico	<input checked="" type="checkbox"/>
Salud Mental	<input type="checkbox"/>
Trabajo Social	<input type="checkbox"/>
Otro: Nutricionistas, Médico Especialista en Salud Pública.	<input type="checkbox"/>
1.3. Abordaje de la bibliografía obligatoria	
a) Mono disciplinar	<input type="checkbox"/>
b) Pluri disciplinar	<input checked="" type="checkbox"/>
Observaciones (CV – título de grado, post grado y lugar de trabajo): Gloria Muzzio de Califano; pediatra. Integrante del Comité Nacional de Infectología, SAP. Coordinadora del Programa de inmunizaciones del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Claudia Ferraro; Pediatra. Jefe de División Promoción y Protección de la Salud, Hospital de Niños Pedro Elizalde, Buenos Aires, Argentina. Abel Albino; Pediatra. Fundador y presidente de Fundación CONIN (Cooperadora para la Nutrición Infantil), Mendoza, Argentina. Luis Serra Majem; Presidente de la Fundación Dieta Mediterránea y de la Academia Española de Nutrición, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, ULPGC, Barcelona, España. Gabriela Sabio; Otorrinolaringóloga. Miembro de la Federación Argentina de sociedades de otorrinolaringología, Argentina.	

2. Análisis diseño y compaginación.

2.1. Índice					
Se indica con una cruz					
a) Índice alfabético					<input checked="" type="checkbox"/>
b) Índice línea de desarrollo de tema					<input checked="" type="checkbox"/>
2.2 Numeración de páginas					
Posee					
					<input checked="" type="checkbox"/>
2.3.Orientaciones para el aprendizaje					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
	n/e	1	2	3	4

Anexos

Especifica claramente cómo debe proceder el estudiante para abordar los contenidos	x				
Indica las dificultades y/o errores más comunes que se encontrará el alumno	x				
Prioriza los aspectos más relevantes					x
Estructura el proceso de aprendizaje				x	
Orienta la tutorización de las actividades relacionadas con el aprendizaje	x				
Observaciones:					

3. Expresión escrita y gráfica

3.1. Lenguaje					
Se indica con una cruz					
a) Científico – técnico					x
b) Usual					
3.2. Imágenes – lenguaje icónico					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
En qué medida colabora en comprender el lenguaje escrito las:	n/e	1	2	3	4
Ilustraciones	x				
Tablas				x	
Gráficos				x	
Observaciones (se puede agregar si posee pie de imagen, cromatismo, si tienen función de información, completar el texto, actividad o solamente estética). - Tres tablas en los dos capítulos					

4. Análisis de contenido

4.1. Objetivos					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
En qué medida:	n/e	1	2	3	4
Expresan las capacidades concretas que se espera adquieran los alumnos	x				
Indican las condiciones bajo las que se van a adquirir	x				
Son comprensibles para los alumnos	x				
Observaciones: No posee					
4.2. Contenidos					
Poseen esquemas de contenidos	Si		No		
				x	
Valoración donde significa: 1 si, 2 parcialmente, 3 no.					

Anexos

En qué medida	n/e	1	2	3
Poseen coherencia interna		x		
Expresión clara y adecuada		x		
Se corresponden con los objetivos	x			
Abordan la problemática desde una mirada bio – psico-social		x		
Son actuales			x	
Facilitan la integración		x		
<p>Observaciones:</p> <p>“Representa un problema de salud importante y es el motivo más frecuente de retardo de crecimiento”. Reporta estadísticas locales</p> <p>Refuerza los hábitos alimentarios como causa de mal nutrición.</p> <p>Recalca la prioridad de la prevención primaria del trastorno. “El seguimiento de la curva de crecimiento de peso y talla del niño representa el elemento de mayor valor para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno”.</p> <p>Para destacar, el apartado “Aspectos preventivos y terapéuticos: una experiencia Argentina” del Dr. Albino. La idea primaria del Centro de recuperación Nutricional sumado a acciones de prevención, como lactancia materna, educación nutricional, fortalecer vínculo madre hijo y saneamiento ambiental. Insiste en abordar “la desnutrición como política de estado”.</p> <p>“Erradicar la marginación causante de analfabetismo, desocupación y desnutrición”.</p>				
4.3. Textos que complementan. Se marca con una cruz				
a) Historia clínica				-
b) Folleto				-
c) Publicación periódica				-
4.4. Nivel de intertextualidad. Se marca con una cruz				
Remiten a otros textos por medio de notas al pie o de citas a otros autores si transcriben o parafrasean párrafos de otros libros.				x
NO Remiten a otros textos por medio de notas al pie o de citas a otros autores si transcriben o parafrasean párrafos de otros libros				
Observaciones:				

5. Actividades de comprensión

Valoración donde significa: 1 si, 2 parcialmente, 3 no.				
En qué medida	n/e	1	2	3
Son reproductivas (repetición, paráfrasis, ejecución de procedimientos de rutina)		x		
Ponen en práctica los contenidos teóricos				x
Generan explicaciones y justificaciones				x
Observaciones				

Anexos

6. Libros de texto y práctica profesional

Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.				
En qué medida	1	2	3	4
Orientan la práctica en el contexto del perfil del médico egresado actual.				x
Ayudan al profesor a ponerla en práctica			x	
Observaciones:				

Anexos

1.1. Identificación

Campo: Medicina	
Cátedra: Pediatría	
Libro de texto: SBROCCO, Eduardo (2005). Temas de Pediatría. Tucumán: El Graduado.	
Corresponde unidad didáctica:	Capítulos de libro: 6
Tema: Desnutrición e hipovitaminosis	
1.2. Autor	
Médico	
Salud Mental	
Trabajo Social	
Otro	
1.3. Abordaje de la bibliografía obligatoria	
a) Mono disciplinar	
b) Pluri disciplinar	
Autor: (CV – título de grado, post grado y lugar de trabajo): No se encuentra consignado el autor del capítulo.	

2. Análisis diseño y compaginación.

2.1. Índice					
Se indica con una cruz					
a) Índice alfabético					
b) Índice línea de desarrollo de tema					
X					
2.2 Numeración de páginas					
Posee					
X					
2.3.Orientaciones para el aprendizaje					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
	n/e	1	2	3	4
Especifica claramente cómo debe proceder el estudiante para abordar los contenidos	x				
Indica las dificultades y/o errores más comunes que se encontrará el alumno	x				
Prioriza los aspectos más relevantes				x	
Estructura el proceso de aprendizaje				x	
Orienta la tutorización de las actividades relacionadas con el aprendizaje	x				
Observaciones:					

Anexos

3. Expresión escrita y gráfica

3.1. Lenguaje					
Se indica con una cruz					
a) Científico – técnico					x
b) Usual					
3.2. Imágenes – lenguaje icónico					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
En qué medida colabora en comprender el lenguaje escrito las:	n/e	1	2	3	4
Ilustraciones	x				
Tablas				x	
Gráficos				x	
Observaciones (se puede agregar si posee pie de imagen, cromatismo, si tienen función de información, completar el texto, actividad o solamente estética).					

4. Análisis de contenido

4.1. Objetivos					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
En qué medida:	n/e	1	2	3	4
Expresan las capacidades concretas que se espera adquieran los alumnos	x				
Indican las condiciones bajo las que se van a adquirir	x				
Son comprensibles para los alumnos	x				
Observaciones: No se consignan					
4.2. Contenidos					
Poseen esquemas de contenidos	Si		No		
			x		
Valoración donde significa: 1 si, 2 parcialmente, 3 no.					
En qué medida	n/e	1	2	3	
Poseen coherencia interna			x		
Expresión clara y adecuada			x		
Se corresponden con los objetivos	x				
Abordan la problemática desde una mirada bio – psico-social				x	
Son actuales				x	
Facilitan la integración					x
Observaciones:					

Anexos

<p>Estadísticas latinoamericanas de prevalencia de la problemática.</p> <p>Etiología</p> <p>“La desnutrición carece de etiología heredada y reconoce como causa la acción aislada o combinada de carencias múltiples entre las que se destacan las socioeconómicas, culturales y psicoactivas”</p> <p>Definición:</p> <p>“La desnutrición es un trastorno nutritivo potencialmente reversible, traducido por un retardo pondoestatural, facilidad de sufrir procesos infecciosos, y alteración del desarrollo neuropsíquico y de la conducta.”</p> <p>Garrahan</p> <p>“Hace 40 años todavía tiene vigencia y la define como: “La expresión de hambre crónico evitable sólo a nivel de la función de gobierno, empleando la totalidad de los factores de la Nación " (p.97).</p> <p>Menciona los componentes psico sociales en las causas de la desnutrición pero no se explora luego en el tema.</p>	
4.3. Textos que complementan. Se marca con una cruz	
a) Historia clínica	
b) Folleto	
c) Publicación periódica	
4.4. Nivel de intertextualidad. Se marca con una cruz	
Remiten a otros textos por medio de notas al pie o de citas a otros autores si transcriben o parafrasean párrafos de otros libros.	
NO Remiten a otros textos por medio de notas al pie o de citas a otros autores si transcriben o parafrasean párrafos de otros libros	x
Observaciones	

5. Actividades de comprensión

Valoración donde significa: 1 si, 2 parcialmente, 3 no.				
En qué medida	n/e	1	2	3
Son reproductivas (repetición, paráfrasis, ejecución de procedimientos de rutina)		x		
Ponen en práctica los contenidos teóricos				x
Generan explicaciones y justificaciones				x
Observaciones				

6. Libros de texto y práctica profesional

Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.				
En qué medida	1	2	3	4
Orientan la práctica en el contexto del perfil del médico	x			

Anexos

egresado actual.				
Ayudan al profesor a ponerla en práctica	x			
Observaciones:				

Anexos

1.1. Identificación

Campo: Medicina	
Cátedra: Pediatría	
Tratado: MORANO, Jorge ([1989] 2004) Tratado de Pediatría. 3ª ed. Buenos Aires: Atlante	
Corresponde unidad didáctica: Sección 3. Nutrición y sus trastornos.	Capítulo 13
Tema:	
1.2. Autor	
Médico	x
Salud Mental	
Trabajo Social	
Otro:	
1.3. Abordaje de la bibliografía obligatoria	
a) Mono disciplinar	x
b) Pluri disciplinar	
Jefe de Servicio del Área Programática Sor María Ludovica. Miembro de la carrera de Investigador. Comisión de Investigaciones Científicas de la provincia de Buenos Aires.	

2. Análisis diseño y compaginación.

2.1. Índice					
Se indica con una cruz					
a) Índice alfabético					x
b) Índice línea de desarrollo de tema					x
2.2 Numeración de páginas					
Posee					
					x
2.3.Orientaciones para el aprendizaje					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
	n/e	1	2	3	4
Especifica claramente cómo debe proceder el estudiante para abordar los contenidos	x				
Indica las dificultades y/o errores más comunes que se encontrará el alumno	x				
Prioriza los aspectos más relevantes				x	
Estructura el proceso de aprendizaje				x	
Orienta la tutorización de las actividades relacionadas con el aprendizaje	x				
Observaciones:					

3. Expresión escrita y gráfica

Anexos

3.1. Lenguaje					
Se indica con una cruz					
a) Científico – técnico					x
b) Usual					
3.2. Imágenes – lenguaje icónico					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
En qué medida colabora en comprender el lenguaje escrito las:	n/e	1	2	3	4
Ilustraciones	x				
Tablas				x	
Gráficos					x
Observaciones (se puede agregar si posee pie de imagen, cromatismo, si tienen función de información, completar el texto, actividad o solamente estética). - Se puede decir que hay un exceso de tablas. Abunda en datos estadísticos latinoamericanos. Gráfico, si bien tiene solamente uno en todo el capítulo, muestra la evidencia epidemiológica del potencial efecto de la malnutrición en la mortalidad infantil (p.216).					

4. Análisis de contenido

4.1. Objetivos					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
En qué medida:	n/e	1	2	3	4
Expresan las capacidades concretas que se espera adquieran los alumnos	x				
Indican las condiciones bajo las que se van a adquirir	x				
Son comprensibles para los alumnos	x				
Observaciones: No consignados					
4.2. Contenidos					
Poseen esquemas de contenidos	Si		No		
			x		
Valoración donde significa: 1 si, 2 parcialmente, 3 no.					
En qué medida	n/e	1	2	3	
Poseen coherencia interna		x			
Expresión clara y adecuada		x			
Se corresponden con los objetivos	x				
Abordan la problemática desde una mirada bio – psico-social			x		
Son actuales			x		
Humanísticos		x			
Facilitan la integración					x

Anexos

<p>Observaciones: Los datos estadísticos son de la década del 90'. Trata la evolución conceptual del problema a lo largo del último siglo y concluye que "la desnutrición no es un fenómeno biológico aislado, sino una variable más dentro del contexto humano determinado y tiene su origen también en aspectos económicos, antropológicos, sociológicos y culturales". Clasifica la desnutrición de acuerdo a los criterios de Gómez modificado y posee pautas de tratamiento integral ambulatorio teniendo en cuenta la estimulación afectiva y psicológica.</p>	
4.3. Textos que complementan. Se marca con una cruz	
a) Historia clínica	
b) Folleto	
c) Publicación periódica	
4.4. Nivel de intertextualidad. Se marca con una cruz	
Remiten a otros textos por medio de notas al pie o de citas a otros autores si transcriben o parafrasean párrafos de otros libros.	x
NO Remiten a otros textos por medio de notas al pie o de citas a otros autores si transcriben o parafrasean párrafos de otros libros	
Observaciones:	

5. Actividades de comprensión

Valoración donde significa: 1 si, 2 parcialmente, 3 no.				
En qué medida	n/e	1	2	3
Son reproductivas (repetición, paráfrasis, ejecución de procedimientos de rutina)		x		
Ponen en práctica los contenidos teóricos				x
Generan explicaciones y justificaciones				x
Observaciones				

6. Libros de texto y práctica profesional

Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.				
En qué medida	1	2	3	4
Orientan la práctica en el contexto del perfil del médico egresado actual.			x	
Ayudan al profesor a ponerla en práctica			x	
Observaciones:				

Anexos

1.1. Identificación

Campo: Medicina	
Cátedra: Pediatría	
Tratado: KLIEGMAN, Robert (2008) <i>Nelson. Tratado de Pediatría. 18ª ed. Barcelona: Elsevier España.</i>	
Corresponde unidad didáctica: Parte V	Capítulos de libro: 41 al 51
Tema: Nutrición	
1.2. Autor	
Médico	x
Salud Mental	
Trabajo Social	
Otro:	
1.3. Abordaje de la bibliografía obligatoria	
a) Mono disciplinar	x
b) Pluri disciplinar	
Observaciones (CV – título de grado, post grado y lugar de trabajo): William C. Heird, MD Professor of Pediatrics, Baylor College of Medicine, Houston, Texas	

2. Análisis diseño y compaginación.

2.1. Índice					
Se indica con una cruz					
a) Índice alfabético					x
b) Índice línea de desarrollo de tema					x
2.2 Numeración de páginas					
Posee					
					x
2.3.Orientaciones para el aprendizaje					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
	n/e	1	2	3	4
Especifica claramente cómo debe proceder el estudiante para abordar los contenidos	x				
Indica las dificultades y/o errores más comunes que se encontrará el alumno	x				
Prioriza los aspectos más relevantes				x	
Estructura el proceso de aprendizaje				x	
Orienta la tutorización de las actividades relacionadas con el aprendizaje	x				
Observaciones:					

Anexos

3. Expresión escrita y gráfica

3.1. Lenguaje					
Se indica con una cruz					
a) Científico – técnico					x
b) Usual					
3.2. Imágenes – lenguaje icónico					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
En qué medida colabora en comprender el lenguaje escrito las:	n/e	1	2	3	4
Ilustraciones					x
Tablas				x	
Gráficos				x	
<p>Observaciones (se puede agregar si posee pie de imagen, cromatismo, si tienen función de información, completar el texto, actividad o solamente estética):</p> <p>Las ilustraciones poseen pie de imagen, a color y completan el texto.</p> <p>Algunas tablas probablemente no puedan ser comprendidas por un alumno de pre grado.</p> <p>Posee la nueva pirámide de guía de alimentos.</p> <p>Contiene los perfiles de índice de masa corporal para niños y niñas desarrolladas por el National Center for Health Statistics en colaboración con el National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000)</p>					

4. Análisis de contenido

4.1. Objetivos					
Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.					
En qué medida:	n/e	1	2	3	4
Expresan las capacidades concretas que se espera adquieran los alumnos	x				
Indican las condiciones bajo las que se van a adquirir	x				
Son comprensibles para los alumnos	x				
Observaciones: No consignados					
4.2. Contenidos					
Poseen esquemas de contenidos	Si		No		
				x	
Valoración donde significa: 1 si, 2 parcialmente, 3 no.					
En qué medida	n/e	1	2	3	
Poseen coherencia interna		x			
Expresión clara y adecuada		x			
Se corresponden con los objetivos	x				

Anexos

Abordan la problemática desde una mirada bio – psico-social			x	
Son actuales			x	
Facilitan la integración			x	
Observaciones:				
4.3. Textos que complementan. Se marca con una cruz				
a) Historia clínica				
b) Folleto				
c) Publicación periódica				
4.4. Nivel de intertextualidad. Se marca con una cruz				
Remiten a otros textos por medio de notas al pie o de citas a otros autores si transcriben o parafrasean párrafos de otros libros.				x
NO Remiten a otros textos por medio de notas al pie o de citas a otros autores si transcriben o parafrasean párrafos de otros libros				
Observaciones:				

5. Actividades de comprensión

Valoración donde significa: 1 si, 2 parcialmente, 3 no.				
En qué medida	n/e	1	2	3
Son reproductivas (repetición, paráfrasis, ejecución de procedimientos de rutina)		x		
Ponen en práctica los contenidos teóricos				x
Generan explicaciones y justificaciones				x
Observaciones				

6. Libros de texto y práctica profesional

Valoración donde significa: 1 escasamente, 2 moderadamente, 3 en forma significativa, 4 en gran medida.				
En qué medida	1	2	3	4
Orientan la práctica en el contexto del perfil del médico egresado actual.			x	
Ayudan al profesor a ponerla en práctica			x	
Observaciones:				

Anexos

Anexos

Entrevistas a los Profesores Titulares

Anexos

Carta enviada a los profesores Titulares de las Cátedras de Pediatría

Buen día. Soy Marcelo Itharte, docente de Pediatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNL.

Me encuentro realizando una investigación para mi tesis de Maestría en Docencia Universitaria acerca de Curriculum: Materiales impresos.

Se titula “El abordaje de la problemática de la desnutrición en las cátedras de Pediatría. Una lectura comparada de materiales impresos para la enseñanza de las universidades públicas argentinas”, para lo que he elegido las Universidades de Tucumán, Córdoba, Rosario, Buenos Aires y La Plata.

La elección de dichas universidades públicas para la investigación es debido a que el 60% de los médicos egresados en la República Argentina, lo hacen de las mismas. (INDEC 2012).

El objetivo es realizar una lectura comparada de materiales impresos para la enseñanza e investigar si han sido elaborados desde una abordaje es humanístico, interdisciplinario, holístico, integrado, en función de los estándares nacionales del perfil profesional del médico egresado.

El siguiente cuestionario está destinado para los profesores titulares de dichas cátedras.

Preguntas

Pregunta número 1: En las nuevas categorizaciones de la CoNEAU se pide un determinado perfil de egresado. ¿La Facultad de Ciencias Médicas donde usted se desempeña tiene Categorización de CoNEAU?

Pregunta número 2: ¿Cómo elijen los libros de texto para la enseñanza?
¿Poseen un instrumento de evaluación formal?

Pregunta número 3: ¿Quién evalúa los libros de texto?

- a. Auto evaluación de los productores
- b. Consulta con expertos

Anexos

c. Evaluación por los usuarios

Pregunta número 4: Si es que tienen un instrumento formal de evaluación, ¿qué dimensiones se tienen en cuenta?

- a. Análisis de contenido
- b. Contexto
- c. Formato
- d. Diseño gráfica

Pregunta número 5: ¿En qué medida poseen los libros de texto suficiente sustento teórico para acordar con el perfil del egresado?

- 1. escasamente
- 2. moderadamente
- 3. suficientemente
- 4. en gran medida

Pregunta número 6: En el caso de evaluar que los libros no brindan el suficiente sustento teórico para acordar con el perfil del egresado ¿Cómo lo subsanan?

- a. Remiten a bibliografía ampliatoria
- b. preguntas críticas
- c. materiales complementarios
- d. actividades e extensión

Entrevista desgrabada número 1 (UBA)

Pregunta número 1: En las nuevas categorizaciones de la CoNEAU se pide un determinado perfil de egresado. ¿La Facultad de Ciencias Médicas donde usted se desempeña tiene Categorización de CoNEAU?

Respuesta: la Facultad no se encuentra categorización de CoNEAU. Agrega además que no se encuentra de acuerdo con la resolución 1314/2007 ya que confunde competencias con habilidades.

Pregunta número 2: ¿Cómo elijen los libros de texto para la enseñanza? ¿Poseen un instrumento de evaluación formal?

Respuesta: no poseen una herramienta de evaluación formal. El análisis de la bibliografía lo realizan los Profesores Titulares y Adjuntos.

Pregunta número 3: ¿Quién evalúa los libros de texto?

- a. Auto evaluación de los productores
- b. Consulta con expertos
- c. Evaluación por los usuarios

(Se respondió en la número 2)

Pregunta número 4: Si es que tienen un instrumento formal de evaluación, ¿qué dimensiones se tienen en cuenta?

- a. Análisis de contenido
- b. Contexto
- c. Formato
- d. Diseño gráfica

Pregunta número 5: ¿En qué medida poseen los libros de texto suficiente sustento teórico para acordar con el perfil del egresado?

- 1. escasamente

Anexos

2. moderadamente

3 suficientemente

4 en gran medida

Respuesta: moderadamente. Aunque reconoce que los alumnos buscan de fotocopias de apuntes, consensos de la Sociedad Argentina de Pediatría y el programa Nacional de Educación Continua. Estos últimos, aclara el profesor, no les sirven a los alumnos ya que están destinados a pediatras.

Pregunta número 6: En el caso de evaluar que los libros no brindan el suficiente sustento teórico para acordar con el perfil del egresado ¿Cómo lo subsanan?

a. Remiten a bibliografía ampliatoria

b. preguntas críticas

c. materiales complementarios

d. actividades de extensión

Respuesta: Lo subsanan con talleres aunque no son obligatorios.

Entrevista desgrabada número 2 (UNT)

Pregunta número 1: En las nuevas categorizaciones de la CoNEAU se pide un determinado perfil de egresado. ¿La Facultad de Ciencias Médicas donde usted se desempeña tiene Categorización de CoNEAU?

Respuesta: Sí. La facultad se encuentra Categorizada por CoNEAU.

Pregunta número 2: ¿Cómo elijen los libros de texto para la enseñanza? ¿Poseen un instrumento de evaluación formal?

Respuesta: la elección de los libros de texto la realizan los profesores titulares y no la hacen mediante una herramienta de evaluación formal.

Pregunta número 3: ¿Quién evalúa los libros de texto?

- a. Auto evaluación de los productores
- b. Consulta con expertos
- c. Evaluación por los usuarios

Pregunta número 4: Si es que tienen un instrumento formal de evaluación, ¿qué dimensiones se tienen en cuenta?

- a. Análisis de contenido
- b. Contexto
- c. Formato
- d. Diseño gráfica

Pregunta número 5: ¿En qué medida poseen los libros de texto suficiente sustento teórico para acordar con el perfil del egresado?

- 1. escasamente
- 2. moderadamente
- 3. suficientemente

Anexos

4 en gran medida

Respuesta: reconoce que no cumplen con los criterios de perfil del egresado y han quedado desactualizados (actualizan en clase).

Pregunta número 6: En el caso de evaluar que los libros no brindan el suficiente sustento teórico para acordar con el perfil del egresado ¿Cómo lo subsanan?

- a. Remiten a bibliografía ampliatoria
- b. preguntas críticas
- c. materiales complementarios
- d. actividades e extensión

Respuesta: Con actividades de extensión universitaria que consiste en seguimientos de pacientes junto a licenciados de trabajo social, pero no son actividades obligatorias y tienen cupo limitado.

Anexos

Entrevista desgrabada número 3 (UNR)

Pregunta número 1: En las nuevas categorizaciones de la CoNEAU se pide un determinado perfil de egresado. ¿La Facultad de Ciencias Médicas donde usted se desempeña tiene Categorización de CoNEAU?

Respuesta: Sí. La facultad se encuentra Categorizada por CoNEAU. Perfil de atención primaria de salud con orientación pediatría, clínica quirúrgica y ginecología y obstetricia.

Pregunta número 2: ¿Cómo elijen los libros de texto para la enseñanza? ¿Poseen un instrumento de evaluación formal?

Respuesta: la elección de los libros de texto la realizan los docentes, los docentes de las especialidades y no la hacen mediante una herramienta de evaluación formal. Utilizan como eje el Tratado de la Academia Americana de Pediatría. No utilizan el Nelson por considerarlo de post grado.

Pregunta número 3: ¿Quién evalúa los libros de texto?

- a. Auto evaluación de los productores
- b. Consulta con expertos
- c. Evaluación por los usuarios

Pregunta número 4: Si es que tienen un instrumento formal de evaluación, ¿qué dimensiones se tienen en cuenta?

- a. Análisis de contenido
- b. Contexto
- c. Formato
- d. Diseño gráfica

Pregunta número 5: ¿En qué medida poseen los libros de texto suficiente sustento teórico para acordar con el perfil del egresado?

- 1. escasamente

Anexos

2. moderadamente

3 suficientemente

4 en gran medida

Respuesta: Buscaron un libro que se adecúe al currículo y que incluye salud mental y mirada social. Integra la fisiopatología con la clínica.

Pregunta número 6: En el caso de evaluar que los libros no brindan el suficiente sustento teórico para acordar con el perfil del egresado ¿Cómo lo subsanan?

a. Remiten a bibliografía ampliatoria

b. preguntas críticas

c. materiales complementarios

d. actividades e extensión

Respuesta: La estrategia de aprendizaje en problemas les posibilita abordar los problemas interdisciplinariamente.

Anexos

Entrevista desgrabada número 4 (UNLP)

Pregunta número 1: En las nuevas categorizaciones de la CoNEAU se pide un determinado perfil de egresado. ¿La Facultad de Ciencias Médicas donde usted se desempeña tiene Categorización de CoNEAU?

Respuesta: Sí. La facultad se encuentra Categorizada por CoNEAU.

Pregunta número 2: ¿Cómo elijen los libros de texto para la enseñanza? ¿Poseen un instrumento de evaluación formal?

Respuesta: la elección de los libros de texto la realizan los profesores titulares y no la hacen mediante una herramienta de evaluación formal.

Pregunta número 3: ¿Quién evalúa los libros de texto?

- a. Auto evaluación de los productores
- b. Consulta con expertos
- c. Evaluación por los usuarios

Pregunta número 4: Si es que tienen un instrumento formal de evaluación, ¿qué dimensiones se tienen en cuenta?

- a. Análisis de contenido
- b. Contexto
- c. Formato
- d. Diseño gráfica

Pregunta número 5: ¿En qué medida poseen los libros de texto suficiente sustento teórico para acordar con el perfil del egresado?

1. escasamente
2. moderadamente
- 3 suficientemente
- 4 en gran medida

Anexos

Respuesta: Moderadamente. Reconoce que no cumplen con los criterios de perfil del egresado. Agrega que el Nelson no lo usan por considerarlo de post grado.

Pregunta número 6: En el caso de evaluar que los libros no brindan el suficiente sustento teórico para acordar con el perfil del egresado ¿Cómo lo subsanan?

- a. Remiten a bibliografía ampliatoria
- b. preguntas críticas
- c. materiales complementarios
- d. actividades e extensión

Respuesta: No tienen prevista una actividad formal para enmendarlo.

Anexos

Entrevista desgrabada número 5 (UNC)

Pregunta número 1: En las nuevas categorizaciones de la CoNEAU se pide un determinado perfil de egresado. ¿La Facultad de Ciencias Médicas donde usted se desempeña tiene Categorización de CoNEAU?

Respuesta: Sí. La facultad se encuentra Categorizada por CoNEAU.

Pregunta número 2: ¿Cómo elijen los libros de texto para la enseñanza? ¿Poseen un instrumento de evaluación formal?

Respuesta: Utilizan los libros clásicos y no la hacen mediante una herramienta de evaluación formal.

Pregunta número 3: ¿Quién evalúa los libros de texto?

- a. Auto evaluación de los productores
- b. Consulta con expertos
- c. Evaluación por los usuarios

Pregunta número 4: Si es que tienen un instrumento formal de evaluación, ¿qué dimensiones se tienen en cuenta?

- a. Análisis de contenido
- b. Contexto
- c. Formato
- d. Diseño gráfica

Pregunta número 5: ¿En qué medida poseen los libros de texto suficiente sustento teórico para acordar con el perfil del egresado?

1. escasamente
2. moderadamente
- 3 suficientemente
- 4 en gran medida

Anexos

Respuesta: Moderadamente. Reconoce que no cumplen con los criterios de perfil del egresado.

Pregunta número 6: En el caso de evaluar que los libros no brindan el suficiente sustento teórico para acordar con el perfil del egresado ¿Cómo lo subsanan?

- a. Remiten a bibliografía ampliatoria
- b. preguntas críticas
- c. materiales complementarios
- d. actividades e extensión

Respuesta: con preguntas críticas.

Anexos

Estudiantes egresados por institución

Cuadro 2.1.1.3 - Estudiantes, nuevos inscriptos, reinscriptos y egresados de títulos de pregrado y grado por disciplina según institución. Rama de estudio Ciencias Humanas. Instituciones universitarias de gestión estatal. Año 2010

Institución	Rama												Ciencias Humanas												
	Total Ciencias Humanas			Arqueología			Artes			Educación			Filosofía			Historia									
	EST	NI	RE	EST	NI	RE	EST	NI	RE	EST	NI	RE	EST	NI	RE	EST	NI	RE							
Total de las Instituciones	239.464	62.123	177.361	9.770	463	94	369	11	47.159	13.345	22.031	1.125	63.289	18.845	44.444	3.379	3.898	2.057	6.841	226	18.855	4.736	14.119	479	
Total Universidades Nacionales	215.072	54.656	160.416	9.337	463	94	369	11	30.665	8.634	22.031	942	60.546	17.638	42.907	3.245	8.782	2.013	6.769	225	18.291	4.581	13.710	466	
Buenos Aires	42.470	8.990	33.480	2.738	210	57	153	4	3.075	761	2.314	46	2.794	566	2.238	410	2.854	443	2.411	13	3.283	620	2.663	28	
Catamarca	2.677	904	1.773	68	71	11	60	3	643	152	491	22	1.175	537	638	39	360	86	274	6	310	98	212	6	
Centro de la PBA	2.075	604	1.471	64	-	-	-	-	-	-	-	-	904	289	615	28	-	-	-	-	528	163	365	14	
Chaco Austral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Chilecito	247	247	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	247	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
Comahue	7.618	2.432	5.486	263	-	-	-	-	-	-	-	-	3.322	943	2.379	154	194	65	129	1	826	194	632	25	
Córdoba	26.051	5.572	20.479	895	-	-	-	-	4.316	833	3.483	199	1.965	368	997	25	744	179	565	18	1.562	297	1.265	33	
Cuyo	8.261	1.735	6.526	468	-	-	-	-	2.603	361	2.242	78	2.691	667	2.024	247	249	65	184	14	1.156	166	990	36	
Entre Ríos	417	95	322	28	-	-	-	-	7	0	7	4	311	63	248	18	-	-	-	-	-	-	-	-	
Formosa	2.731	1.168	1.563	36	-	-	-	-	-	-	-	-	1.333	538	795	21	-	-	-	-	745	311	434	15	
Gral. San Martín	3.103	1.056	2.047	191	-	-	-	-	439	196	243	12	2.293	729	1.564	154	187	58	129	2	-	-	-	-	
Gral. Sarmiento	1.417	211	1.206	134	-	-	-	-	-	-	-	-	41	0	41	4	1.169	211	958	97	207	0	207	33	
Jujuy	3.339	768	2.571	81	-	-	-	-	-	-	-	-	2.276	546	1.730	46	10	2	8	0	39	0	39	3	
La Matanza	2.595	466	2.040	233	-	-	-	-	2.211	400	1.811	221	2.211	400	1.811	221	-	-	-	-	92	18	74	8	
La Pampa	2.434	937	1.497	69	-	-	-	-	1.482	641	841	50	-	-	-	-	-	-	-	-	360	110	250	6	
La Rioja	21.957	5.750	16.207	860	-	-	-	-	6.695	2.113	4.582	244	3.715	1.086	2.629	201	349	163	186	15	761	322	439	28	
La Rioja	4.891	1.230	3.661	41	-	-	-	-	350	154	196	0	3.713	890	2.823	201	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lanús	1.964	430	1.534	79	-	-	-	-	1.006	165	841	61	732	189	543	18	-	-	-	-	-	-	-	-	
Litoral	3.708	1.020	2.688	88	-	-	-	-	1.412	497	915	24	557	124	433	15	268	63	205	4	451	110	341	16	
Lomas de Zamora	3.646	837	2.809	167	-	-	-	-	-	-	-	-	3.132	735	2.397	155	-	-	-	-	-	-	-	-	
Luján	2.391	726	1.665	77	-	-	-	-	-	-	-	-	1.733	585	1.148	45	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mar del Plata	5.023	967	4.056	216	-	-	-	-	543	140	403	38	922	173	749	29	-	-	-	-	290	86	204	10	
Misiones	3.150	735	2.415	91	-	-	-	-	381	381	0	0	2.276	794	1.482	86	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nordeste	4.125	1.577	2.548	134	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nordeste de la PBA	2.042	712	1.330	39	-	-	-	-	-	-	-	-	1.802	641	1.161	35	-	-	-	-	130	43	87	1	
Patagonia Austral	1.127	300	827	36	-	-	-	-	-	-	-	-	307	75	232	17	-	-	-	-	519	143	376	12	
Patagonia S. J. Bosco	2.349	1.076	1.273	288	-	-	-	-	423	99	324	28	1.926	977	949	260	-	-	-	-	-	-	-	-	
Quilmes	3.344	681	2.663	247	-	-	-	-	-	-	-	-	2.223	454	1.769	188	142	25	117	2	297	52	245	26	
Río Cuarto	646	357	289	0	13	13	0	0	59	35	24	0	333	157	176	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
Río Negro	12.470	3.046	9.424	420	-	-	-	-	3.086	870	2.216	95	451	125	326	26	541	168	373	11	937	239	698	14	
Rosario	2.868	391	2.477	79	-	-	-	-	55	0	55	2	1.135	122	1.013	35	242	33	209	5	739	131	608	17	
Salta	3.110	569	2.541	84	-	-	-	-	599	119	480	14	705	108	597	19	166	23	143	4	532	95	437	10	
San Juan	3.688	678	3.010	186	-	-	-	-	100	0	100	6	1.707	282	1.425	103	1	0	1	0	-	-	-	-	
San Luis	6.257	2.140	4.117	375	-	-	-	-	-	-	-	-	6.061	2.053	4.008	370	47	20	27	1	60	57	3	0	
Santiago del Estero	1.954	506	1.448	75	-	-	-	-	195	97	98	3	177	65	112	28	342	94	248	7	686	147	539	20	
Sur	1.079	397	682	98	-	-	-	-	1.767	850	917	12	1.226	594	632	42	91	54	37	0	940	467	473	10	
Tecnológica Nacional	4.024	1.965	2.059	64	-	-	-	-	2.726	766	1.960	49	2.516	581	1.835	50	322	113	208	9	693	228	465	16	
Tres de Febrero	13.318	3.472	9.846	299	169	13	156	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tucumán	595	209	386	25	-	-	-	-	185	45	140	5	241	113	128	10	-	-	-	-	-	-	-	-	
Villa María	15.781	4.358	11.423	178	-	-	-	-	15.781	4.358	11.423	178	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Total Institutos Universitarios	15.780	4.366	11.423	185	-	-	-	-	15.781	4.358	11.423	178	8	8	0	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aeronáutico	8	8	0	8	-	-	-	-	-	-	-	-	8	8	0	8	-	-	-	-	-	-	-	-	
Enseñanza Superior del Ejército	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Gendarmería	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Naval	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Policía Federal Argentina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Seguridad Marítima	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Univ. del Arte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Total Universidad Provincial	8.623	3.101	5.522	247	-	-	-	-	704	353	351	5	2.735	1.198	1.537	126	116	44	72	1	564	155	409	13	
Autónoma de Entre Ríos	8.623	3.101	5.522	247	-	-	-	-	704	353	351	5	2.735	1.198	1.537	126	116	44	72	1	564	155	409	13	

Continúa en la página siguiente >

Cuadro 2.1.1.12 - Estudiantes, nuevos inscriptos, reinscriptos y egresados de títulos de pregrado y grado por disciplina según institución. Rama de estudio Ciencias de la Salud. Instituciones universitarias de gestión estatal. Año 2012

Institución	Ciencias de la Salud																								
	Rama			Medicina			Odontología			Paramédicas y Auxiliares de la Medicina			Salud			Veterinaria									
	EST	NI	RE	EST	NI	RE	EST	NI	RE	EST	NI	RE	EST	NI	RE	EST	NI	RE							
Total de las Instituciones Nacionales	195.070	43.949	151.121	12.941	63.827	11.850	51.977	4.251	16.267	2.946	13.321	1.052	99.481	25.013	64.468	6.420	4.180	1.072	3.088	171	21.315	3.068	18.247	1.024	
Total Universidades Nacionales	193.113	43.291	149.822	12.767	63.827	11.850	51.977	4.251	16.267	2.946	13.321	1.052	97.547	24.355	63.192	6.269	4.187	1.072	3.088	171	21.315	3.068	18.247	1.024	
Arturo Jauretche	2.365	1.788	577	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.365	1.788	577	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Avelaneda	581	581	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581	581	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Buenos Aires	61.269	12.724	48.545	2.867	30.612	6.143	24.469	1.439	3.829	829	3.000	185	20.304	4.755	15.549	1.043	0	0	0	0	0	6.524	987	5.527	200
Catamarca	1.110	264	846	34	0	0	0	0	0	0	0	0	1.110	264	846	34	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Centro de la PBA	2.049	319	1.730	131	353	60	283	12	0	0	0	0	205	34	171	0	0	0	0	0	0	1.481	225	1.266	112
Chaco Austral	369	169	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	369	169	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chico Austral	427	91	336	21	0	0	0	0	0	0	0	0	427	91	336	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chilecito	6.732	1.810	3.922	363	1.838	546	1.292	45	0	0	0	0	3.124	1.046	2.078	275	770	218	552	43	0	0	0	0	0
Comahue	16.887	3.012	13.875	2.103	5.165	569	4.596	733	3.628	616	3.012	278	8.094	1.827	6.267	1.092	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Córdoba	2.459	527	1.932	352	574	133	741	122	541	92	449	65	1.044	302	742	185	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuyo	4.380	1.460	2.920	433	0	0	0	0	0	0	0	0	4.380	1.460	2.920	429	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Entre Ríos	2.542	833	1.709	169	0	0	0	0	0	0	0	0	2.542	833	1.709	169	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gral. Sarmiento	384	384	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	384	384	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
José C. Paz	1.350	333	1.017	22	0	0	0	0	0	0	0	0	1.145	579	566	34	1.350	333	1.017	22	0	0	0	0	0
Jujuy	1.295	713	582	34	150	134	16	0	0	0	0	0	1.173	0	173	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Matanza	1.056	105	951	134	0	0	0	0	0	0	0	0	1.056	105	951	134	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	17.066	2.774	14.292	1.570	5.587	378	5.209	318	3.373	499	2.898	225	5.132	1.431	3.701	868	0	0	0	0	0	883	105	778	59
La Plata	5.796	909	4.887	262	2.140	362	1.778	115	176	87	89	0	3.206	432	2.774	134	0	0	0	0	0	3.010	486	2.544	161
La Rioja	1.944	365	1.579	158	0	0	0	0	0	0	0	0	1.944	365	1.579	158	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lanús	9.058	2.164	6.894	591	2.067	499	1.568	196	0	0	0	0	3.774	1.168	2.605	239	1.053	268	765	66	2.164	228	1.936	90	
Litoral	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lomas de Zamora	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Luján	1.512	277	1.235	40	0	0	0	0	0	0	0	0	1.512	277	1.235	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mar del Plata	1.606	521	1.085	67	0	0	0	0	0	0	0	0	1.606	521	1.085	67	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Misiones	8.147	1.825	6.322	658	2.500	681	1.619	231	1.468	223	1.245	82	2.278	628	1.650	202	0	0	0	0	0	2.101	293	1.808	143
Moreno	208	64	144	3	0	0	0	0	0	0	0	0	208	64	144	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordeste de la PBA	222	222	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	222	222	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ceste	802	334	468	36	0	0	0	0	0	0	0	0	802	334	468	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patagonia Austral	332	83	249	25	0	0	0	0	0	0	0	0	332	83	249	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patagonia S. J. Bosco	2.078	980	1.098	60	0	0	0	0	0	0	0	0	2.078	980	1.098	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guilmes	2.882	442	2.440	294	0	0	0	0	0	0	0	0	702	200	502	119	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Cuarto	16.092	3.354	12.738	1.462	9.361	1.996	7.365	747	1.749	312	1.437	154	3.485	875	2.610	215	146	102	44	0	0	2.180	242	1.938	175
Río Negro	4.361	900	3.461	165	0	0	0	0	0	0	0	0	4.361	900	3.461	165	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta	287	147	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	287	147	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Juan	1.191	396	795	35	0	0	0	0	0	0	0	0	1.179	396	783	34	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Luis	1.750	254	1.496	313	90	43	47	31	0	0	0	0	1.660	211	1.449	282	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Martín	1.943	497	1.446	82	0	0	0	0	0	0	0	0	1.105	346	759	46	898	151	687	36	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	837	314	523	53	319	60	259	30	0	0	0	0	518	254	264	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tecnológica Nacional	298	144	154	26	0	0	0	0	0	0	0	0	298	144	154	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tres de Febrero	9.389	757	8.632	496	2.971	246	2.725	232	1.321	189	1.132	62	4.979	143	4.236	181	0	0	0	0	0	718	179	539	21
Tucumán	566	197	369	7	0	0	0	0	0	0	0	0	232	120	112	4	0	0	0	0	0	334	77	257	3
Villa María	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Institutos Universitarios	536	143	393	105	0	0	0	0	0	0	0	0	513	143	370	82	23	0	23	23	0	0	0	0	0
Aeronáutico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enseñanza Superior del Ejército	115	40	75	4	0	0	0	0	0	0	0	0	115	40	75	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Genarmaría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IUNA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Naval	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Policía Federal Argentina	398	103	295	78	0	0	0	0	0	0	0	0	398	103	295	78	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Seguridad Marítima	23	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Universidad Provincial	1.421	515	906	69	0	0	0	0	0	0	0	0	1.421	515	906	69	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autónoma de Entre Ríos	1.421																								



Pobreza infantil en las ciudades de la Argentina (2010-2014)

Diferentes mediciones de la pobreza infantil y una propuesta de medición multidimensional desde un enfoque de derechos.

ODSA

Observatorio
de la Deuda
Social Argentina

BARÓMETRO
DE LA DEUDA SOCIAL
DE LA INFANCIA

Serie del Bicentenario 2010-2016
BOLETÍN N°3 – AÑO 2015
ISBN 978-987-620-298-5



Tuñón, I.; Poy, S.; Coll, A.
Pobreza infantil en las ciudades de la Argentina 2010-2014: Diferentes mediciones de la pobreza infantil y una propuesta multidimensional desde un enfoque de derechos / Ianina Tuñón; Santiago Poy; Agustina Coll. - 1a edición especial - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa, 2015.
20 p.; 27 x 21 cm.
ISBN 978-987-620-298-5
1. Pobreza multidimensional. 2. Infancia. 3. Derechos Humanos. 4. Argentina urbana. CDD 304.6

OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA

DIRECTORA GENERAL

Alicia Casermeiro de Pereson

COORDINADOR ACADÉMICO

Agustín Salvia

COORDINADORA DEL ESTUDIO

Ianina Tuñón

AUTORES

Ianina Tuñón

Investigadora Responsable del Barómetro de la Deuda Social de la Infancia.

Santiago Poy

Becario Conicet – ODSA-UCA.

Agustina Coll

Becaria de investigación ODSA-UCA.

SOCIO PRINCIPAL DE ESTE BOLETÍN

Banco Industrial

SOCIOS DEL BARÓMETRO

DE LA DEUDA SOCIAL DE LA INFANCIA:

Banco Industrial

Coca-Cola de Argentina

COLABORADORES

María Inés Canepa (Asistente)

Natalia Ramil (Prensa)

Foto de tapa: Francisco Gilges

Diseño: Santiago Ascaso

“Los autores de la presente publicación ceden sus derechos a la Universidad, en forma no exclusiva, para que incorpore la versión digital de los mismos al Repositorio Institucional de la Universidad Católica Argentina como así también a otras bases de datos que considere de relevancia académica. Asimismo, la Universidad Católica Argentina autoriza a Coca Cola de Argentina y al Banco Industrial a la difusión de los mismos”.

DATOS EDITORIALES: Lo publicado en esta obra es responsabilidad de los autores y no compromete la opinión de la Pontificia Universidad Católica Argentina, Coca Cola de Argentina y al Banco Industrial.

© 2015, Derechos reservados por Fundación Universidad Católica Argentina.

LA POBREZA INFANTIL Y LOS DERECHOS SOCIALES

Existen suficientes evidencias acerca del impacto estructural y muchas veces irreversible de la pobreza sobre el desarrollo humano y social de la infancia. Amplio es además el consenso en torno a que las múltiples carencias materiales, sociales y emocionales experimentadas en los primeros años de vida provocan consecuencias en el desarrollo físico y cognitivo de los niños/as, probablemente limitando su capacidad de apropiarse de los recursos necesarios para un mejor aprovechamiento de las estructuras de oportunidades vigentes en las sociedades y propiciando procesos de reproducción intergeneracional de la pobreza.

La población infantil y adolescente experimenta la pobreza en una proporción mayor que la población en general y que la población adulta. Con relativa independencia del método de medición de la pobreza que utilicemos esta desventaja relativa es recurrente.

Las “Metas del Milenio” (ONU, 2000) permiten reconocer la vigencia que tienen las medidas monetarias de la pobreza en el mundo, en tanto en las mismas el parámetro es monetario. También, algunas de las políticas públicas que se desarrollan en la región orientadas a erradicar la pobreza tienen como parámetro de focalización los ingresos de los hogares, y evidentemente muchas de ellas se constituyen en una política de transferencia de ingresos.

No obstante, cabe reconocer controversias en torno a la definición de la pobreza y las formas de medirla. Estas polémicas también se encuentran en el campo específico de los estudios sobre pobreza infantil, y cobran especial relevancia. Efectivamente, en los últimos años se han desarrollado propuestas de medición de la pobreza alternativas y directas que procuran considerar diferentes aspectos del desarrollo humano y social de la infancia desde un enfoque de derechos (CDESC, 2001; DWP, 2003; CHIP, 2004; ONU, 2004; CEPAL/UNICEF, 2012; CEPAL, 2013).

En el caso argentino, las mediciones oficiales de la pobreza se han basado históricamente en el método indirecto de línea de pobreza por ingresos, y

por lo general se realizaban estimaciones a nivel de los hogares y del total de la población. En la actualidad, el Estado argentino no estima ni publica la incidencia de la pobreza. Sin duda ello reviste una particular gravedad cuando se conoce que la misma produce marcas de difícil reversión en la niñez y adolescencia. Asimismo, es relevante señalar que existe una amplia normativa vigente en la Argentina a partir de la cual se reconoce un conjunto de indicadores de privaciones sociales que vulneran derechos de los niños, las niñas y adolescentes en la Argentina urbana.

Esta nueva publicación del Barómetro de la Deuda Social de la Infancia ofrece diferentes medidas de pobreza aplicadas a la población de niños, niñas y adolescentes que residen en la Argentina urbana. En particular, es de interés presentar una propuesta de pobreza multidimensional desde un enfoque de derechos que permita una aproximación a las múltiples privaciones sociales que experimenta la población infantil en el espacio de siete (7) dimensiones de derechos: 1) alimentación, 2) saneamiento, 3) vivienda, 4) salud, 5) información, 6) estimulación temprana (0 a 4 años), y 7) educación (5 a 17 años).

La introducción del lenguaje de los derechos humanos modifica los parámetros desde donde se evalúan y definen las carencias sociales en la niñez y adolescencia, pasando de una cuestión moral a una responsabilidad legal que exige a los gobiernos e interpela a las familias y a las sociedades. Por otra parte, el enfoque de derechos permite definir mejor el espacio de las privaciones, legitimando su exigibilidad y aportando elementos para una mejor definición del destino de los recursos públicos y de las responsabilidades o corresponsabilidades de los Estados, la sociedad, la familia y el mercado. Asimismo, es evidente que avanzar en una mejor definición del espacio de las privaciones, y en particular de las carencias en la infancia, contribuye a orientar programas sociales, políticas y recursos públicos.

LA ENCUESTA

La Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) es una encuesta de hogares, multipropósito, que releva datos de hogares y personas en grandes centros urbanos de la Argentina. A partir del 2006 dicha encuesta incorpora un módulo específico que busca medir el grado de cumplimiento de los derechos del niño y el desarrollo humano y social de la niñez y adolescencia. Dicho módulo es realizado al adulto padre, madre o tutor/a del niño o niña de 0 a 17 años de edad residente en el hogar. El presente informe se apoya en los datos generados a partir de las muestras 2010, 2011, 2012, 2013, 2014. que alcanzó una cobertura total de 5700 hogares en 950 puntos muestra de la Argentina. La muestra es representativa de los siguientes Conglomerados urbanos: Área Metropolitana del Conurbano Bonaerense, Gran Córdoba, Gran Rosario, Gran Mendoza y San Rafael, Gran Salta, Gran Tucumán y Tafi Viejo, Mar del Plata, Gran Paraná, Gran San Juan, Gran Resistencia, Neuquén-Plottier, Zárate, Goya, La Rioja, Comodoro Rivadavia, Ushuaia y Rio Grande.

MAYOR VULNERABILIDAD A LA POBREZA EN LA INFANCIA

A continuación se presentan diferentes mediciones de la pobreza a nivel de la infancia. Por un lado, los enfoques económicos clásicos que buscan aproximarse a la definición y medición de este problema lo hacen centralmente con referencia al acceso por parte de personas, hogares o comunidades a determinados recursos económicos que permiten la satisfacción de necesidades básicas de subsistencia. Siguiendo este enfoque, se estima la pobreza a través del “método de ingreso”, y se calcula la proporción de la infancia por debajo de la “línea de pobreza” (LP)¹ y la “línea de indigencia” (LI)².

1 Se considera pobre a aquel niño/a en hogares cuyos ingresos no superen el umbral del ingreso monetario necesario para adquirir en el mercado el valor de una canasta de bienes y servicios básicos (CBT: Canasta Básica Total). Niños/as en hogares cuya CBT-mensual por adulto equivalente se evaluó en: \$590 en 2010, \$738 en 2011, \$940 en 2012, \$1.283 en 2013 y \$1.780.- en 2014.

2 Se considera indigente a aquel niño/a en hogares cuyos ingresos no permite adquirir el valor de la Canasta Básica Alimentaria (CBA). La misma incorpora una serie de productos requeridos para la cobertura de un umbral mínimo de necesidades alimenticias (energéticas y proteicas). Niños/as en hogares cuya CBA-mensual por adulto equi-

Por otro lado, se estima la pobreza a través de un método directo también ampliamente difundido como el de “Necesidades Básicas Insatisfechas” (NBI)³.

Es conocido que la niñez y la adolescencia se concentran más densamente en los sectores sociales más pobres, incluso, que es mayor la proporción de niños/as en condiciones de pobreza que la de hogares y población de jóvenes, adultos y adultos mayores. Ello ocurre básicamente como consecuencia de las mayores tasas de natalidad que registran los hogares más pobres, el tamaño mayor de los mismos y la superior proporción de adultos inactivos dedicados al cuidado de niños/as y otros miembros del hogar. Con relativa independencia del método de medición de la pobreza los niños, las niñas y adolescentes son claramente la población más vulnerable a la pobreza.

valente se evaluó en: \$284 en 2010, \$355 en 2011, \$451 en 2012, \$617 en 2013 y \$851.- en 2014.

3 Porcentaje de niños/as que presenta al menos una de las siguientes privaciones: 3 o más personas por cuarto habitable, habita en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria), hogares sin ningún tipo de retrete, hogares con algún niño/a en edad escolar (6 a 17 años) que no asiste a la escuela, y hogares con 4 o más personas por miembro ocupado y además cuyo jefe/a tuviera como máximo hasta primaria completa.

Los niños/as y adolescentes en 2014 registran 1,4 veces más chance de ser pobres por ingresos que los jóvenes, 1,8 veces respecto los adultos, y 5,2 veces respecto de los adultos mayores (figura 1). Estas brechas claramente regresivas para los niños/as son de 1,5 veces, 2,4 veces y 7,3 veces respectivamente cuando se trata de la propensión a la indigencia (figura 2). La situación no es muy diferente cuando se trata de las brechas respecto de la pobreza por NBI. Los niños/as registran 1,5 veces más chance de pertenecer a hogares con NBI que los jóvenes, 2,1 veces más que los adultos y 3,6 veces más que los adultos mayores (figura 3). Estas brechas se han mantenido estables entre 2010 y 2014.

La pobreza económica ha seguido una evolución en ascenso entre 2011 y 2014 a nivel de la infancia, mientras que la situación de indigencia económica siguió una tendencia más estable y por debajo de los dos dígitos. La pobreza de tipo estructural siguió una tendencia estable y en descenso entre 2010 y 2013, y en último período interanual se revirtió la tendencia en un sentido negativo.

En resumen, en 2014, se estima que 40% de los chicos/as viven en hogares con ingresos insuficientes para acceder a una canasta básica de alimentos, bienes y servicios (9,5% en hogares con ingresos que no alcanzan para adquirir una canasta básica alimentaria)⁴, y 28,7% en con hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas.

A estas medidas tradicionales de medición de la pobreza se suma, seguidamente, una propuesta de medición multidimensional con umbrales de derechos.

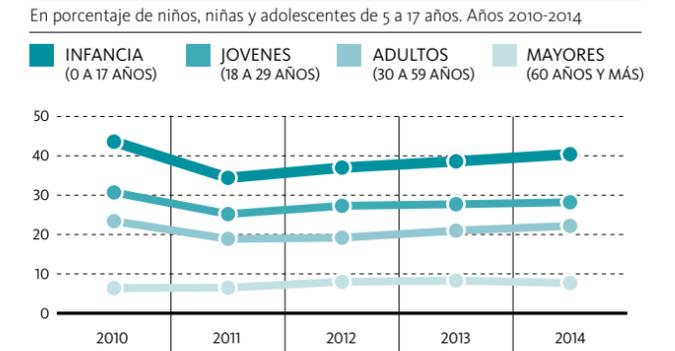
POBREZA INFANTIL MULTIDIMENSIONAL: UMBRALES DE DERECHOS E INDICADORES

La propuesta de medición de la pobreza infantil realizada por CEPAL y UNICEF (2012), parte de la siguiente definición conceptual (UNICEF, 2005: 18): “Los niños y niñas que viven en la pobreza [son los que] sufren una privación de los recursos materiales, espirituales y emocionales necesarios para sobrevivir, desarrollarse y

4 Tomando como fuente externa la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Indec del cuarto trimestre del 2014, la pobreza en la infancia y adolescencia se estima en 31% y la indigencia en 8%. Para mayor información sobre los motivos de las diferencias entre las estimaciones realizadas a partir de la EDSA y la EPH ver Salvia et al (2015:210).

Figura 1

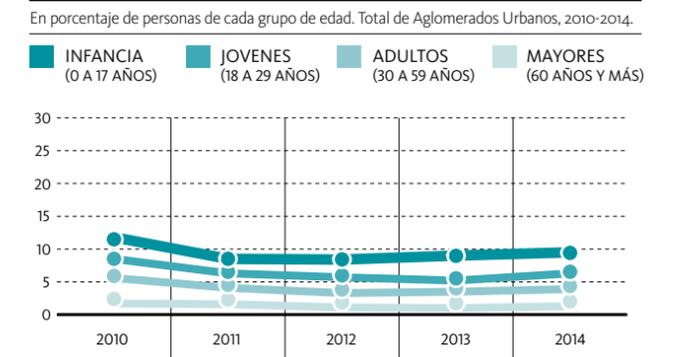
Línea de pobreza por ingresos (LP) según grupos de edad



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA (ODSA-UCA). AÑOS 2010-2014.

Figura 2

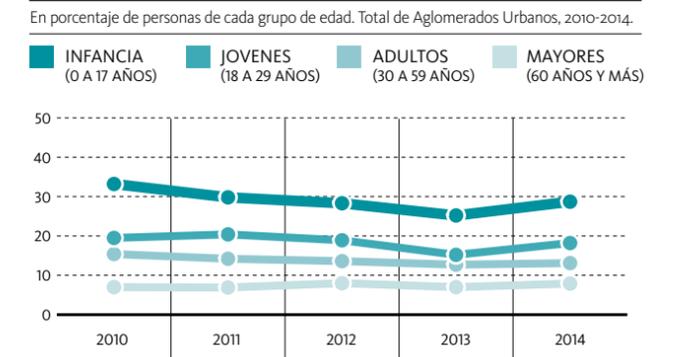
Línea de indigencia por ingresos (LI) según grupos de edad



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA (ODSA-UCA). AÑOS 2010-2014.

Figura 3

Necesidades Básicas Insatisfechas según grupos de edad



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA (ODSA-UCA). AÑOS 2010-2014.

prosperar, lo que les impide disfrutar sus derechos, alcanzar su pleno potencial o participar como miembros plenos y en pie de igualdad en la sociedad”.

De esta definición se valora el enfoque de derechos y la perspectiva multidimensional. La perspectiva de derechos ofrece un marco socialmente legitimado para formular los parámetros generales, funcionamientos específicos y umbrales mínimos necesarios para evaluar el desarrollo humano de una sociedad, a la vez que es legítimamente exigible su garantía a los Estados (PNUD, 2000; Nussbaum, 2002; Pogge, 2005).

La comunidad internacional reconoce el imperativo del desarrollo humano y social en numerosos instrumentos normativos. En el caso particular de la infancia, el Estado argentino adoptó la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989); asumió compromisos frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000); y sancionó numerosas leyes de protección de derechos que se constituyen en un conjunto amplio de parámetros a partir de los cuales definir dimensiones e indicadores de necesidades, capacidades y funcionamientos para el desarrollo humano de la infancia.

Justamente, el Estado argentino avanzó de modo relevante en la creación de jurisprudencia en el campo de los derechos sociales y en particular en los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Durante la primera década del siglo XXI se sancionaron la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, la Ley 26.206 de Educación Nacional,

la Ley 26.233 sobre Centros de Desarrollo Infantil y la Ley 26.390 de Prohibición del Trabajo Infantil y Protección del Trabajo Adolescente. Estos notables avances en el reconocimiento del niño/a como sujetos de derecho fueron acompañados por la creación de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF); el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia; y el Plan Nacional de Acción por la Niñez y la Adolescencia.

En este marco, la metodología para medir las privaciones en el ejercicio de derechos en la infancia propuesta en el presente trabajo considera siete dimensiones de derecho: (a) Derecho a la alimentación, (b) Derecho al saneamiento, (c) Derecho a una vivienda digna, (d) Derecho a la atención de la Salud, (e) Derecho a la estimulación temprana, (f) Derecho a la educación, y (h) Derecho a la información.

Una vez definidas las dimensiones de derechos, se establecieron dos tipos de medidas de privación en un nivel severo y moderado. Siguiendo la propuesta de CEPAL y UNICEF (2012), el criterio de identificación se centra en el enfoque de unión, según el cual un niño/a se encuentra en situación de déficit en el ejercicio de derechos si registra al menos una privación en alguna de las dimensiones consideradas.

A continuación, en tabla 1 y 2, se presenta una síntesis conceptual y de las dimensiones de derechos con sus correspondientes indicadores (umbrales de privación) (Tuñón y González, 2012; Tuñón y Poy, 2014; Tuñón, Poy, Coll, 2015).

Tabla 1. POBREZA MULTIDIMENSIONAL

UN NIÑO, NIÑA U ADOLESCENTE SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL CUANDO NO TIENE GARANTIZADO EL EJERCICIO DE, AL MENOS, UNO DE SUS DERECHOS PARA EL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL.

POBREZA MULTIDIMENSIONAL TOTAL	POBREZA MULTIDIMENSIONAL SEVERA
Los niños/as y adolescentes entre 0 y 17 años se encuentran en situación de pobreza multidimensional cuando presenta al menos una privación severa o moderada. Las privaciones moderadas implican una vulneración en el ejercicio de derechos que obstaculizan el desarrollo humano y social de la infancia pero cuyas consecuencias son reversibles en el mediano plazo.	Los niños/as y adolescentes entre 0 y 17 años se encuentran en situación de pobreza multidimensional severa cuando presentan al menos una privación grave en dimensiones de derechos esenciales para el desarrollo humano. Es decir, que se encuentran privados de necesidades y en el ejercicio de capacidades que obstaculizan el máximo desarrollo del niño/a y cuyas consecuencias adversas son de difícil reversión en el mediano o corto plazo.

Es decir, que ingresan a la pobreza multidimensional total los niños/as que: *experimentan hambre pero que acceden a la ayuda alimentaria directa; *que viven en situación de hacinamiento medio y/o en viviendas precarias en términos de su construcción; *sin acceso a una atención preventiva de la salud y no cuentan con obra social, mutual o prepaga; *carecen de una estimulación temprana suficiente; *asisten a la escuela pero carecen de ofertas educativas, o *cuando son adolescentes presentan sobre-edad y/o trabajan en tareas domésticas intensivas y/o económicas.

Al menos una de las siguientes privaciones severa: *tener hambre y no acceder ayuda alimentaria directa; *no tener acceso al agua de red y no contar con inodoro con descarga; *vivir en situación de hacinamiento crítico y/o en una vivienda precaria en términos de los materiales de su construcción; *no tener las vacunas que corresponden a su edad; *no acceder a ninguna tecnologías de la información; *carecer de estímulos emocionales e intelectuales en la temprana infancia; *no asistir a la escuela entre los 5 y 17 años.

Tabla 2

Dimensión de derechos, indicadores y umbrales de privación

Niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años

DIMENSIÓN	UMBRALES MODERADOS	UMBRALES SEVEROS
ALIMENTACIÓN (0-17 AÑOS)	Niños/as y adolescentes en hogares en los que se expresa haber reducido la dieta de alimentos en los últimos 12 meses por problemas económicos o que expresaron haber sentido hambre por falta de alimentos pero reciben alimentación gratuita de algún tipo	Niños/as y adolescentes en hogares en los que se expresa haber sentido hambre por falta de alimentos en los últimos 12 meses por problemas económicos y que no reciben alimentación gratuita de ningún tipo
SANEAMIENTO (0-17 AÑOS)	Niños/as y adolescentes en viviendas que no acceden al suministro de agua corriente o que, si acceden al mismo, cuentan con inodoro sin descarga de agua o no disponen del mismo	Niños/as y adolescentes en viviendas con inodoro sin descarga de agua o que no disponen de inodoro y que, además, no acceden al suministro de agua corriente
VIVIENDA (0-17 AÑOS)	Hacinamiento: Niños/as y adolescentes en viviendas con cuatro personas por cuarto habitable	Hacinamiento: Niños/as y adolescentes en viviendas con cinco o más personas por cuarto habitable
	Calidad de la vivienda: Niños/as y adolescentes que habitan en viviendas de adobe con o sin revoque, o que tienen ladrillos sin revocar	Calidad de la vivienda: Niños/as y adolescentes que habitan en viviendas de madera, chapa de metal o fibrocemento, chorizo, cartón, palma, paja o materiales de desechos
SALUD (0-17 AÑOS)	Niños/as y adolescentes que hace un año o más que no realizan una consulta médica y no tienen cobertura de salud (obra social, mutual o prepaga)	Niños/as y adolescentes que no tienen todas las vacunas correspondientes a su edad
INFORMACIÓN (0-17 AÑOS)	Niños/as y adolescentes en viviendas en las que carecen de 4 o más de los siguientes componentes: teléfono (fijo o celular), internet, biblioteca, libros infantiles, o computadora	Niños, niñas y adolescentes en viviendas que no acceden a ninguno de los siguientes componentes: teléfono (fijo o celular), internet, biblioteca, libros infantiles, ni computadora
ESTIMULACIÓN TEMPRANA (0-4 AÑOS)	Niños/as que presentan 3 o más del siguiente déficit: no se les suele leer cuentos, no suelen jugar con ellos, no asisten a centros educativos, en su hogar se suele utilizar el maltrato físico y/o verbal como forma de disciplinar	Niños/as que presentan 4 o más del siguiente déficit: no se les suele leer cuentos, no suelen jugar con ellos, no asisten a centros educativos, en su hogar se suele utilizar el maltrato físico y/o verbal como forma de disciplinar
EDUCACIÓN (5-17 AÑOS)	Niños/as que asisten a la escuela y que carecen de 3 o más de los siguientes recursos educativos: música, plástica, educación física, inglés o computación	Niños/as y adolescentes que no asisten a la escuela
	Adolescentes que asisten a la escuela con sobre-edad y realizan trabajo doméstico intensivo y/o económico	

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN TUÑÓN Y GONZÁLEZ, 2012; TUÑÓN Y POY, 2014.

POBREZA INFANTIL MULTIDIMENSIONAL: INCIDENCIA, EVOLUCIÓN Y FACTORES ASOCIADOS

Evolución de la incidencia de la pobreza multidimensional (2010 -2014)

La evolución del índice de pobreza multidimensional muestra una tendencia a la baja entre puntas del período analizado. En 2010 el 60,0% de los niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años experimentaba al menos una privación en alguna de las dimensiones de derechos

consideradas. En 2014 el porcentaje desciende a 57,8% bajando 2,3 puntos porcentuales. Las privaciones severas exhiben mejoras más pronunciadas. En 2010 el 24,7% de los niños y las niñas se encontraba en situación de privación severa mientras que en 2014 el porcentaje desciende a 18,2%, es decir que disminuye 6,5 puntos porcentuales (figura 4). Esto podría indicar que hay una proporción de niños y niñas que salieron de la situación de pobreza extrema pero no lograron mejoras suficientes como para salir de la situación de pobreza, y por tanto el índice total no alcanza variaciones sustanciales. Este comportamiento se advierte de modo particular en las dimensiones de alimentación y vivienda.

Figura 4
Evolución de la incidencia de la pobreza multidimensional

En porcentaje de niños y adolescentes entre 0 y 17 años. Total de Aglomerados Urbanos, 2010-2014.



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA (ODSA-UCA), AÑOS 2010-2014.

Privaciones totales y severas en siete dimensiones de derechos

Las dimensiones que tienen mayor nivel de déficit son vivienda, saneamiento y alimentación. Por su parte, las dimensiones de estimulación, información, educación y salud presentan incidencias del déficit total por debajo del 20% en 2014.

En relación a la vivienda, en 2014, se estima que 18,8% de los niños, niñas y adolescentes reside en hogares en situación de hacinamiento o precariedad en términos de los materiales de la construcción, y además 5,5% encuentra agravada esta situación por mayor severidad en el hacinamiento y en la precariedad de la construcción. La evolución de este indicador muestra que de 2010 a 2014 las mejoras no alcanzaron niveles significativos, el indicador pasó de 25,7% en 2010 a 24,3% en 2014 (una variación de 1,4 puntos porcentuales). Ahora bien, a nivel de la privación severa, se registraron avances más importantes ya que el porcentaje bajó de 8,3% a 5,5% (2,8 puntos porcentuales).

La dimensión de saneamiento indica que en 2014 20,6% de los niños/as presenta déficit con distinto nivel de gravedad: 15,7% tiene déficit en el suministro de agua corriente o en la instalación del inodoro (por no tener o porque éste no tenga descarga de agua), y 4,9% presenta simultáneamente ambos déficits. Su comportamiento en el período analizado indica que de 2010 a 2014 hubo avances: en 2010 el 26,2% tenía

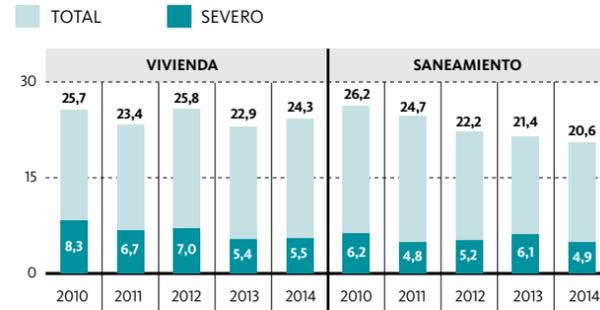
déficit mientras que en 2014 el porcentaje desciende a 20,6% (una merma de 5,6 puntos porcentuales). En efecto, esta es la dimensión que más redujo su nivel de privación total entre puntas del período. No obstante, cabe señalar que el déficit severo pasa de 6,2% en 2010 a 4,9% en 2014 (una merma de apenas 1,3 puntos porcentuales).

El indicador de alimentación exhibe, en 2014, que 21,2% de los chicos/as tiene alguna privación entorno a la alimentación. El 16,5% vive en hogares donde hay inseguridad alimentaria y por tanto recibe alimentación gratuita por parte de algún organismo, y adicionalmente 4,7% está en esa misma situación pero no recibe la ayuda social, siendo este último un escenario más severo. La evolución del déficit total indica que no hubo variaciones entre puntas del período, el nivel de privación se mantuvo estable en torno al 21%. Sin embargo, las privaciones severas sí registran mermas del déficit: en 2010 el 7,6% tenía déficit y en 2014 disminuyó a 4,7% (2,9 puntos porcentuales). Esta tendencia acompaña el hecho de que la inseguridad alimentaria severa disminuyó en el período mientras que la alimentación gratuita aumentó (Tuñón, 2015, pp. 132-133).

Para analizar la estimulación temprana se consideró a la población de 0 a 4 años de edad. La estimulación variada durante los primeros años de vida resulta importante para que el niño/a desarrolle la motricidad, el lenguaje, el autoestima y otras habilidades que se desarrollan en la interacción y la experiencia. En este marco, se estima que en 2014, el 18% de los niños/as presenta algún grado de privación en esta dimensión. En particular, 13,3% tiene déficit en tres de las siguientes privaciones: no le leen cuentos, no juegan con otros miembros de la familia, no asisten a centros educativos, y en el hogar se utiliza el maltrato físico y/o verbal como forma de disciplinar. Asimismo, se estima que 4,8% acumula cuatro o más de estos déficits encontrándose así en una situación más severa. Cuando se estudia su evolución entre puntas, el índice total de estimulación no muestra variaciones, se mantiene en 18%. Las privaciones severas también se mantienen constantes, 4,1% en 2010 y 4,8% en 2014 (una variación mínima y no significativa de 0,7 puntos porcentuales).

Figura 5
Evolución de la incidencia del déficit en vivienda y saneamiento

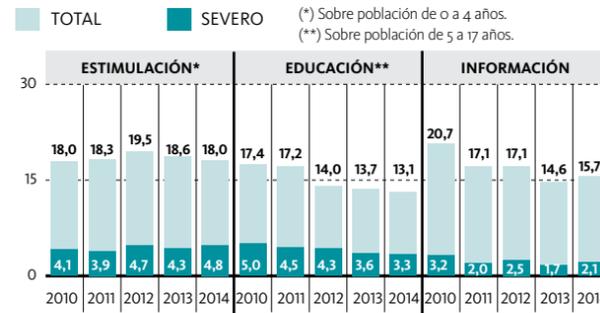
En porcentaje de niños y adolescentes entre 0 y 17 años. Total de Aglomerados Urbanos, 2010-2014.



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA (ODSA-UCA), AÑOS 2010-2014.

Figura 6
Evolución de la incidencia del déficit en estimulación, educación e información

En porcentaje de niños y adolescentes entre 0 y 17 años. Total de Aglomerados Urbanos, 2010-2014.

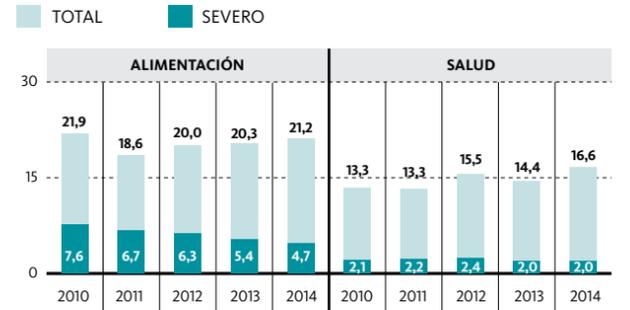


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA (ODSA-UCA), AÑOS 2010-2014.

La dimensión de información incluye la medición de las oportunidades de acceso y uso de los diferentes recursos materiales de información y de expresión como son la computadora, internet, los libros infantiles, la biblioteca, y el teléfono. La privación de acceso a cuatro de estos recursos en el marco del hogar indica una situación deficitaria, y en el caso de que no se acceda a ninguno, indica una situación deficitaria severa. Tanto la privación total como la severa presentan mejoras: la primera pasa de 20,7% de déficit en 2010 a 15,7% en 2014, y la segunda de 3,2% en 2010 a 2,1% en 2014. Es decir que, si bien hubo avances, aún queda 15,7% de niños/as sin un acceso pleno a los recursos de información.

Figura 7
Evolución de la incidencia del déficit en alimentación y atención de la salud

En porcentaje de niños y adolescentes entre 0 y 17 años. Total de Aglomerados Urbanos, 2010-2014.



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA (ODSA-UCA), AÑOS 2010-2014.

En cuanto al ejercicio del derecho a la educación, en 2014 13,1% de niños y adolescentes ve afectado su derecho por varias situaciones. Precisamente, en 2014 el 9,9% de los niños/as y adolescentes entre los 5 a 17 años tiene déficit debido a que, si bien asiste a la escuela, tiene una oferta curricular incompleta en el caso de la educación primaria; o el adolescente presenta sobre-edad y además se encuentra trabajando. Asimismo, en lo que refiere a la privación severa, aún hay un 3,3% que no asiste a la escuela. La evolución de este indicador muestra una disminución del déficit total de 4,3 puntos porcentuales dado que pasa de 17,4% en 2010 a 13,1% en 2014. De hecho, fue una de las dimensiones que más se redujo (junto con saneamiento e información). La privación severa también disminuyó: en 2010 el 5% de los chicos/as de 5 a 17 años no asistía a la escuela y en 2014 baja a 3,3% (una merma de 1,7 puntos porcentuales).

Finalmente, la dimensión de salud es la que presenta la menor incidencia dentro de la población infantil. El déficit incluye a los niños/as que no se realizaron un control médico en el último año (o no recuerdan haberlo hecho) y que no tienen cobertura de salud (obra social, mutual o prepaga). Hacia finales del período bajo análisis, esta situación alcanza al 14,6% de los chicos/as. La condición severa que involucra no tener todas las vacunas correspondientes a su edad alcanza al 2%. De manera que el déficit total escala a 16,6% para el 2014. Esta dimensión es importante ya que es la única que exhibe un aumento del déficit a lo largo

Figura 8

Medidas de pobreza multidimensional

	2010	2011	2012	2013	2014
Media de privaciones totales	2,09	1,97	1,96	1,87	1,96
Media de privaciones severas	1,30	1,30	1,27	1,26	1,26
Índice de profundidad de la pobreza infantil	8,2	7,3	7,4	6,8	7,0
Cociente de brecha de pobreza infantil entre los pobres	13,6	12,5	12,5	11,8	12,2
Índice de severidad de la pobreza infantil	1,60	1,35	1,38	1,15	1,23

FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA (ODSA-UCA). AÑOS 2010-2014.

del período analizado de 3,3 puntos porcentuales a nivel del total, mientras que el déficit de vacunación se mantiene constante en 2%. El principal componente que aumenta es el déficit de consulta médica por parte de los niños/as (Tuñon, 2015, pp.133-134).

Como ya se señaló, el índice de recuento de las privaciones totales se redujo, entre 2010 y 2014, de 60,6% a 57,8%, mientras que el índice de privaciones severas manifestó una reducción de 24,7% a 18,2%. El índice de recuento no permite apreciar por sí mismo si los niños/as en situación de pobreza multidimensional tienen más o menos privaciones, a la vez que no basta para describir si éstas son más o menos severas. Es por ello que en la Figura 8 se presentan otras medidas sintéticas⁵ que brindan una imagen más completa de estas tendencias.

En primer término, se observa que la media de privaciones totales se redujo de 2,09 a 1,95 entre puntas del período, y la media de privaciones severas pasó de 1,30 a 1,25 por niño/a. Esto significa que no sólo se redujo el índice de recuento –que incluye a todos los niños/as que

tengan al menos una privación– sino también la cantidad de carencias que afectan a las infancias argentinas.

En segundo término, el índice de profundidad de la pobreza infantil pasó de 8,2% a 7% entre 2010 y 2014. Esta medida va en la línea de lo examinado a partir del índice de recuento e indica que, al término del período, las infancias argentinas se encontraban, en promedio, a menor distancia del umbral de privaciones considerado en cada dimensión. Por su parte, el cociente de brecha de pobreza entre los pobres (un índice de profundidad calculado sobre la población con privaciones) –que se redujo de 13,6% a 12,2%– permite observar que, entre las infancias con algún tipo de carencias, las más graves redujeron su incidencia; en otros términos, los niños/as que tenían privaciones en 2014 estaban más “cerca” del umbral de no privaciones que quienes tenían carencias en el año 2010⁶. Finalmente, el índice de severidad –que pondera más la presencia de niños/as con privaciones severas sobre la población total de niños/as⁷– se

6 El *cociente de brecha de pobreza*, o índice de profundidad entre los pobres, distribuye la brecha o distancia al umbral de privaciones entre los niños con alguna carencia. Por este motivo, si un niño pasa de tener privaciones moderadas a no tener ninguna, es excluido del cálculo. Si todos los niños que permanecen con alguna carencia no han modificado la gravedad de las mismas, el índice subirá en lugar de disminuir. Es por ello que no cumple con los axiomas fundamentales de Sen, pero resulta una medida discriminante del comportamiento de las privaciones en la infancia (UNICEF, 2010).

7 Al elevar al cuadrado la distancia entre la situación del niño y el umbral de no privación considerado, aquellos que se encuentran más lejos de éste –por tener privaciones severas– tienen un peso mayor en el cómputo de la medida de *severidad* que quienes se encuentran a menor distancia –es decir, tienen privaciones moderadas-. Dado que el universo de referencia en el cálculo es el total de la población infantil, este índice capta el desplazamiento de niños con mayores grados de privación a menores grados de privación y cumple los axiomas de Sen.

5 Una vez identificados los indicadores y los umbrales de privación, existen medidas alternativas de agregación que permiten obtener valores sintéticos. En esta publicación, se utilizan las medidas propuestas por Bourguignon y Chakravarty (2003), que se inspiran en los índices de Foster, Greer y Thorbecke (1984). A partir de la siguiente expresión:

$$P_{\alpha}^0(X,z) = 1/n \sum_{i=1}^q \left[\sum_{j=1}^m a_{ij} (s_{ij} (1-x_{ij}/z))^{\alpha} \right]^{\alpha/\alpha} \quad (1)$$

Cuando $\alpha=0$, la medida de agregación se convierte en el índice de recuento o tasa de pobreza (H), cuando $\alpha=1$, es el *cociente de brecha de pobreza* (o índice de profundidad de la pobreza); cuando el cociente de brecha de pobreza se calcula sólo sobre el total de pobres, se obtiene el *cociente de brecha de pobreza entre los pobres* (o índice de profundidad entre los pobres). Finalmente, cuando $\alpha=2$, representa el índice de severidad de la pobreza multidimensional.

redujo de 1,6% a 1,2%, lo que significa, en la misma línea que lo anterior, que al término del período las infancias con carencias graves tenían una menor incidencia sobre el total de los niños/as.

Principales factores asociados a la pobreza infantil

Una vez estudiadas las tendencias que presentan los índices resumen de la pobreza infantil (retracción de privaciones totales y en mayor medida de severas), interesa también conocer qué infancias y adolescencias participan de estas tendencias y cuáles son los principales factores sociodemográficos y de los hogares asociados al fenómeno.

La composición sociodemográfica indica que entre 2010 y 2014, la disminución del índice multidimensional total en los varones fue de 1,7 puntos porcentuales, mientras que en las mujeres fue de 3,7 puntos porcentuales. Es decir que las mermas del déficit impactaron en mayor medida en la población de mujeres. A nivel de las privaciones severas, ambos sexos muestran reducciones significativas, si bien nuevamente las mujeres tienen reducciones comparativamente mayores (7,3 puntos porcentuales) en relación con los varones (5,3 puntos porcentuales), como consecuencia principal de una mayor inclusión educativa de las adolescentes (Figuras 9 y 9.1).

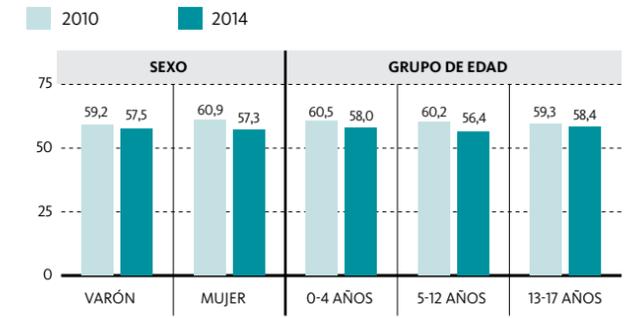
Con respecto al grupo de edad, la franja etaria de 5 a 12 años es donde se observa los progresos más significativos. Allí la disminución del índice total entre 2010 y 2014 es de 3,8 puntos porcentuales en tanto para el resto de los grupos de edad las variaciones no son significativas estadísticamente. Cabe señalar que se trata del grupo de niños/as con mayor nivel de escolarización y participación en los programas de ayuda alimentaria escolares.

El análisis de las características del hogar muestra que los hogares monoparentales tienen mayor nivel de déficit –tanto total como severo– en comparación con los hogares biparentales. Ahora bien, a nivel de las privaciones totales los hogares monoparentales no tuvieron reducciones en su déficit mientras que a nivel de las privaciones severas sí presentaron mejoras (variaciones significativas estadísticamente de 5 puntos porcentuales). En cambio, los hogares biparentales

Figura 9

Incidencia de la pobreza multidimensional total por sexo y grupo de edad

En porcentaje de niños y adolescentes entre 0 y 17 años. Total de Aglomerados Urbanos, 2010-2014.

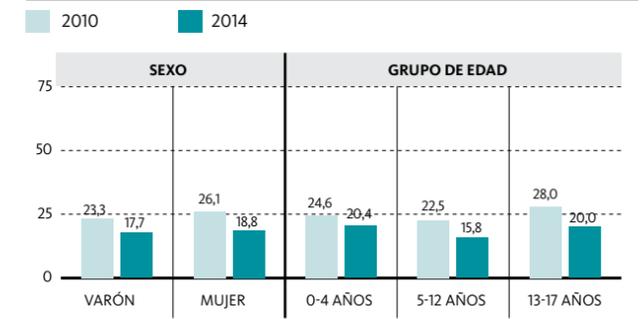


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA (ODSA-UCA). AÑOS 2010-2014.

Figura 9.1

Incidencia de la pobreza multidimensional severa por sexo y grupo de edad

En porcentaje de niños y adolescentes entre 0 y 17 años. Total de Aglomerados Urbanos, 2010-2014.



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA (ODSA-UCA). AÑOS 2010-2014.

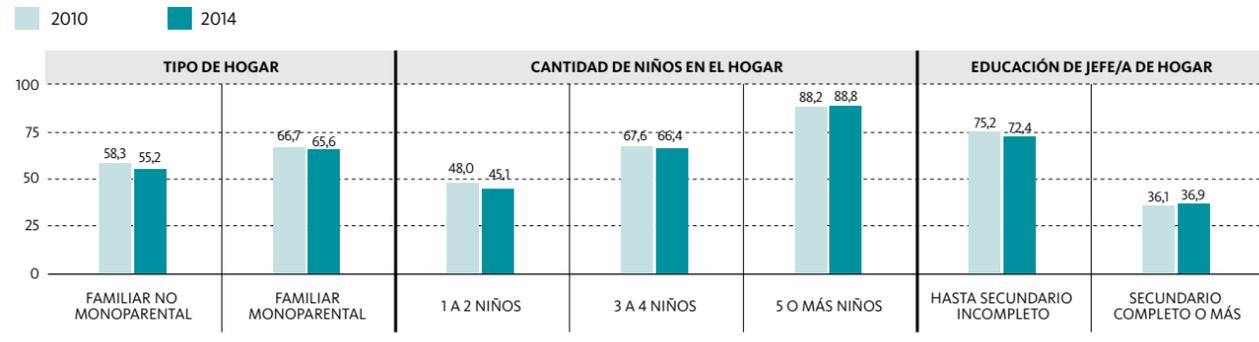
registraron avances en el nivel de las privaciones severas (7 puntos porcentuales) pero también en la total (3,1 puntos porcentuales) logrando en parte superar el umbral de la pobreza. Algo similar sucede con los hogares de 1 a 2 niños/as en relación con los hogares más numerosos (3 a 4 niños/as y 5 o más niños/as). Estos últimos alcanzan reducciones significativas en los niveles de privación severos pero no logran superar el umbral de la pobreza total (Figuras 10 y 10.1).

Por su parte, la educación del jefe/a de hogar también resulta un factor relevante asociado a la pobreza infantil. Los niños/as en hogares donde el jefe/a tiene el secundario incompleto tienen el doble de chances de presentar privaciones que los niños/as en hogares con

Figura 10

Incidencia de la pobreza multidimensional total por tipo de hogar, cantidad de niños/as en el hogar, y nivel educativo del jefe/a de hogar

En porcentaje de niños y adolescentes entre 0 y 17 años. Total de Aglomerados Urbanos, 2010-2014.

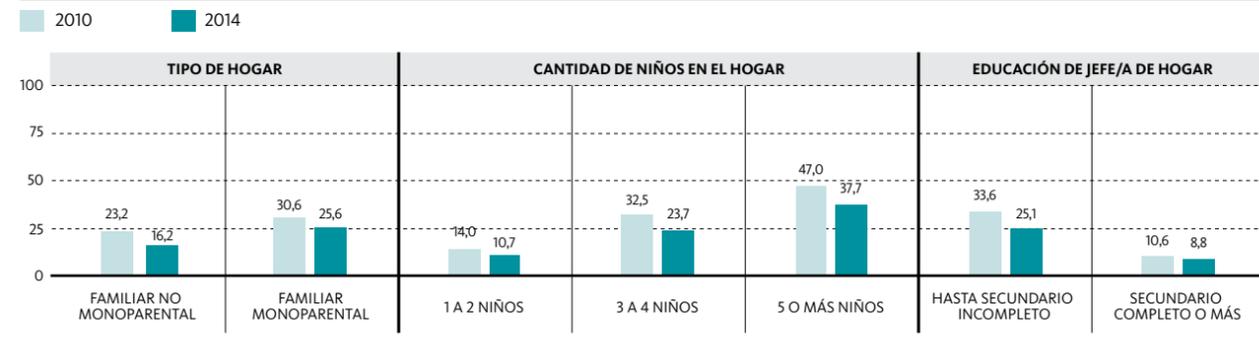


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA (ODSA-UCA). AÑOS 2010-2014.

Figura 10.1

Incidencia de la pobreza multidimensional severa por tipo de hogar, cantidad de niños/as en el hogar, y nivel educativo del jefe/a de hogar

En porcentaje de niños y adolescentes entre 0 y 17 años. Total de Aglomerados Urbanos, 2010-2014.



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA (ODSA-UCA). AÑOS 2010-2014.

jefes/as con secundario completo: en 2014 el 72,4% de los niños/as en hogares con jefe/a con secundario incompleto tenía déficit mientras que en hogares con jefe/a con secundario completo 36% tenía déficit. Ahora bien, si se analiza la evolución, los chicos/as en hogares con jefes/as que tienen hasta secundario incompleto registraron importantes mejoras, especialmente en el nivel de las privaciones severas (reducción de 8,5 puntos porcentuales en el déficit severo y 2,7 puntos porcentuales en el déficit total).

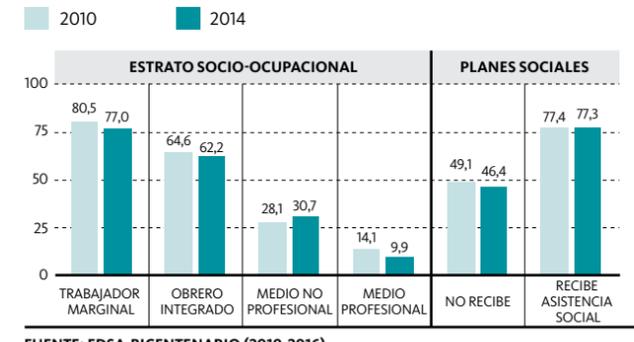
Si se analiza el comportamiento del déficit total en función de factores socio-ocupacionales se observa que a medida que desmejora el estrato aumenta la propensión a padecer alguna privación. En este sen-

tido, los niños/as residentes en hogares de estrato trabajador marginal son más proclives a la privación en el ejercicio de derechos. Sin embargo, presentan mejoras si se compara 2010 con 2014: el déficit total desciende 3,4 puntos porcentuales y el déficit severo 6,1 puntos porcentuales. Los chicos/as en el estrato obrero integrado también alcanzan valores elevados de privación (en 2014 62,2% tenía déficit total y 17,6% déficit severo). Las mejoras en este estrato se ubican particularmente en las privaciones severas (8,1 puntos porcentuales) y en menor medida en las totales (2,4 puntos porcentuales). El estrato medio no profesional exhibe reducciones estadísticamente en las privaciones severas pero no en

Figura 11

Incidencia de la pobreza multidimensional total por estrato socio-ocupacional y percepción de planes sociales

En porcentaje de niños y adolescentes entre 0 y 17 años. Total de Aglomerados Urbanos, 2010-2014.



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA (ODSA-UCA). AÑOS 2010-2014.

Figura 11.1

Incidencia de la pobreza multidimensional severa por estrato socio-ocupacional y percepción de planes sociales

En porcentaje de niños y adolescentes entre 0 y 17 años. Total de Aglomerados Urbanos, 2010-2014.



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA (ODSA-UCA). AÑOS 2010-2014.

las totales, y en el estrato medio profesional no se estima variaciones significativas (Figuras 11 y 11.1).

Por último, es importante analizar el comportamiento del índice de pobreza según la protección social a la que acceden los niños/as y adolescentes. Los niños/as que residen en hogares en los que se perciben transferencias condicionadas presentan niveles de privación más elevados que aquellos niños/as en hogares sin asistencia social. Esto evidencia, entonces, que los hogares beneficiarios de transferencias monetarias o planes sociales son unidades domésticas con mayores restricciones económicas y de acceso a recursos. A su vez, la evolución del índice de privaciones indica que los niños/as en hogares

Incidencia de la privación de derechos según características seleccionadas

En porcentaje de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años. Años 2010-2014.

	AL MENOS UNA PRIVACIÓN				AL MENOS UNA PRIVACIÓN SEVERA			
	2010 (A)	2014 (B)	VAR. (B)-(A)	SIG	2010 (A)	2014 (B)	VAR. (B)-(A)	SIG
SEXO								
Varón	59,2	57,5	-1,7		23,3	17,7	-5,7	***
Mujer	60,9	57,3	-3,7	***	26,1	18,8	-7,3	***
GRUPO DE EDAD								
3 a 4 años	60,5	58,0	-2,5		24,6	20,4	-4,2	***
5 a 12 años	60,2	56,4	-3,8	***	22,5	15,8	-6,7	***
13 a 17 años	59,3	58,4	-0,9		28,0	20,0	-8,1	***
TIPO DE HOGAR								
Familiar no monoparental	58,3	55,2	-3,1	***	23,2	16,2	-7,0	***
Familiar monoparental	66,7	65,6	-1,1		30,6	25,6	-5,0	***
CANTIDAD DE NIÑOS EN EL HOGAR								
1 a 2 niños	48,0	45,1	-3,0	**	14,0	10,7	-3,3	***
3 a 4 niños	67,6	66,4	-1,2		32,5	23,7	-8,7	***
5 o más niños	88,2	88,8	0,5		47,0	37,7	-9,4	***
ESTRATO ECONÓMICO-OCUPACIONAL								
Trabajador marginal	80,5	77,0	-3,4	**	37,1	31,0	-6,1	***
Obrero integrado	64,6	62,2	-2,4	*	25,7	17,6	-8,1	***
Medio no profesional	28,1	30,7	2,6		8,7	6,6	-2,1	*
Medio profesional	14,1	9,9	-4,2		2,5	2,0	-0,5	
PLANES SOCIALES								
No recibe	49,1	46,4	-2,7	**	16,5	12,9	-3,6	***
Recibe asistencia social	77,4	77,3	0,0		37,6	27,9	-9,7	***
EDUCACIÓN DE JEFE/A DE HOGAR								
Hasta secundario incompleto	75,2	72,4	-2,7	**	33,6	25,1	-8,5	***
Secundario completo o más	36,1	36,9	0,8		10,6	8,8	-1,8	**

*p<0,1 - **p<0,05 - ***p<0,01
 FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

asistidos redujeron significativamente los déficits severos (9,7 puntos porcentuales) mientras que los totales se mantuvieron constantes. Esto permite inferir que la asistencia social propició la superación de las privaciones severas, pero no fue suficiente para superar el umbral de la pobreza.

Privaciones en el ejercicio de derechos en relación con la pobreza monetaria

La situación de privación en el ejercicio de derechos en la infancia y adolescencia se estima que en un tercio de la población se combina con la carencia de recursos económicos de los hogares, pero en una

proporción algo menor no coincide con la pobreza económica. Sin dudas, ellos es un dato relevante de considerar a la hora de diseñar y construir políticas públicas orientadas a la infancia.

Desde el año 2011, se ha incrementado de modo sostenido la proporción de niños/as y adolescentes que están privados en el ejercicio de derechos y que de modo adicional no cuentan con ingresos monetarios suficientes en sus hogares (33,1%, y 4,5% experimenta privaciones severas e indigencia económica en 2014). Esta tendencia se debe fundamentalmente al sostenido crecimiento de la pobreza económica. Mientras que desde entonces disminuye la prevalencia de niños/as que experimentan privaciones en el ejercicio de derechos pero cuyos hogares superan el umbral de la pobreza monetaria.

Adicionalmente, cabe señalar la existencia de una población minoritaria que se estima en un 7,3% en 2014 de niños/as en hogares con pobreza económica y sin privaciones en el ejercicio de derechos (5% en hogares indigentes sin privaciones). Se trata de una población muy particular que pese a la insuficiencia de ingresos para acceder a una canasta básica de alimentos y servicios logra apropiarse de las estructuras de oportunidades existentes en la sociedad y tienen garantizado un adecuado hábitat en el espacio de la vivienda y acceso a servicios.

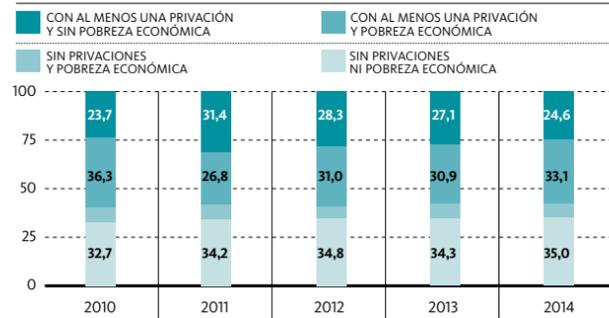
Algo más de un tercio de la población infantil y adolescente puede ejercer plenamente los derechos sociales considerados y de modo adicional sus hogares cuentan con los recursos económicos necesarios para acceder a una canasta básica de alimentos y servicios (35% en 2014). Entre puntas del período se estima un incremento de la población no pobre en 2,3 puntos porcentuales.

A modo de resumen, se estima que en 2014 en la Argentina urbana, 40% de los niños/as y adolescentes experimenta privaciones en el ejercicio de al menos un derecho y/o pertenecen a hogares pobres en términos económicos, y 23,2% sufre privaciones extremas en el ejercicio de derechos y/o vive en hogares en situación de indigencia económica. Un tercio de la infancia y adolescencia urbana experimenta una doble vulneración: en el ejercicio de al menos un derecho y en la capacidad económica de su hogar para acceder a una canasta básica de alimentos, bienes y servicios (aproximadamente 3,5 mill. de chicos/as).

Figura 12

Privaciones totales en el ejercicio de derechos y pobreza económica

En porcentaje de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años. Años 2010-2014.



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA (ODSA-UCA). AÑOS 2010-2014.

Figura 13

Privaciones severas en el ejercicio de derechos e indigencia económica

En porcentaje de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años. Años 2010-2014.



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA (ODSA-UCA). AÑOS 2010-2014.

POBREZA INFANTIL EN LAS GRANDES CIUDADES DE LA ARGENTINA

Evolución de la incidencia de la pobreza multidimensional en seis ciudades de la Argentina

El análisis de la evolución en la incidencia de la pobreza en el interior de seis grandes ciudades de la Argentina se realizó considerando pares de años: 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013, y 2013-2014. Esto respondió a la necesidad de realizar las estimaciones sobre una muestra de casos mayor

que permitiera alcanzar estimaciones promedio más robustas.

Las estimaciones realizadas permitieron reconocer en el análisis comparativo que la infancia y adolescencia en el Conurbano Bonaerense en un 67,9% experimenta situaciones de pobreza en al menos una de las dimensiones de derechos consideradas y 22,9% en niveles severos. En un segundo lugar, se ubica la infancia tucumana que en 57,1% presenta privaciones sociales y 17,3% privaciones severas. Seguidamente, se ubican las infancias de Gran Córdoba y Gran Rosario con una pobreza total que alcanza el 55,2% y 54,6%, y carencias graves en torno al 18,5% y 20,9%, respectivamente.

En un segundo grupo, se encuentran las infancias del Gran Mendoza y de la Ciudad de Buenos Aires. En la primera población la pobreza total se estima en 43,2% y la severa en 11,1%; mientras que en la segunda población se estima en 30,1% y 8,3%, respectivamente.

A nivel general, en todas las grandes ciudades de la Argentina se registran progresos en términos de la merma de la pobreza multidimensional en las privaciones sociales consideradas severas. Mientras que a nivel de la pobreza total se registran situaciones regresivas como la observada a nivel de las infancias de Gran Córdoba y Gran Rosario, que si bien lograron disminuir privaciones sociales graves no pudieron alcanzar una merma de las carencias sociales totales entre 2010 y 2014.

Se destacan los progresos en el Gran Mendoza que alcanza una merma de las carencias severas de 4,1 puntos porcentuales entre 2010-2011 y 2013-2014, y una disminución total de la pobreza infantil de 5,7 puntos porcentuales. Mientras que en Gran Tucumán se destacan los logros en la disminución de las carencias más graves en 7,9 puntos porcentuales y una merma total de 3 puntos que evidencia el corrimiento de población de la pobreza severa a la moderada. Es decir, que en Gran Tucumán se advierten progresos parciales fuertemente orientados a la pobreza extrema. Situación, esta última, que también se observa en Conurbano Bonaerense y Ciudad de Buenos Aires en las que la merma en la pobreza severa fue significativa pero no logró sacar a las infancias de la pobreza total.

Privaciones sociales en siete dimensiones de derechos en seis grandes ciudades

Las dimensiones de derechos con mayor prevalencia de carencias sociales en la infancia y adolescencia urbana a nivel del promedio son: vivienda (23,6%), saneamiento (21%), alimentación (20,7%), estimulación temprana (18,3%), salud (15,5%), información (15,2%), y educación entre 5 y 17 años (13,4%).

En estas dimensiones de derechos consideradas en la estimación de la pobreza multidimensional en la infancia y adolescencia urbana, cabe reconocer el déficit relativo mayor de algunas grandes ciudades.

En el caso de las privaciones en el espacio de la vivienda las situaciones relativas más desfavorable se registran a nivel de las infancias y adolescencias del Conurbano Bonaerense, Gran Tucumán, Gran Córdoba y Gran Rosario (27,5%, 25,8%, 22,2%, y 20%, respectivamente). Entre las tres primeras las privaciones graves alcanzan 6,8%, 6,7% y 7,6%, respectivamente.

Las privaciones en la dimensión del saneamiento son particularmente elevadas a nivel de la población de niños, niñas y adolescentes del Conurbano Bonaerense (34,8%). Las carencias de saneamiento graves afectan a 1 de cada 10 chicos/as en el Conurbano Bonaerense.

Las carencias en la dimensión del acceso a los alimentos afectan de modo particular a las infancias y adolescencias de Gran Córdoba, y Gran Rosario (26% y 26%, respectivamente). En estas ciudades el déficit alimentario extremo se estima en 4,3% y 9,6%, respectivamente. En el caso de las infancias y adolescencias rosarinas cabe una especial alerta dada la tendencia claramente negativa que se observa en el acceso a la alimentación.

La vulneración de derechos en los primeros años de vida (0 a 4 años) en el espacio de la estimulación alcanza 20% en el Conurbano Bonaerense, 24,1% en Gran Rosario y 21,4% en Gran Tucumán. La situación más severa de falta de estimulación se estima en 5,6%, 4,5% y 5,1%, respectivamente.

El derecho a la atención de la salud es un problema muy relevante en las infancias del Conurbano Bonaerense, Gran Córdoba, Gran Mendoza, y Gran Tucumán (18,6%, 16,8%, 15,3%, 14%, respectivamente). Cabe señalar que en estas ciudades se registró una situación regresiva en atención de la salud del niño/a

y adolescente. La situación más grave, que implica no tener las vacunas correspondientes a la edad, es particularmente elevada en Gran Córdoba donde alcanza al 5% de la población infantil y adolescente.

El déficit en las oportunidades de acceso a la información afecta de modo particular a la infancia y adolescencia tucumana (26,3%). Los progresos en esta dimensión de derechos han sido relevantes en la mayoría de las ciudades de la Argentina.

El derecho a la educación es particularmente vulnerado en la infancia y adolescencia en el Conurbano Bonaerense (15,3%) y en Gran Rosario (15,2%). En esta última ciudad el déficit severo trepa al 6,5%. En esta dimensión los progresos han sido generalizados pero claramente insuficientes.

A continuación, se realiza una breve descripción de los logros y principales deudas o desafíos de las ciudades para con las infancias y adolescencias.

En la Ciudad de Buenos Aires residen las infancias y adolescencias más aventajadas en términos del ejercicio de derechos humanos y sociales de la Argentina urbana. Los progresos más destacados se registran en el espacio del acceso a la información y en el ejercicio del derecho a la educación. Mientras que los problemas o deudas más significativas se localizan en el espacio de la vivienda, la estimulación temprana y la alimentación (13,5%, 13%, y 9,7% de privaciones totales respectivamente).

En el Conurbano Bonaerense, se registran importantes progresos en la dimensión del saneamiento, educación y acceso a la información. Pese a los avances registrados los desafíos en el campo del saneamiento continúan siendo prioritarios para el 35% de los niños/as y adolescentes del conurbano. Alcanzar una vivienda digna desde los materiales de su construcción también es una deuda pendiente muy relevante (27,5%) y en el acceso a los alimentos (22,9%). También, cabe destacar retrocesos en el campo de la atención de la salud preventiva del niño/a sano. El déficit en la atención de la salud en 2013-2014 se estima en 18,6% y se incrementó en 4,7 puntos porcentuales entre 2010-2011 y 2013-2014. En el Gran Córdoba se registran avances en la disminución de la pobreza severa en las dimensiones de la alimentación, educación, información y vivienda. No obstante, continúan siendo problemas muy relevantes por su nivel de privación en la infancia el

acceso a los alimentos (26%), vivienda (22,2%), y acceso a la información (17,5%). Se destaca el 7,6% de niños/as y adolescentes que sufren carencias graves en el espacio de la vivienda.

En Gran Rosario se advierten progresos en la pobreza severa en el espacio de la vivienda y en el acceso a la información. Sin embargo, dichos avances se revelan insuficientes cuando se estima que todavía 26% de los niños/as y adolescentes experimenta carencias en el espacio de la alimentación, 24% en el espacio de la estimulación, y 20,2% en la dimensión de la vivienda. Se destacan los retrocesos en garantizar un derecho esencial como es el acceso a los alimentos en cantidad y calidad.

En Gran Mendoza se registran progresos relevantes en la merma de la pobreza multidimensional a nivel de la infancia y adolescencia. Los mayores progresos se registran en las dimensiones de la vivienda, el acceso a la información, alimentación y saneamiento. Las deudas pendientes que cabe subrayar se registran en el espacio de la atención de la salud del niño/a sano donde el déficit alcanza el 15,3%, en la vivienda y en la estimulación temprana (15% en ambos casos).

Por último, en Gran Tucumán se destaca la merma de la pobreza multidimensional extrema. Este progreso se concentró de modo particular en las dimensiones de la vivienda, y el acceso a la información. Si bien los progresos son destacados, son insuficientes en la medida que 25,8% de los chicos/as residen en una vivienda inconveniente en términos de su construcción. Otros desafíos y deudas con la infancia tucumana son el acceso a la información, la estimulación en los primeros años de vida y el acceso a la atención de la salud del niño/a sano (26,3%, 21,4% y 14,2%, respectivamente).

DESAFÍOS EN POS DE REVERTIR LA POBREZA INFANTIL

Las transferencias de ingresos como la Asignación Universidad por Hijo (AUH) son necesarias pero no suficientes para erradicar la pobreza en la infancia y adolescencia. Sin duda, dicha transferencia monetaria y sus condicionalidades han contribuido a reducir las privaciones sociales severas, no obstante se han revelado insuficientes para garantizar el efectivo ejercicio de derechos esenciales en la infancia. En efecto,

el acceso a los alimentos está lejos de ser pleno en la Argentina, y las privaciones en el espacio del hábitat de vida son todavía muy graves. Asimismo, el déficit en indicadores de desarrollo humano en los primeros años de vida interpela a las estructuras de oportunidades vigentes en la sociedad argentina, y las inequidades en el ejercicio del derecho a la educación obstaculizan los procesos de integración social.

Reconocer que existe una elevada proporción de niños/as y adolescentes que tiene problemas para acceder a los alimentos en cantidad y calidad, es prioritario. Este dato releva la complejidad que supone la solución del problema de acceso a los alimentos, en la medida que las transferencias monetarias y las ayudas alimentarias directas no han logrado erradicar el hambre en la Argentina. Se requiere de la generación de políticas y programas complementarios de fortalecimiento de las capacidades productivas, y capacitación de los adultos en la cocción y preparación de alimentos adecuados para las diferentes etapas de vida del niño/a, y los cuidados que deben tener con el agua no segura.

La construcción de infraestructura urbana básica como el tendido de la red de agua potable, la red de cloacas y de la red de gas, también son desafíos pendientes. En el espacio del hábitat de vida existen problemas graves de infraestructura básica de servicios pero también en el espacio privado de las viviendas que se advierte en la precariedad de las construcciones, la falta de condiciones sanitarias básicas, y las situaciones de hacinamiento. Sin dudas, se requiere de acciones a gran escala

tendientes a garantizar el acceso a servicios básicos, y políticas públicas a mayor escala orientadas a ofrecer soluciones habitacionales integrales y acceso a la tierra con infraestructura de servicios básicos.

Si bien en el ejercicio del derecho a la salud el nivel de privaciones severas es bajo en términos porcentuales, es decir que la mayoría de la infancia y adolescencia tiene las vacunas obligatorias al día, en el ejercicio de controles periódicos de la salud el déficit es mayor y sigue una tendencia en ascenso. En tal sentido, los desafíos son significativos en términos de los controles preventivos de la salud del niño/a y adolescente. Se requiere de políticas públicas de fortalecimiento de los controles de salud en los diferentes ciclos vitales del niño/a e intervenciones educativas de apoyo a la crianza.

En el espacio de la estimulación y los procesos de crianza en la infancia temprana se advierten significativos desafíos orientados a enriquecer las prácticas y capacidad de estimulación de los procesos cognitivos. Estos retos tan relevantes en términos de lograr mayor equidad en el inicio de la vida requieren de sistemas integrados de cuidado que contemplen centros educativos pero también programas educativos y de acompañamiento para los adultos de referencia de niños y niñas.

Las privaciones severas en el ejercicio del derecho a la educación también presentan una prevalencia baja y focalizada en los adolescentes. No obstante, se requiere superar el objetivo de la universalización y avanzar sobre la calidad educativa.

Figura 14. Total Urbano: evolución de la incidencia del déficit en cada dimensión de derecho

En porcentaje de niños y adolescentes entre 0 y 17 años. Total de Aglomerados Urbanos, 2010-2014.

	POBREZA MULTIDIMENSIONAL											
	TOTAL						SEVERA					
	2010-2011(a)	2011-2012	2012-2013	2013-2014(b)	VAR. (b)-(a)	SIG	2010-2011(a)	2011-2012	2012-2013	2013-2014(b)	VAR. (b)-(a)	SIG
Al menos una privación	59,2	58,7	58,7	57,7	-1,4	**	22,7	21,3	20,6	18,7	-4,0	***
Vivienda	24,5	24,6	24,4	23,6	-0,9		7,5	6,9	6,2	5,5	-2,1	***
Saneamiento	25,5	23,5	21,8	21,0	-4,5	***	5,5	5,0	5,6	5,5	0,0	
Alimentación	20,3	19,3	20,1	20,7	0,5		7,2	6,5	5,9	5,0	-2,1	***
Información	19,0	17,1	15,9	15,2	-3,8	***	2,7	2,2	2,1	1,9	-0,8	***
Salud	13,3	14,4	15,0	15,5	2,2	***	2,1	2,3	2,2	2,0	-0,1	
Estimulación	18,1	18,9	19,1	18,3	0,2		4,0	4,3	4,5	4,5	0,5	
Educación	17,3	15,7	13,9	13,4	-3,9	***	4,8	4,4	4,0	3,4	-1,3	***

*p<0,1 - **p<0,05 - ***p<0,01. FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Figura 15. Ciudad de Buenos Aires: evolución de la incidencia del déficit en cada dimensión de derecho

En porcentaje de niños y adolescentes entre 0 y 17 años. Ciudad de Buenos Aires, 2010-2014.

	TOTAL						SEVERA					
	2010-2011(a)	2011-2012	2012-2013	2013-2014(b)	VAR. (b)-(a)	SIG	2010-2011(a)	2011-2012	2012-2013	2013-2014(b)	VAR. (b)-(a)	SIG
Al menos una privación	30,6	32,1	32,5	30,1	-0,5		12,6	10,8	9,2	8,3	-4,3	***
Vivienda	11,7	11,3	11,2	13,5	1,8		4,8	3,8	2,9	2,4	-2,4	***
Saneamiento	7,8	6,0	4,9	5,9	-1,9	*	0,8	2,2	2,0	0,5	-0,3	
Alimentación	11,8	8,5	10,0	9,7	-2,1	*	3,8	2,8	3,9	4,7	0,8	
Información	11,0	9,3	5,6	4,4	-6,6	***	1,3	1,3	1,1	0,4	-0,8	**
Salud	7,0	8,7	6,6	6,1	-1,0		1,7	1,3	0,2	0,1	-1,6	***
Estimulación	10,1	10,6	13,9	13,0	2,8		4,1	2,5	1,6	1,2	-2,9	**
Educación	11,5	14,1	10,7	8,0	-3,5	**	3,0	2,3	1,0	0,6	-2,5	***

Figura 16. Conurbano Bonaerense: evolución de la incidencia del déficit en cada dimensión de derecho

En porcentaje de niños y adolescentes entre 0 y 17 años. Conurbano Bonaerense, 2010-2014.

	TOTAL						SEVERA					
	2010-2011(a)	2011-2012	2012-2013	2013-2014(b)	VAR. (b)-(a)	SIG	2010-2011(a)	2011-2012	2012-2013	2013-2014(b)	VAR. (b)-(a)	SIG
Al menos una privación	68,9	69,1	68,6	67,9	-0,9		27,1	26,3	26,2	22,9	-4,2	***
Vivienda	27,0	27,8	28,9	27,5	0,5		8,5	8,5	8,0	6,8	-1,7	***
Saneamiento	41,5	39,7	36,3	34,8	-6,7	***	9,8	8,5	9,9	10,1	0,3	
Alimentación	22,6	22,5	22,6	22,9	0,3		9,1	8,4	6,9	4,9	-4,3	***
Información	17,5	16,0	15,4	15,4	-2,1	***	2,2	1,7	2,1	2,4	0,2	
Salud	13,9	15,8	17,3	18,6	4,7	***	1,8	2,4	2,2	1,5	-0,3	
Estimulación	19,2	20,6	21,2	20,3	1,1		3,1	3,9	4,9	5,6	2,6	***
Educación	19,9	16,8	15,0	15,3	-4,6	***	4,6	4,3	4,4	3,7	-0,9	**

Figura 17. Gran Córdoba: evolución de la incidencia del déficit en cada dimensión de derecho

En porcentaje de niños y adolescentes entre 0 y 17 años. Gran Córdoba, 2010-2014.

	TOTAL						SEVERA					
	2010-2011(a)	2011-2012	2012-2013	2013-2014(b)	VAR. (b)-(a)	SIG	2010-2011(a)	2011-2012	2012-2013	2013-2014(b)	VAR. (b)-(a)	SIG
Al menos una privación	52,5	53,1	56,3	55,2	2,6		22,2	21,7	20,6	18,5	-3,7	*
Vivienda	24,6	24,2	21,4	22,2	-2,5		9,4	7,3	6,8	7,6	-1,8	
Saneamiento	10,2	10,3	13,9	10,6	0,5		2,9	3,5	2,4	1,4	-1,5	**
Alimentación	27,2	25,2	27,5	26,0	-1,3		8,0	6,3	4,9	4,3	-3,7	***
Información	21,5	19,7	18,5	17,5	-4,0	*	3,2	5,0	4,2	1,5	-1,7	**
Salud	14,1	14,9	14,3	16,8	2,7		3,2	3,2	3,8	5,0	1,7	*
Estimulación	19,0	20,2	16,8	17,2	-1,9		6,7	5,4	3,4	4,5	-2,2	
Educación	15,9	13,5	12,3	12,9	-2,9		6,6	6,9	5,9	4,2	-2,5	*

Figura 18. Gran Rosario: evolución de la incidencia del déficit en cada dimensión de derecho

En porcentaje de niños y adolescentes entre 0 y 17 años. Gran Rosario, 2010-2014.

	TOTAL						SEVERA					
	2010-2011(a)	2011-2012	2012-2013	2013-2014(b)	VAR. (b)-(a)	SIG	2010-2011(a)	2011-2012	2012-2013	2013-2014(b)	VAR. (b)-(a)	SIG
Al menos una privación	53,0	53,4	53,9	54,6	1,5		24,8	23,5	21,0	20,9	-3,9	*
Vivienda	22,2	23,5	21,1	20,2	-1,9		7,0	6,2	3,7	1,9	-5,1	***
Saneamiento	17,5	15,4	15,0	13,2	-4,3	**	3,3	3,6	3,5	3,4	0,1	
Alimentación	16,5	17,3	22,7	26,0	9,5	***	5,9	5,8	7,7	9,6	3,7	**
Información	21,7	19,8	16,8	17,1	-4,5	**	4,0	3,9	2,8	1,8	-2,2	**
Salud	12,6	10,4	11,3	12,2	-0,4		2,0	2,6	2,6	2,9	0,8	
Estimulación	17,9	18,5	21,0	24,1	6,2		3,9	5,0	5,7	4,5	0,7	
Educación	17,2	17,0	17,6	15,2	-2,1		7,4	8,0	7,5	6,5	-0,9	

*p<0,1 - **p<0,05 - ***p<0,01. FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Figura 19. Gran Mendoza: evolución de la incidencia del déficit en cada dimensión de derecho

En porcentaje de niños y adolescentes entre 0 y 17 años. Gran Mendoza, 2010-2014.

	TOTAL						SEVERA					
	2010-2011(a)	2011-2012	2012-2013	2013-2014(b)	VAR. (b)-(a)	SIG	2010-2011(a)	2011-2012	2012-2013	2013-2014(b)	VAR. (b)-(a)	SIG
Al menos una privación	48,9	46,7	47,4	43,2	-5,7	*	15,2	12,9	12,5	11,1	-4,1	**
Vivienda	21,6	22,6	18,7	15,1	-6,5	***	7,1	5,4	4,0	2,7	-4,5	***
Saneamiento	7,2	4,3	3,6	3,8	-3,4	**	0,6	0,6	0,3	0,3	-0,3	
Alimentación	17,5	14,0	16,9	12,6	-4,9	**	4,0	3,2	4,1	3,7	-0,3	
Información	18,8	17,1	15,3	13,6	-5,2	**	3,5	2,7	1,6	1,7	-1,8	*
Salud	13,0	13,2	15,9	15,3	2,2		3,7	2,5	2,9	2,0	-1,7	*
Estimulación	18,6	16,2	15,5	15,1	-3,6		4,6	4,1	3,0	3,7	-0,9	
Educación	11,4	11,7	11,4	10,0	-1,4		3,1	3,5	3,3	3,3	0,2	

Figura 20. Gran Tucumán: evolución de la incidencia del déficit en cada dimensión de derecho

En porcentaje de niños y adolescentes entre 0 y 17 años. Gran Tucumán, 2010-2014.

	TOTAL						SEVERA					
	2010-2011(a)	2011-2012	2012-2013	2013-2014(b)	VAR. (b)-(a)	SIG	2010-2011(a)	2011-2012	2012-2013	2013-2014(b)	VAR. (b)-(a)	SIG
Al menos una privación	60,1	58,4	57,1	57,1	-3,0		25,1	20,2	17,6	17,3	-7,9	***
Vivienda	33,8	31,3	27,3	25,8	-8,0	***	12,0	9,8	6,6	6,7	-5,2	***
Saneamiento	16,0	14,2	13,7	12,4	-3,6		0,6	0,7	0,8	0,7	0,0	
Alimentación	19,6	16,3	13,3	15,9	-3,7		6,5	4,8	4,2	4,5	-2,0	
Información	32,1	31,8	26,8	26,3	-5,8	**	5,9	5,7	3,2	2,1	-3,8	***
Salud	10,3	11,7	12,5	14,2	3,9	*	1,2	1,2	2,5	2,4	1,1	
Estimulación	18,9	20,6	20,5	21,4	2,5		5,7	5,4	4,1	5,1	-0,6	
Educación	11,3	10,2	8,4	8,4	-2,8		6,3	5,4	5,4	4,6	-1,7	

*p<0,1 - **p<0,05 - ***p<0,01. FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

REFERENCIAS

Bourguignon, F. y Chakravarty, S (2003). “The measurement of multidimensional poverty”. Journal of Economic Inequality (1), pp. 25-49.

CDESC (2001). Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: la Pobreza y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ginebra: ONU.

CEPAL (2013): Panorama Social de América Latina 2013. Capítulo II: “Pobreza infantil en América Latina y el Caribe”.

CEPAL y UNICEF (2012): Guía para estimar la pobreza infantil. LC/M.2, Santiago de Chile, abril.

CHIP (2004): “Children and poverty. Some questions answered”. En CHIP Briefing I, Children and poverty. Londres: Childhood Poverty Research and Policy Center.

DWP (2003): Measuring Child Poverty. Londres.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2005). Estado Mundial de la Infancia. La infancia amenazada. Nueva York: UNICEF.

Foster, J.; Greer, J. y Thorbecke, E. (1984): “A Class of Decomposable Poverty Measures”. Econometrica, Econometric Society. Vol. 52(3), pp. 761-766, mayo.

Nussbaum, M. (2002): Las mujeres y el desarrollo humano: el enfoque de las capacidades. Barcelona: Herder.

ONU (1989). “Convención sobre los Derechos del Niño”.

____ (2000). “Declaración del Milenio de la Asamblea General”.

____ (ONU) (2004). Human Rights and Poverty Reduction. Nueva York-Ginebra.

PNUD (2000). Human Development Report. Human Rights and Human Development. Nueva York.

Salvia, A., Bonfiglio, J., Vera, J. (2015). Nota de investigación. Las cifras de la pobreza y la importancia de una medición multidimensional, en Salvia, A. (editor). Progresos sociales, pobreza estructurales y desigualdades persistentes: ilusiones y desilusiones en el desarrollo humano y la integración social al quinto año del Bicentenario (2010-2014). Educa, 2015.

Tuñón, I. y González, S. (2012). “Aproximación a la medición de la pobreza infantil desde un enfoque multidimensional y de derechos”. Revista Sociedad y Equidad (5) pp. 30-60.

Tuñón, I. y Poy, S. (2014). “Índice de cumplimiento de derechos de la infancia en la Argentina: evolución, magnitud y desigualdades sociales”, en Tuñón, I. Evolución del Desarrollo Humano y Social de la Infancia desde un enfoque de Derechos. Avances y metas pendientes en los primeros cuatro años del Bicentenario (2010-2011-2012-2013). ODSA-UCA.

Tuñón, I. y Poy, S. Coll, A. (2015). “Pobreza y derechos humanos de niñas, niños y adolescentes en la Argentina urbana, 2010-2014”, ponencia presentada en el XII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Salta, 16-18 de septiembre.



ODSA

Observatorio
de la Deuda
Social Argentina



Pontificia Universidad Católica Argentina
Observatorio de la Deuda Social Argentina

Av. Alicia M. de Justo 1500, cuarto piso, oficina 462
(C1107AFD) Ciudad de Buenos Aires - Argentina
Tel/fax: (54) 4338-0615
E-Mail: observatorio_deudasocial@uca.edu.ar
www.uca.edu.ar/observatorio

