

Universidad Nacional de Córdoba  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de Graduados de Ciencias de la Salud

## **TESIS DE DOCTORADO**

**"Integración Docente Asistencial: una estrategia actual para la enseñanza en el pregrado de Clínica Pediátrica"**

Córdoba - Argentina

1996

**Fagalde Olga Elena  
Médica Cirujana  
D.N.I. 4.597.301  
Roma 820 (5000)  
Te: 51-0256**

**"La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de esta Tesis".**

Para :

Daniel, Sebastián y Nicolás.

A la memoria de la Srta. Mary, maestra rural,  
mi madre y de Mincho mi padre.

### **AGRADECIMIENTOS.**

- *A los alumnos de 1985 a 1995 y a los que vendrán de la Unidad Docente Hospital Misericordia..*
- *A los Señores Profesores Hector P Schroeder, Ernesto Jakob y Hugo Juri y a la Licenciada Cristina Andreone.*
- *Al Equipo de Salud y a la comunidad del Hospital Misericordia y de los Centros de Salud de Barrios Bella Vista, Cabo Farina, Comercial y Güemes.*
- *A la Cátedra de Pediatría y Neonatología de la Universidad Nacional de Córdoba, al Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y a la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba.*

## INDICE

Resumen	
Introducción	Pág. 5
Antecedentes curriculares de la Facultad de Ciencias Médicas	Pág. 8
El proceso de Enseñanza - aprendizaje	Pág. 10
IDA - ADA - IDA	Pág. 14
Justificación del Proyecto	Pág. 22
Objetivos	Pág. 24
Material y Métodos	Pág. 25
Resultados	Pág. 38
Discusión	Pág. 51
Conclusiones	Pág. 56
Bibliografía	Pág. 59
Anexos	Pág. 65
Gráficos	Pág. 74
Protocolo	

## INTRODUCCIÓN:

***"El reconocer que son los problemas los que irradiando ideas, mantienen en movimiento el aparato de la ciencia, debería modificar la corriente filosófica de la ciencia centrada hoy sobre los datos más que sobre lo buscado. Además debería tal vez producir cambios profundos en la habitual psicología de la inteligencia, que está hoy comprometida por la definición de "inteligencia" como la capacidad de dar respuestas a preguntas, en vez de como la capacidad de responder y formular preguntas originales. Un tal paso de la resolución al planteamiento de problemas debería afectar a la política educativa y a sus técnicas, las cuales apuntan por ahora al aprendizaje eficaz de recetas para la resolución de problemas y de soluciones ya listas. Una política educativa no dogmática que estuviera de acuerdo con el espíritu de la ciencia y no nos empujara a entablar una carrera de competición con las máquinas, estimularía el proceso de maduración de una actitud inquisitiva y de los métodos y teorías de más potencia, sería una pedagogía centrada en el problema y entrenaría así al hombre a compensar la rápida decadencia de la opinión recibida"*** Mario Bunge (10).

Siempre existió una integración entre el aprendizaje y el trabajo médico, tan antigua como uno y otro, los estudiantes o eran ayudantes de brujos o discípulos aprendices del oficio de curar.

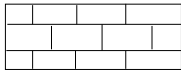
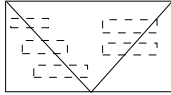
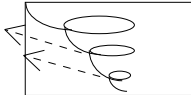
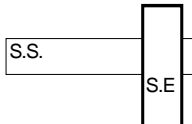
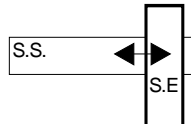
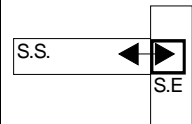
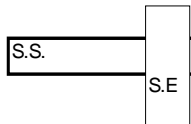
En la Edad Media, con la creación de las universidades, se separan los componentes distinguiéndose el trabajo manual (status menor) del intelectual (status mayor). En la época napoleónica se integran otra vez las dos áreas (siglo XVII) y se incorpora el hospital como recurso para la práctica médica.

Durante la era industrial la irrupción de las especialidades aísla el aprendizaje del contexto global social (52), agravado por el alto costo, la tecnificación y el fomento de la alta complejidad. Se fortalece así el modelo positivista (25) caracterizado por un currículum prescriptivo, alta especialización y el saber más de menos, centrado en el "reparar". Se vincula la curación con un acto de consumo estableciéndose la relación médico-enfermo (21).

Esta situación impregna en menor o mayor grado a un amplio espectro de la educación médica, asistiéndose a modelos diferentes según las características ideológicas y a la presión ejercida por la realidad, que acompañan a la evolución del perfil profesional impuesto por los factores de poder dominantes.

Las fases evolutivas del proceso de educación en ciencias de la salud, representadas en la figura número uno, explican la progresión de modelos educativos que son actuales, unos u otros, en las Facultades de Ciencias Médicas nacionales e internacionales, coexistiendo incluso en las diferentes escuelas de las facultades.

**FIGURA Nº 1**

	<b>Primer Momento</b>	<b>Segundo Momento</b>	<b>Tercer momento</b>	<b>Cuarto Momento</b>						
<b>OBJETIVOS</b>	No explicitó-Indeterminados	"Profesional:Indiferenciado"	"Profesional que el país necesita"	"Proceso de producción de servicio"						
<b>PLAN DE ESTUDIOS</b>	 Mosaico de Disciplina	<table border="1" data-bbox="651 533 852 645"> <tr><td colspan="2">INTERNADO</td></tr> <tr><td>Medicina Preventiva</td><td>Clínicas Cs. Básicas</td></tr> <tr><td colspan="2">ESTUDIOS</td></tr> </table> Racionalización Departament.	INTERNADO		Medicina Preventiva	Clínicas Cs. Básicas	ESTUDIOS		 Integración Multidisciplinaria	 Enseñanza Repetitiva de complejidad creciente
INTERNADO										
Medicina Preventiva	Clínicas Cs. Básicas									
ESTUDIOS										
<b>METODOLOGIA</b>	Enseñanza predominantemente Teórica Clases Magistrales	Clases Expositivas LABORATORIO	Laboratorio Multidisciplinario DOCENCIA ASISTENCIAL	EQUIPO (Profesor-Tutor-Alumno)						
<b>RECURSOS</b>	ANFITEATROS	LABORATORIOS HOSPITALES	Laboratorio Multidisciplinario Biblioteca Centros Ambulatorios Comunidad	NIVELES DE ATENCION Autoenseñanza-Evaluación formativa- Centro de Recursos instruccionales						
<b>ORGANIZACION</b>	CATEDRAS AISLADAS	AGRUPAMIENTOS DEPART.	FACULTAD DE CS. DE LA SALUD	INTEGRACION DOC. ASISTENCIAL ?						
<b>RELACION INTERSECTORIAL</b>										
<b>PRODUCCION</b>	Personal: Profesional Individualista Conocimiento: Biológico	Personal: Profesional General Conocimiento: Bio-Tecnológico	Personal: Profesional Especializado Conocimiento: Bio-socio-tecnológico	Personal: Equipo de Salud Conocimiento: Bio-Tecno-social-adm.						

SS: servicios de salud

SE: servicios educativos

Primeras Jornadas sobre Crisis de la Educación Médica y la Inserción Laboral del Médico , La Plata ( Argentina )

Agremiación Médica Platense, Subcomisión de Asuntos Universitarios. 25 de Junio de 1988.

## **Antecedentes curriculares de la Facultad de Ciencias Médicas U.N.C. (6) (51)**

Fundada en 1877. Se implementan desde entonces 21 modificaciones curriculares que van desde la Reforma de 1918 que prioriza las materias clínicas sobre las básicas, revalorizando las prácticas y democratizando la Universidad, hasta llegar a 1940 sin variantes; en este año se aumenta la duración de la carrera (más horas para enseñar más). En 1940 la influencia francesa vigente desde su creación es reemplazada por la Escuela de Estados Unidos, caracterizada por la demostración experimental de la realidad (Flexner).

De 1878 a 1974 los programas han sido básicamente similares: ciclos básicos y ciclos clínicos, cada asignatura manejada en forma independiente (claustrós). A finales de la década del '70 comienzan a funcionar las Unidades Académicas y las Unidades Docentes Hospitalarias (reglamentadas en 1984). En 1985 se crean las Unidades Curriculares que resultan de agrupar las asignaturas afines por sus contenidos pretendiendo establecer una coordinación vertical y horizontal. Se define el perfil de Egresado que se espera (Médico General).

Desde 1985 hasta la fecha existe un proceso de transformación curricular que incluye, entre otras, a Salud Comunitaria como materia de 1ero, 2do y 3er año con práctica en terreno del alumno desde el inicio, reordenamiento de posición y horas curriculares de las materias de acuerdo a peso teórico-práctico y establecimiento del año de práctica obligatoria con rotaciones en Pediatría, Tocoginecología, Clínica Quirúrgica y Clínica Médica. Se eleva la duración de la carrera a 7 años, otorgándose el título de Médico (antes Médico Cirujano).

A pesar de estas modificaciones y esfuerzos de cambio, no se ha superado aún un diseño curricular con una concepción mecanicista del aprendizaje humano centrado en el docente y en los datos, con asignaturas enumeradas y aisladas unas de otras.

El paradigma formador de médicos está compuesto por ciencias básicas y ciencias clínicas, clases teóricas con contenidos de patologías dictadas dentro de los hospitales o solitarios edificios donde se agrupan aulas y/o anfiteatros y actividades prácticas en centros de alta complejidad (52).



El egresado producto no está preparado para la práctica médica en una población con necesidades de salud definidas, ni para continuar un proceso de autoaprendizaje que le permita asimilar los acelerados cambios en el campo teórico y práctico de las Ciencias de la Salud (47) (19) (13) (41) (51) (48). "Al estudiante se le arma un muñeco en 1er año, se lo pone en movimiento en el 2do, se lo enferma en el 3ero y desde entonces se trata de curarlo" (M. Asua).

## **El proceso de enseñanza-aprendizaje**

Enseñanza y aprendizaje constituyen pasos dialécticos inseparables, integrantes de un proceso único en permanente movimiento (4). Conocer un objeto implica su incorporación al esquema de acción mediante una relación entre la realidad - teoría - práctica. "Conocer no consiste en copiar lo real, sino en obrar sobre ello y en transformarlo (en apariencia o realidad) a fin de comprenderlo en función de los sistemas de transformación a los que están ligados estas acciones" (J. Piaget). Ningún conocimiento significa una simple duplicación de la realidad pues opera sobre un proceso de asimilación por partes de estructuras ya existentes. Lo central del conocimiento son los problemas cuya resolución genera nuevos problemas (42).

El estudiante adulto aprende activamente. La apropiación y transformación del objeto no está sólo determinado por la mayor o menor complejidad de éste, sino también por las características propias del sujeto. Se produce un cambio de su comportamiento de relativa permanencia que ocurre como resultado de la experiencia e implica la concreción de productos (10).

En esta etapa del siglo XX la fuerza que lidera las transformaciones es el conocimiento, que tiene la característica de ser fundamentalmente aplicable y autogestionable (sistemas informáticos).

La nueva organización educativa se concibe como un sistema de identificar problemas; esto exige un cambio radical de actitud hacia los recursos humanos estimulando su capacidad permanentemente y su creatividad (54). La capacitación debe contribuir al progreso técnico, en el contexto de la actual revolución Científico-Técnica y es necesario que produzcas logros de aprendizaje en términos de conocimientos, de habilidades o de valores que satisfagan los requerimientos de desempeño en la sociedad.

La aplicación de los nuevos patrones de desarrollo para los países de acuerdo a marcos globalizadores preestablecidos, requiere de estrategias de

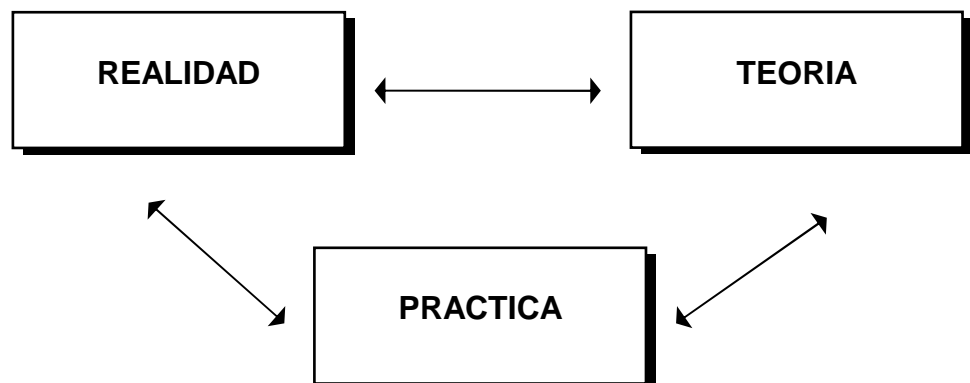
cambios educativos orientados específicamente a la calidad de los resultados de aprendizaje (sobre todo en el área materno-infantil por la proyección del impacto) y es prioridad en términos de estrategias de desarrollo y/o proyectos sustentables.

Se aprende con:

- a) información: se suministra a un sujeto activo que participa de su autoformación.
- b) emoción: afectividad, sentir, explicación, limitaciones.
- c) producción: síntesis de información y emoción, acción efectiva en la transformación de sí y de su entorno. (16)

La educación enseña a ser, a pensar, a compartir y a actuar.

**Figura Nº 2**



El proceso de enseñanza-aprendizaje en la educación universitaria no fue acompañado del contexto pedagógico necesario hasta hace pocos años. Se entendía que un maestro o profesional experto en un tema comunicara mediante clases magistrales (conferencias) los conocimientos en la forma que entendiera mejor y luego se acompañaba o no de una práctica que comprobara lo dicho teóricamente. Hasta hace más o menos diez años la Carrera Docente de la Facultad de Medicina consistía en el cursado de materias básicas y algunos elementos de Metodología de la Investigación .

La enseñanza coloquial y de experiencias que puede haber sido apropiada a principios del siglo, se vió enfrentada a una revolución y aceleración del conocimiento, a la irrupción del ingreso de estudiantes frenados anteriormente por límites económicos -políticos-culturales. Ante esta circunstancia algunos docentes persisten hasta ahora con el modelo anterior y otros se apropian de metodologías más adecuadas al momento histórico comenzándose a aceptar que la docencia tiene métodos y técnicas que pueden optimizar el aprendizaje. No obstante en uno u otro grupo domina el modelo de docente activo y estudiante pasivo, incapaz de aprender sin la guía y directivas del que enseña, desconociendo en la mayoría de los casos, las experiencias anteriores y las capacidades de juicio y crítica de los alumnos.

La orientación de la práctica esta basada en el paradigma asistencial reparativo, desde la enfermedad y en el hospital de alta complejidad como referente de la ciencia, no teniendo en claro que "la salud y la enfermedad ocurren en tu casa y en tu barrio" (H.S. Martín).

Se establece así una relación donde, por la responsabilidad ética y legal de la medicina, es necesario "saber" y un educando que no encuentra el modo de éste "saber".

La consecuencia más grave de éste juego de intereses se evidencia en la dificultad del alumno para articular el modelo teórico con el hombre real, mucho más evidente en pediatría donde el niño se ve como algo lejano y extraño.

Este conflicto es preocupación de docentes y pedagogos y motivo de mi análisis a lo largo de 20 años de docencia, viendo que la visagra se pone en el postgrado ( residencias, pasantías, cursos) con un costo humano y económico muy grande extendiendo a 10 años reales la formación del médico (edad promedio 27 - 30 años, ya maduro para el mercado laboral actual).

Esto es producto de una desarticulación, entre la educación, la sociedad, y la economía y el estado y una no adecuación entre los factores productivos y los factores intelectuales ( educación, ciencia y cultura)(53).

**Integración Docente Asistencial (IDA), y/o Articulación Docente Asistencial (ADA), y/o Interacción Docente Asistencial (IDA)**Marco Histórico

En 1973 Andrade conceptualiza la IDA como una alternativa de adecuar el modelo teórico (sector educativo) con la práctica-realidad (sector salud y comunidad) (7), aunque ya se había aplicado un modelo similar en la ex U.R.S.S. en 1930 con la creación del Servicio Integrado de Salud.

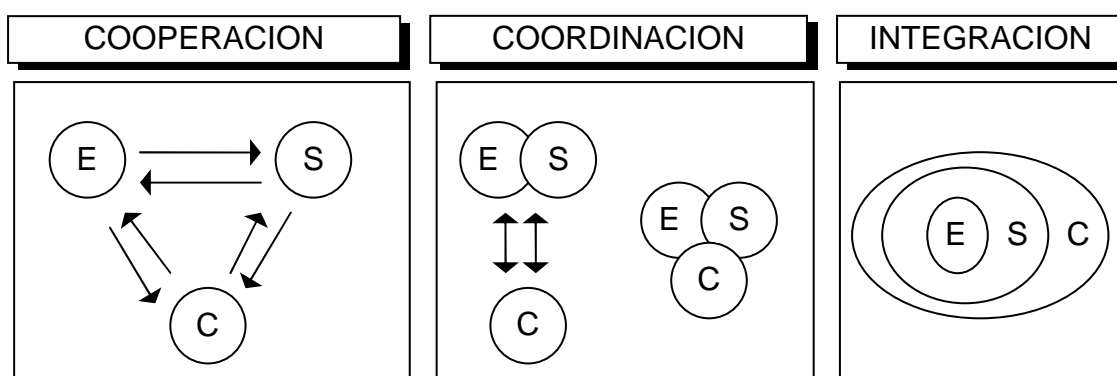
En América en 1955 se realiza en Chile (Viña del Mar) el I Seminario (OMS-OPS) para la introducción de la enseñanza de la Medicina Preventiva donde se presentan algunas experiencias de aprendizaje en servicio. En 1963 se recomienda el establecimiento de unidades interinstitucionales para la formación del recurso humano en salud; en 1972 el Plan Decenal de las Américas recomienda la inserción precoz del estudiante en los servicios de salud. En 1974 en la V Conferencia Panamericana de Educación Médica (Caracas) el tema central es IDA y en 1977 la Reunión de Grupos de Expertos para los requisitos mínimos de la creación de Facultades de Medicina, considera prioritario que garanticen al el estudiante la formación en los 3 niveles de atención médica.

Desde entonces se han ido expandiendo y generalizando programas de IDA en medicina, enfermería, nutrición y odontología, en pre y postgrado y en capacitación en servicio (52) (14) (9).

## Definición

IDA (14): Proceso creciente de articulación entre instituciones de educación, servicios de salud y comunidad para mejorar la atención de salud, orientar la producción de conocimientos y la formación de personal tomando como base el perfil epidemiológico en un determinado contexto nacional y regionalizado que permita la continuidad del proceso educativo (proceso de educación permanente) que nazca en el trabajo y sea capaz de transformarlo (52).

**Figura Nº 3**



**E:** Educación - Instituciones y personal de la docencia sistematizada

**S:** Servicios - Instituciones y personal del sistema de salud sin distinguir jurisdicciones

**C:** Comunidad - Población beneficiaria del servicio y educación

### Modelos de Integración Institucional (5)

Se establecen 3 tipos:

- I. Servicios con funciones administrativo-asistenciales y servicios de educación con funciones docentes asistenciales.
- II. Los servicios cumplen funciones administrativas, docentes y asistenciales reconocidos por la institución educativa.
- III. La institución educativa cumple funciones administrativas, docentes y asistenciales y está incluida en la red de servicios.

### Relación Institucional

Puede instrumentarse en base a las siguientes alternativas:

1. Informal: uso histórico.
2. Formal: acuerdos, decretos.
3. Operacional: comisiones mixtas.
4. Decisión Política.

### Propósitos Generales de IDA (52)

1. Mejorar la atención de salud de la población mediante la prestación adecuada de servicio, individual o colectivamente, y en relación con las necesidades de la población.
2. Mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje.
3. Lograr la participación de la comunidad en forma activa.



### Requisitos para el logro de los propósitos de enseñanza-aprendizaje

1. La enseñanza debe tener como eje la salud de la comunidad y no la enfermedad del individuo.
2. Los alumnos durante todo el proceso formativo deben ser considerados un recurso adicional de los servicios de salud y sus actividades deben estar basadas en su participación en el trabajo.
3. El área natural de entrenamiento debe confundirse con los servicios de salud de la comunidad y el sistema educativo.
4. Participación temprana y equilibrada del alumno en todos los niveles de atención, en una región de salud, con predominio de actividades de atención primaria de la salud (APS).
5. El fin último del sistema de formación de recursos humanos no es formar profesionales, sino mejorar la salud de la población.

### Acciones requeridas para la implementación de IDA (23)

- Continuidad.
- Actividades sistemáticas no circunscriptas.
- Existencia de objetivos comunes y específicos.
- Recursos financieros previamente convenidos.
- Ubicación en áreas seleccionadas de común acuerdo.
- Existencia de un marco formal simétrico.

### Ventajas para la Enseñanza-Aprendizaje desde la metodología de IDA (23)

- No existe docencia sin servicio y todo servicio es docencia.
- El personal se forma con espíritu crítico y conoce las realidades de salud.
- Se pueden planificar los planes de estudio de acuerdo a la realidad nacional y regional.
- Se desarrollan métodos activos de enseñanza-aprendizaje y autoaprendizaje.
- Desarrollo de perfiles ocupacionales y de desempeño que facilitan la supervisión y la evaluación.
- Desarrollo de programas de educación continua y supervisión.
- Desarrollo de investigación relevante y prioritaria.
- "El mejoramiento en la formación del personal de salud incide en forma directa sobre el aumento de la calidad y cobertura de la atención sanitaria" (23).

### Debilidades (14)

- Desestabiliza estructuras tradicionales.
- Crea dependencia de los líderes.
- No se integra a toda la educación médica.
- Es considerado como parte de la universidad y no del servicio.
- Falta de masa crítica docente-asistencial.

- No se evalúa.
- Carencia de manuales y de apoyo técnico.

### Amenazas para la aplicación de IDA

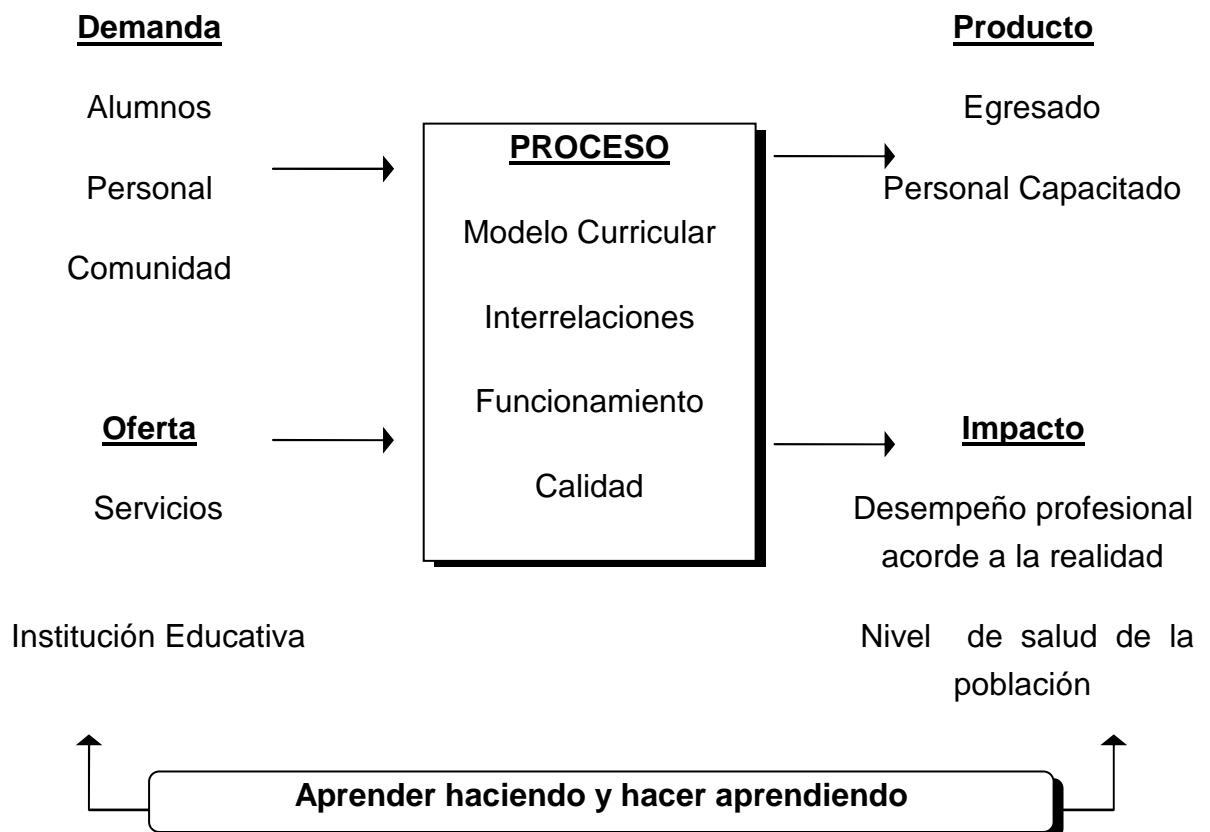
- Inestabilidad política del país donde opera: Falta de continuidad por cambios ideológicos y políticos
- Ser tomado como "moda": explicación para todo, especialmente lo de baja calidad
- Presión de corporaciones: Amenazados especialmente en lo económico
- Resistencia de grupos amenazados: Los que tienen que cambiar para adaptarse al sistema
- Fragilidad de las organizaciones intervinientes: No pueden sostener una idea innovadora ante esquemas rígidos y preestablecidos.

### Oportunidades para su implementación

- Crisis económicas: Ofrece capacitación a muy bajo costo
- Planes de APS: Facilitadores por necesitar el modelo
- Fundación de nuevas escuelas de medicina: Abiertas a metodologías innovadoras
- Fracaso de metodologías viejas: Necesidad de cambio y modernización

- Desarrollo de proyectos internacionales: Desarrollo de proyectos que operan sobre bases sustentables
- Desarrollo de los Sistemas Informáticos: Globalización de la información

Figura N° 4

**Componentes de IDA (adaptado de (34))**

La estrategia de IDA resulta compatible con las características de la enseñanza-aprendizaje de un pregrado que deberá acentuar la jerarquía del adiestramiento psicomotor, del método científico y del hábito de estudio permanente, metodología activa de aprendizaje. La responsabilidad de la acción médica abarca tanto al individuo enfermo como al sano y se extiende a la familia y a la comunidad por medio de los equipos de salud (38).

## **Justificación del Proyecto**

La Cátedra de Pediatría y Neonatología de la Facultad de Ciencias Médicas de Universidad Nacional de Córdoba comienza en 1972, una experiencia inédita en el país, utilizando como parte de la formación del pre y postgrado a instituciones fuera de los muros del hospital: los Centros de Salud Provinciales y Municipales; de acuerdo con la realidad de la demanda de la población y con la filosofía del Eje Salud, para estructurar el conocimiento. Se parte de un concepto de necesidad y de marco socioeconómico-cultural para fijar objetivos y elaborar contenidos, actividades y metodologías.

En 1985 se crea la Unidad Docente Hospital Misericordia, de la Cátedra de Pediatría y Neonatología con asiento en un hospital general de nivel II de atención médica y en 4 centros de salud de la Municipalidad de Córdoba. Allí se dan los primeros pasos de una sistematización de Coordinación Docente Asistencial, con docentes en servicio y el servicio en docencia, ajustándose a las acciones primordiales de la universidad: docencia, investigación y extensión. Se parte de la APS que concentra el 80% de la vigilancia de salud de una población basada en: autogestión de la salud, equidad, multidisciplinariedad, tecnología apropiada, regionalización, participación y prevención. La metodología docente está centrada en el aprendizaje activo con acciones de estudio-trabajo, que se adecua al estudiante adulto universitario, a quien se le ofrece además técnicas de autoaprendizaje dirigido (20).

Estos criterios son acordes a los que desde 1987 conforman la Propuesta de Actualización Curricular de la Facultad de Ciencias Médicas (Secretaría Académica) (6).

Aunque no se realizó una evaluación global, ni se elaboraron acuerdos escritos, ni se extendió a la comunidad, las vivencias de estos 8 años de funcionamiento, avaladas por las respuestas de los alumnos, docentes, servicio e instituciones fue el reto y la obligación de honor que me impulsaron a probar

académicamente un modelo de IDA. Una vez elaborado se ofrecerá a la Facultad de Ciencias Médicas como una concreta y posible estrategia, entre otras, para el logro del perfil profesional del egresado que requiere la salud de la población.





## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Diseño metodológico del Proyecto Educativo**

Proyecto: conjunto de procedimientos que se ordenan entre a) una situación inicial que se considera problemática o insatisfactoria pero mejorable y b) una nueva situación que se espera alcanzar (35).

#### A) Diagnóstico

Marco teórico del proceso de enseñanza-aprendizaje desarrollado en introducción.

Realidad docente 1993: Pediatría, materia de 6to año de la Carrera de Medicina, se cursa por planes de 6 semanas de duración cada uno desde Marzo a Noviembre. Cátedra única con varias Unidades Docentes en hospitales provinciales y municipales (de Niños, Infantil, Misericordia, Pediátrico, Martínez Esteve y Dirección General de Especialidades Médicas).

Se estima en 1500 los alumnos habilitados este año que cursan simultáneamente otras materias. El programa cubre 100 horas curriculares (4,5 % de la currícula total), con 50 % en actividad práctica. Predominio del examen oral y/o escrito individual de tipo tradicional, constituyendo la prueba fundamental de evaluación (42). Los criterios de promoción incluyen el porcentaje de asistencia y la aprobación del examen final (Reglamentos Universitarios). El porcentaje de reprobados en el examen final oscila entre el 10 y 15 %.

La dotación de docentes de planta es: un profesor adjunto a cargo, siete profesores adjuntos (cinco part-time y dos dedicación simple), treinta y dos jefes de trabajos prácticos de dedicación simple. Relación docente-alumno de 1/37.

El postgrado está estructurado alrededor de una Residencia Universitaria Integrada a la organización de la Residencia en Pediatría del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

Existe un número importante de docentes con Carrera Docente y/o Doctorado. La cátedra interviene y es referente en acciones interinstitucionales e interjurisdiccionales de la Provincia, Nación y Organismos Internacionales.

Tiene a su cargo 2 salas de internación en el Hospital de Niños (Lactantes y Segunda infancia), el Servicio de Neonatología de la Maternidad Universitaria y el Centro de Adolescencia Universitario.

La Unidad Docente Hospital Misericordia recepta entre 15 a 25 alumnos por plan que realizan entrenamiento práctico y teórico en esa institución y en los Centro de Salud Municipales (Barrio Güemes, Comercial, Farina y Bella Vista). La elección de la unidad por parte de los alumnos es voluntaria y eventualmente por sorteo (demanda superior a oferta).

Se siguen las normas docentes de la cátedra y el examen final se rinde en la sede central del Hospital de Niños, a cargo de docentes de la unidad o cualquier docente autorizado.

Desde su creación se sigue una estrategia de IDA, con acuerdos de objetivos y metodología entre las instituciones intervinientes. Se utilizan criterios evaluativos tradicionales y una evaluación de las actividades docentes por parte de los alumnos que retroalimentan las planificaciones posteriores.

## B) Categorización General del Proyecto

Estudio y seguimiento de la estrategia de Integración Docente Asistencial durante 6 planes consecutivos (1993-1994) en la U.D. Hospital Misericordia. Modelo II institucional. Mecanismo de interrelación formal.

## C) Formulación de Objetivos

- 1) Sistematizar y evaluar el Proyecto educativo de IDA para el pregrado de la Unidad Docente Hospital Misericordia de la Cátedra de Pediatría y Neonatología Facultad Nacional de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.
- 2) Demostrar la validez del proyecto para mejorar la cantidad y calidad de la enseñanza de pregrado.
- 3) Evaluar cuali y/o cuantitativamente al proyecto, a los alumnos, a los docentes y al impacto sobre el campo de práctica .
- 4) Probar que su aplicación es posible sin modificar la realidad docente y de servicio actual.
- 5) Ofrecer la experiencia a la Facultad de Ciencias Médicas y otras instituciones formadoras del recurso humano para su aplicación.

## D) Metodología

Estará basada en la realidad-teoría-práctica, con técnicas de estudio-trabajo y aprendizaje problematizado de carácter activo desde la estrategia de IDA. Se tratará de fusionar las áreas educacionales de servicio y de la comunidad para lograr que las actividades de adiestramiento estén basadas en una participación en las tareas reales. El proyecto considerará a los alumnos durante todo el proceso educativo, como un recurso adicional de salud. ("El estudiante no es una carga social sino un recurso más en salud"(23)).

Esta metodología de acción-reflexión tratará de desarrollar el intercambio de conocimientos y experiencias, el trabajo grupal, el desarrollo de la investigación participativa y participante (acercamiento a la realidad objeto de estudio), el autoaprendizaje, el análisis y la discusión. (36) (26) (3)

*"Nadie puede revelarte nada sino aquello que permanece medio dormido en el amanecer de tu propio conocimiento. Si el profesor es efectivamente sabio, no te invitará a entrar en la casa de su propia sabiduría, sino que te conducirá hacia el umbral de tu propia mente. Porque la visión de un hombre no da alas a otro hombre" K. Gibram "El profeta".*

### E) Definición de actividades a realizar.

- 1) De los alumnos: de las 6 semanas que tienen asignadas cada uno de los 5 planes en que están divididos los alumnos que cursan 6to.año, 4 semanas permanecen en el Hospital Misericordia y 2 semanas en los Centros de Salud.

En jornadas de 4 horas en el hospital se realizan todas las actividades teóricas y las actividades prácticas en Sala de puérperas, Internado de neonatología, Internado de Clínica pediátrica y Guardias centrales.

La actividad teórica es estructurada en forma grupal, con clases activas donde los docentes priorizan en los contenidos las experiencias de lo cotidiano, dejando la profundización para el autoaprendizaje dirigido con entrega de material bibliográfico. Están a cargo de los docentes de la Unidad y de profesionales del servicio Hospitalario que son referentes de determinadas áreas (Neonatología, Neumonología, Clínica Quirúrgica y otras ) con los cuales se acordó metodología y alcances de contenidos de acuerdo a pautas generales de la Cátedra de Pediatría.

La actividad práctica está a cargo de los docentes de la Unidad y profesionales del Servicio que incorporan a sus tareas habituales a grupos, de alumnos con objetivos y actividades que son comunes y fueron discutidos previamente (Anexo Nro. 1).

La rotación por los Centros de Salud Municipales (unidades de nivel I de Atención), se realiza durante 2 semanas donde se integran al Equipo de Salud (con pautas fijadas previamente:anexo Nro.1) en todas las acciones que se realicen tanto intra como extramuro y a todas las tareas de la institución. La jornada es de 4 horas y la elección del C. de Salud es personal, durante esta pasantía no concurren al Hospital. Los docentes son los profesionales de los efectores y los docentes de la Unidad realizan visitas, comunicadas previamente, para la supervisión evaluativa y acompañamiento institucional.

Los alumnos son provistos de una planilla (Anexo Nro.2), donde consta la rotación, la asistencia, la evaluación docente y la evaluación por el alumno de las pasantías siendo el único instrumento que prueba su regularidad estando bajo su exclusiva responsabilidad.

Los profesionales de los Servicios en actividad docente, son reconocidos por la Facultad de Ciencias Médicas como Docentes Libres en carácter de Coordinador de Práctica Supervisada (Res.Dec. Nº 672/94 ) entregándose certificación anual en reunión conjunta con las autoridades de jurisdicción.,

Teniendo la intervención de tres jurisdicciones: Nacional (Universidad), Provincial (Hospital Misericordia) y Municipal (Centro de Salud) se han realizado convenios formales e informales renovados cada año y que están sujetos a las contingencias del momento histórico y político. La incorporación de servicios y profesionales no universitarios a la docencia favorece la articulación.

2) Contenidos: Se trata de asegurar conocimientos de un programa que incluye los temas prevalentes, regionales y centrales para el pre-grado de acuerdo a la planificación global de la Cátedra. El eje pedagógico es la Medicina del Crecimiento y Desarrollo y los módulos teóricos jerarquizan lo normal y fisiológico sin descuidar la patología con un criterio de prevención, reparación y rehabilitación. Cada Unidad es desarrollada de acuerdo a criterios individuales, de grupo étnico, de factores condicionantes, causas desencadenantes, oportunidades de intervención y educación para la salud.

### 3) Actividades de enseñanza-aprendizaje para Docentes y Alumnos

- Resolución de problemas: de casos reales de la práctica diaria
- Grupos de aprendizaje: con consignas y por temas

- Autoaprendizaje con tutoría: con provisión de citas bibliográficas y/o materia impreso
- Estudio dirigido: con objetivos y actividades
- Clases activas de docentes y alumnos
- Visitas en terreno: a la comunidad, a las instituciones
- Trabajos grupales en la comunidad: con personal de planta de las instituciones y como observadores/colaboradores

#### F) Distribución de Responsabilidades y Funciones

- 1) Área educativa: El Profesor adjunto encargado de la Unidad Docente supervisar el desarrollo del proyecto como delegado del Titular de cátedra. Los docentes universitarios (2) darán apoyo y guía del aprendizaje y prestarán servicio asistencial en Clínica pediátrica y Consultorio de control de niño sano (Hospital Misericordia); un docente (aspirante Carrera Doctorado), realizará tareas de apoyo docente-asistencial en centros de salud, 2 docentes agregados reforzarán apoyo educativo.
- 2) Área de servicio: 10 médicos del Hospital Misericordia y 7 médicos de los Centros de Salud tendrán a su cargo el proceso de estudio-trabajo en sus instituciones, planificando, ejecutando y evaluando actividades de aprendizaje. Estos profesionales se ofrecen voluntariamente, aceptan objetivos y actividades y tienen experiencia en trabajo grupal, en capacitación del postgrado y en capacitación en servicio.

En los concursos para TP de la Cátedra realizados en 1994, 5 de ellos estuvieron en los 28 cargos concursados aceptando solo 2 ( por incompatibilidad horaria ). La creación de Docente Libre por la Facultad de Medicina jerarquiza y convierte en más convocantes a esta función.

### G) Utilización de Recursos e Insumos

- 1) Humanos: 3 docentes universitarios, 2 docentes agregados, 17 profesionales de servicio, alumnos cursantes, demanda de la población y comunidad.
- 2) Materiales: espacio físico y de servicio del Hospital Misericordia y Centros de salud, material de apoyo docente, aulas.

### H) Institucionalización:

Teniendo la figura de desempeño (Docente libre) reglamentada por la Facultad de Medicina es necesario realizar convenios a mediano plazo con la Provincia y Municipalidad de Córdoba, concretos y simples, donde figuren estrictamente los alcances de los roles, misiones y funciones, revocaciones y renovaciones para controlar, en lo posible, los cambios politico-institucionales.

Se deberá instrumentar un buen modelo de monitoreo y evaluación y programas de capacitación del personal afectado para asegurar un desempeño y una articulación basada en la autoconfianza y en la apropiación de la estrategia como facilitadora de la tarea



## D) Seguimiento y Evaluación

Evaluación : es la determinación del grado de discrepancia entre una norma o pauta establecida y el producto parcial o final obtenido (Lafourcade). La evaluación tiene como objeto ayudar a tomar decisiones (Weiss),

La aplicación del paradigma clásico a un estudio de proyectos innovadores es inadecuado y de difícil aplicación, pues en la práctica es imposible establecer mecanismos de control riguroso, así como conseguir estudios de tal envergadura que permitan el establecimiento de la relación antes-después.

En educación es difícil la generalización y la obtención de casos controles, por una realidad no controlada. (14) (38) (24) tanto más cuando se apunta al concepto de calidad total que se entiende como la congruencia de todos los rendimientos de una institución con los valores educativos, con los objetivos científicos, con las demandas de la sociedad y con la misión específica que asumió cada institución.

Se usarán, cuando sea posible, estadísticas cuali/cuantitativas de las cuales podrá surgir la tendencia positiva y negativa de la aplicación.

No hay grupo control ni comparaciones pues no es objetivo confrontar esta técnica con otra sino desarrollar un modelo para ser aplicado y evaluado en la acción. Teniendo esto en claro toda inferencia, transpolación o generalización serían pasibles de error científico.

### 1) Del proyecto:

Mediante observación de documentos, entrevistas semiestructuradas, observación de campo con técnicas participantes y discusión participativa, se verá la:

- Oportunidad en tiempo y en momento
- Aplicabilidad; facilidad, criterio de realidad
- Aceptabilidad por los actores intervinientes
- Pertinencia pedagógica; validación docente
- Interrelaciones entre las personas, la comunidad y las instituciones
- Obstáculos humanos, políticos, físicos, ideológicos, etc.

## 2) De los alumnos:

Se tratará de realizar una valoración del desempeño en las áreas cognitivas, de aptitudes y actitudinales en forma integral por:

**Observación directa**

Técnicas de observación participativa: Con participación del observador

Lista de cotejos: de acuerdo al área a aplicar

Escalas descriptivas y evaluativas (Anexo 3 - Anexo 4)

**Cuestionario**

Formulario impreso que el consultado llena por si mismo

Entrevistas	Estucturadas y no estructuradas: comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio.
Escritos y Orales	Pruebas estructuradas y semiestructuradas Resolución de problemas: Simuladores Coloquios: Al finalizar el plan, con ejercicios de discusión para realizar síntesis integradoras
Orales	Exámen formal final: oral, con tribunal y con paciente calificado de 0 a 10 puntos ( Reprobado-Aprobado-Bueno-Distinguido-Sobresaliente)

### 3) De los docentes:

Se pedirá opinión sobre ellos, el proyecto, alumnos e impacto por medio de:

- Observación participativa: con registro en un diario de campo
- Entrevistas: no estructuradas
- Cuestionarios: anexo N° 4

#### 4) Del impacto:

Que tiene el proyecto durante y al final de su aplicación en la realidad del campo de práctica.

Impacto: medida en que un proyecto, en función de sus objetivos, transforma alguna parcela de su realidad (58). El análisis de impacto determina en que medida el proyecto ha alcanzado sus objetivos, que cambios ha producido en la población beneficiaria y cuales han sido sus efectos secundarios (previstos y no previstos), la evaluación se realiza a posteriori y los cambios se visualizan a medida que transcurre el tiempo siempre y cuando persista la aplicación del proyecto.

- Cambios en el diseño curricular
- Aumento de horas pediátricas y prácticas.
- Aumento de la relación docente/alumno.
- Aumento tareas interdisciplinarias.
- Metas y Programas compartidos.
- Aumento de actividades docente-asistenciales.
- Reforzamiento de la Referencia y Contrarreferencia.
- Extensión a otros pregrados.
- Tareas de investigación operativa.
- Aumento de integración a y de la Comunidad.

"Aprendo y desarrollo responsabilidades si tengo oportunidad de trabajar en forma independiente (autoaprendizaje), si aprendo a buscar la información en vez de aceptarla pasivamente, si me integro a un grupo de trabajo y soy capaz de compartir y confrontar información, si aprendo a interactuar tolerando las discrepancias" (24)

## RESULTADOS

Durante el último plan del año 1993 se probaron en un plan piloto los instrumentos de evaluación y la aceptación de ellos por los docentes y alumnos y se explicó la mecánica a seguir durante 1994. Se realizaron correcciones de acuerdo a los inconvenientes detectados.(56)

En el curso lectivo del 1994 se aplicó sistemáticamente el diseño del proyecto durante 5 planes consecutivos con monitoria constante y se siguió desde Julio de 1994 a Diciembre de 1995 el resultado de los exámenes finales.

- Total de Alumnos de la Cátedra: 1049
- Total de alumnos evaluados en la U.D. Hospital Misericordia: 70 (6,39%)

De las observaciones recogidas se destaca:

1. Buena aceptación de la evaluación por parte de los docentes, especialmente en los Centros de Salud.

2. Alguna resistencia de parte de los alumnos a llenar las grillas evaluativas, a pesar de su carácter anónimo, lo que se tradujo en falta de respuestas, algunos items de los instrumentos de recolección de datos especialmente el referido a teóricos, actividad que esta a cargo de los Docentes Universitarios.
  
3. La metodología ya estaba programada participativamente, probada y aceptada en 8 años anteriores, así que no generó dificultades en su aplicación.
  
4. SEXO : Distribución entre los alumnos

**Tabla Nº 1**

<b>Sexo</b>	<b>Personas</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	25	35.70
Masculino	45	64.30

Relación sexo masculino - femenino : 1.5 /1

Relación al ingreso universitario 1/1

5. EDAD PROMEDIO : 26 años (Mx 38 Mn 23) con un 15 % que no contestó

## 6. PROCEDENCIA DE LOS ALUMNOS POR PROVINCIAS

**Tabla Nº 2**

<b>Provincias</b>	<b>Personas</b>	<b>Porcentaje</b>
Córdoba	33	47.14
Salta, Jujuy	9	12.85
San Luis, Mendoza, Santa Cruz	9	12.85
Entre Ríos, Santa Fe, Formosa	5	7.14
La Rioja, Catamarca	4	5.71
La Pampa, Chubut	4	5.71
Santiago del Estero	3	4.28
Capital Federal	1	1.42
No contestó	2	2.85
Total	70	100.00

La mitad es oriunda de Córdoba y la ¼ parte de Córdoba Capital, el resto procede de provincias limítrofes en su mayoría.



## 7. ELECCION DE LA UNIDAD DOCENTE POR LOS ALUMNOS

Tabla N° 3

	Personas	Porcentaje
Si	55	78.57
No	7	10.00
No Contesta	8	11.43
Total	70	100.00

80 % vino por elección voluntaria y un 10 % en forma compulsiva

## 5. EVALUACION INTEGRAL DE LOS ALUMNOS POR LOS DOCENTES Y POR AREA DE DESEMPEÑO

Tabla N° 4

	Muy Bueno		Bueno		Regular		Malo		No contesta	
	Can.	%	Can.	%	Can.	%	Can.	%	Can.	%
Conocimientos	17	24.29	42	60.00	5	7.14			6	8.57
Afectividad	20	28.50	44	62.84					6	8.57
Psicomotricidad	13	18.52	51	72.81					6	8.57
Adaptación Grupal	11	15.70	44	62.82	9	12.80			6	8.57
Colaboración	17	24.21	35	50.00	12	17.13			6	8.57
Iniciativa	7	10.00	42	60.00	15	21.43			6	8.57

El rendimiento se ubica preferentemente en la columna bueno en todas las áreas, no se consigna ningún malo. Las áreas cognitivas, de afectividad y de colaboración son mejores que las de iniciativa y adaptación grupal; las áreas afectividad y psicomotricidad son las mejores.

## 6. EVALUACION POR LOS ALUMNOS DE LA ACTIVIDAD DOCENTE POR AREA DE PRACTICA

**Tabla N° 5**

		Excelente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Malo		No contesta	
		Can.	%	Can.	%	Can.	%	Can.	%	Can.	%	Can.	%
<b>Hospital Misericordia</b>	S8	1	1.42	40	57.18	19	27.18	8	11.42	1	1.42	1	1.42
	Neonatología	4	5.71	52	74.28	9	12.85	2	2.85	1	1.42	2	2.85
	Teóricos			41	58.57	6	8.57					23	32.85
<b>Centro de Salud</b>	→	15	21.45	49	70.00	3	4.28	1	1.42			2	2.85

El área Centro de Salud aventaja a las áreas Hospitalarias y dentro del Hospital el área Neonatología a la sala de internación Clínica.

10. EVALUACION ACTITUDINAL DE LOS ALUMNOS POR LOS DOCENTES DEL HOSPITAL MISERICORDIA Y CENTRO DE SALUD

Tabla N° 6

	Habitualmente				Rara vez				Nunca				No registra			
	Hospital		Ctro Salud		Hospital		Ctro Salud		Hospital		Ctro Salud		Hospital		Ctro Salud	
	Can.	%	Can.	%	Can.	%	Can.	%	Can.	%	Can.	%	Can.	%	Can.	%
Es amable, saluda, sabe escuchar	34	87.17	63	96.92	5	12.82	2	3.07								
Respetuoso, prudente	33	84.61	59	90.76	6	15.38	5	7.69			1	1.53				
Explica lo que hace	23	58.97	49	75.38	16	41.02	14	21.53			1	1.53			1	1.53
Realiza correctamente lo indicado	19	48.71	54	83.07	20	51.28	10	15.38							1	1.53
Se adapta al registro de datos	33	84.61	56	86.15	5	12.82	9	13.84					1	1.53		

Tabla Nº 7

	Habitualmente				Rara vez			
	Hospital		Ctro Salud		Hospital		Ctro Salud	
	Can.	%	Can.	%	Can.	%	Can.	%
Actúa acorde al niño	33	84.61	60	92.30	6	15.38	4	6.15
Participa actividades grupales	13	33.33	49	75.38	22	56.41	10	10.25
Lidera alguna actividad	4	10.25	11	16.92	29	74.35	21	32.38
Solidario	25	64.10	59	90.76	14	35.89	4	6.15
Se ofrece para tareas habituales	20	51.28	52	80.00	16	41.02	12	18.46
Ideas para solucionar dificultades	11	28.20	43	66.15	25	64.10	16	24.61
Se queda después de horario	18	46.16	50	76.92	19	48.71	6	9.23
Partida sentida	15	38.46	32	49.23	24	61.53	2	3.07
Puntualidad	33	84.61	54	83.07	5	12.82	8	12.30
Conocimientos Teóricos adecuad. a practicas	21	53.84	44	67.69	18	43.15	15	23.07

	Nunca				No registra			
	Hospital		Ctro Salud		Hospital		Ctro Salud	
	Can.	%	Can.	%	Can.	%	Can.	%
Actúa acorde al niño							1	1.53
Participa actividades grupales	4	10.25	3	4.61			3	4.61
Lidera alguna actividad	6	15.38	12	18.46			21	32.30
Solidario							2	3.07
Se ofrece para tareas habituales	3	7.69					1	1.53
Ideas para solucionar dificultades	3	7.69	1	1.53			5	7.69
Se queda después de horario	2	5.12	4	6.95			5	7.69
Partida sentida			1	1.53			30	46.15
Puntualidad			1	1.53	1	1.53	2	3.07
Conocimientos Teóricos adecuad. a practicas			2	3.07			4	6.15

Se registran mejores resultados en la evaluación de los docentes de los Centros de Salud. Los registros más bajos son para liderazgo y creatividad. El 50% considera que los conocimientos teóricos de los alumnos se adecuan a la práctica.

11. REGULARIDAD: 4 alumnos quedan libres (5,71%) por no haber recuperado algún parcial reprobado.

## 12. PROMEDIO NOTAS PARCIALES:

1er parcial: Promedio 5.96, 5 reprobados (7.14%) 7 s/notas

2do parcial: Promedio 6.55, 1 reprobado (1.42%) 10 s/notas

## 13. EXÁMENES FINALES:

Junio 1994 a Diciembre 1995: rinden 60 alumnos (85.74%) de la Unidad

rinden 1803 alumnos en total cátedra

Promedio Notas: 7.11( Distinguido)

Reprobados 1 vez	2 (3.33%)	}	3 (5%)
Reprobados 2 veces	1 (1.66%)		
Reprobados totales cátedra	155 (8.59%)		

## 14. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DOCENTE POR EL ALUMNO

Tabla Nº 8

	Siempre		De vez en cuando		Rara vez		Nunca	
	Can.	%	Can.	%	Can.	%	Can.	%
Explicó objetivos a seguir	46	69.69	20	30.30				
Explicó sistemas de Evaluación	50	75.75	11	16.66	3	4.54	2	3.03
Comienza y termina a hora	41	62.12	24	36.36	1	1.51		
Explica con claridad y precisión	53	80.30	12	18.18			1	1.51
Mantiene interesados a estudiantes en tareas	51	77.27	15	22.72				
Acepta preguntas y estimula práctica	58	87.87	8	12.12				
Ofrece ayuda y tiene buena relación con estud.	45	68.18	20	30.3			1	1.51
Enriquece sus ideas con actividades	40	60.60	24	36.36	1	1.51	1	1.51
Utiliza técnicas de fácil participación	19	28.78	38	57.57	8	12.12	1	1.51
Evalúa de acuerdo a tareas realizadas	39	59.09	27	40.9				
Discute resultados con los estudiantes	37	56.06	20	30.3	7	10.60	2	3.03
Manifiesta sólida formación profesional	52	78.78	14	21.21				
Cree que el grupo logró resultados positivos	51	77.27	15	22.72				

La mayoría contesta que siempre se cumplen las pautas básicas del rol docente. La utilización de técnicas que facilitan la participación, la discusión de resultados y la explicación de sistemas de evaluación no se realizan habitualmente.

## 15. AUTOEVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DOCENTE

Tabla N° 9

	Siempre		De vez en cuando		Rara vez		Nunca	
	Can.	%	Can.	%	Can.	%	Can.	%
Explicó objetivos a seguir	20	80.00	5	20.00				
Explicó sistemas de Evaluación	12	48.00	8	32.00	4	16.00	1	4.00
Comienza y termina a hora	18	72.00	7	28.00				
Explica con claridad y precisión	20	80.00	5	20.00				
Mantiene interesados a estudiantes en tareas	25	100.00						
Acepta preguntas y estimula práctica	24	96.00	1	4				
Ofrece ayuda y tiene buena relación con estudiantes	21	84.00	4	16				
Enriquece sus ideas con actividades	19	76.00	5	20	1	4.00		
Utiliza técnicas de fácil participación	8	32.00	13	52	4	16.00		
Evalúa de acuerdo a tareas realizadas	20	80.00	4	16	1	4.00		
Discute resultados con los estudiantes	11	44.00	5	20	5	20.00	4	16.00
Manifiesta sólida formación profesional	23	92.00	2	8				
Cree que el grupo logró resultados positivos	18	72.00	7	28				

La mayoría de los docentes cree cumplir el perfil docente evaluado, destacando fallos en técnicas facilitadoras, explicación de sistemas de evaluación y discusión de resultado con los alumnos.

## 16. EVALUACIÓN GLOBAL DEL PLAN POR LOS ALUMNOS (66)

Tabla Nº 10

	En gran medida		Moderadamente		Muy poco		Nada	
	Can.	%	Can.	%	Can.	%	Can.	%
Mejoró la capacidad de interpretar la información	35	53.03	26	29.29	4	6.06	1	1.51
Aumentó mi curiosidad de investigar y descubrir nuevas cosas	32	48.48	31	46.96	3	4.54		
Aumentó mi capacidad para resolver problemas	34	51.51	29	43.93	2	3.03	1	1.51
Aprendí muchas cosas que no sabía	52	78.78	14	21.21				
Logré mayor confianza en mi mismo	36	54.54	23	34.84	6	9.09	1	1.51
Recibí ayuda del docente y / o agentes del servicio	54	81.81	10	15.15	2	3.03		
Aumentó mi comprensión del sentido social	49	74.24	16	24.24			1	1.51
Me he sentido a gusto	50	75.75	16	24.24				
Avancé sin dificultades	35	53.03	30	45.45	1	1.51		
Aumentó mi capacidad y actitud crítica	34	51.51	30	45.45	2	3.03		
He logrado objetivos propuestos	34	51.51	31	46.96			1	1.51
Adquirí buen nivel y eficacia práctica	38	57.57	27	40.9	1	1.51		

Se considera que en gran medida se alcanzaron los ítems interrogados, sobre todo el aprendizaje de cosas nuevas, la ayuda del personal (docente y no docente), el aumento de la comprensión del sentido social. Se sintieron a gusto y el 50% dice que se lograron los objetivos propuestos.

## 17. EVALUACIÓN DEL PROYECTO:

- Oportunidad: Adecuado ( grilla alumnos y docentes.)
- Aplicabilidad: posible sin problemas, (evaluación de los alumnos, docentes y del plan ).
- Aceptabilidad: muy buena,( grillas de evaluación).
- Pertinencia Pedagógica: Buena, (resultados, evaluación de alumnos.)
- Interrelación : buena entre personal y entre las instituciones.



- Obstáculos : Falta de articulación entre jurisdicciones.  
No cumplimiento de los objetivos prefijados.  
Docentes no motivados.. Crisis en las Instituciones.  
Alumnos no motivados.

#### 18. EVALUACIÓN DEL IMPACTO :

- Cambios en el diseño curricular: si pero no por el Proyecto sino por adecuación a líneas pedagógicas modernas de la Facultad de Medicina.
- Aumento horas pediátricas y prácticas: si pero en forma voluntaria y fuera del horario reglamentado por Facultad que no se puede alterar.
- Aumento relación docente - alumnos: Si: de 1/37 a 1/3.
- Aumento de tareas interdisciplinarias: con pregrado de la Escuela de Nutrición. con Enfermería y Odontología
- Metas y Programas compartidos: en control de Crecimiento y Desarrollo, en Diarrea aguda, en Infección Respiratoria Aguda, y en Inmunizaciones (Normas Comunes).
- Aumento actividad docente asistencial: Si de 0 a 70 hs x año.
- Reforzamiento de la referencia y contrareferencia: si por conocimiento en la práctica del mecanismo por los alumnos que la difunden en los niveles de atención donde desarrollan otras materias.
- Extensión a otros Pregrados: no se realiza difusión hasta terminar experiencia; la existencia de la estrategia en otras prácticas es casual.

- Tareas de investigación operativa: Investigación de prevalencia de anemia nutricional ferropénica en lactantes de 9 a 18 meses durante el control de crecimiento y desarrollo.
- Aumento de integración a y de la Comunidad: sólo en el intra muro.

## Discusión

### *ALUMNOS:*

La evaluación de los alumnos registra buenos resultados, mejores aún en los Centros de Salud que en el Hospital Misericordia. Se destacan las áreas cognitivas y de afectividad.

Los exámenes parciales pueden ser calificados de buenos; el segundo fue mejor que el primero.

Los alumnos libres, quedaron en tal situación por parciales y no por ausencia en la actividad teórico práctica.

Los exámenes finales tuvieron un 5% de reprobados (8,5% para el total de la Cátedra en el mismo periodo) y con un promedio de calificaciones de 7,5 puntos equivalente a Distinguido.

En las áreas de práctica no hubo problemas de integración y se cumplieron las pautas de desempeño previamente fijadas. Dentro de estas practicas se advirtieron al inicio algunas resistencias para asistir a los Centros de Salud que fueron rápidamente revertidas en la pasantía; incluso varios alumnos siguieron concurriendo a dicho centro después de finalizado su respectivo plan.

La actitud de los estudiantes facilitó el trabajo con la comunidad (demanda de salud) y se caracterizó por ser respetuosa y afectiva, valorizando sus “saberes”.

La Unidad fue elegida por la mayoría de los alumnos a pesar de la desconfianza que se creaba al salir del Hospital de Niños. La opción fue reforzada por tener referencia de años o planes anteriores, no pudiendo distinguir aquellos que no tuvieron posibilidad de elegir.

### Características generales de los alumnos:

- Mayoría masculina (1.5 / 1). Mitad de los alumnos proceden de Córdoba (Capital o Provincia)
- Jerarquizan contenidos teóricos y de patología.
- No priorizan la materia, pero aceptan su importancia.
- Confunden cordialidad y participación con permisividad.
- Temor a represalias cuando evalúan (59).
- No entienden el alcance del autoaprendizaje ni se comprometen con ello y demandan información oral elaborada por los docentes
- No ven al niño sano como objetivo de la materia, ni de la medicina.
- Tienen un escaso sentido de la autocrítica y de la crítica constructiva.
- Hay problemas en la adaptación grupal, en la iniciativa y en la capacidad para la resolución de problemas.
- Se detecta gran carga de agresividad, ambivalencias, miedos e indecisiones.
- Se integran rápidamente; son cordiales y colaboradores.
- Se comprometen con el niño y su familia (46).

## *DOCENTES.*

Se registra una correcta aceptación del rol docente en IDA, pero persiste el modelo metodológico clásico y solicitan contenidos para transmitir a los alumnos teóricamente. Los alumnos tienen un buen concepto de su desempeño y manifiestan respeto y camaradería. En el período de funcionamiento no existió un reclamo para ninguno de ellos, valorizando su formación científica y la calidad humana.

Los Docentes en Servicio tienen:

- Problemas para aplicar límites (permissividad).
- No aceptan totalmente el aprendizaje desde la práctica (les parece no científico).(40)
- Ven a las técnicas participativas como una forma de no preparar contenidos.
- Gran plasticidad para la adaptación ante cambios y/o prácticas.
- Visión de control para los docentes universitarios.
- Se sienten valorados y estimulados por la actividad docente.
- Ven a la actividad de IDA como recuperadora del aislamiento del trabajo en un solo nivel de atención.
- Solicitan rotación en otros niveles y formación pedagógica.
- Están comprometidos con el modelo de la Unidad Docente.

Los Docentes Universitarios estan integrados con los Docentes en servicio y han rechazado el traslado al Hospital de Niños a pesar de la jerarquía que le reconocen.

En el ultimo concurso para JTP de la Cátedra de Pediatría los docentes en servicios del Hospital Misericordia y de los Centros de Salud que se presentaron, estuvieron en el orden de méritos y solo dos de ellos aceptaron. El resto no lo hizo por requisitos de lugar de destino de la Cátedra.

### *PROYECTO*

El Proyecto fue probado durante 8 años anteriores a la sistematización. En esta oportunidad ya estaban superados los principales conflictos emergentes de la acomodación a lo nuevo que moviliza estructuras y conductas.

- La aceptación fue mas fácil y rápida en los docentes, luego en los alumnos y donde mas dificultades existieron fue en los niveles de conducción provinciales y municipales que no captan en profundidad la metodología; la perciben como una actitud facilista de los docentes universitarios. (54)
- La pertinencia pedagógica se refleja en las encuestas y en algunos cambios en el producto, falta extensión y tiempo de aplicación para emitir juicio.
- Las interrelaciones entre los docentes y alumnos fueron inmediatas y correctas, aun están pendientes las interinstitucionales que requieren un marco mas general que el puntual de una Unidad o de un grupo para lograr la concreción de proyectos comunes.

- Los obstáculos fueron los que se desprenden de una actividad que sale de lo tradicional y genera cambios que desestabilizan. El mayor escollo está en aquellos que dicen comprometerse con el modelo en el plano teórico pero no lo aceptan en la práctica.(45)
- La continuidad de su aplicación con evaluaciones y controles para adaptación, serán el reaseguro del proyecto.

### *IMPACTO*

No se puede medir inmediatamente de finalizada la sistematización pero se señala:

- Aumento de relación docente alumno: de 1/37 a 1/3
- Aumento de tareas interdisciplinarias: por estar en una práctica que las hace necesarias, pues la realidad exige la visión global de los problemas.
- Gran aumento de las tareas docentes-asistenciales: de prácticamente 0 a 70 hs. pues sacados los teóricos toda la actividad es docente-asistencial
- Descubrimiento y aceptación de la familia y la comunidad como integrantes del proceso salud-enfermedad.
- Posibilidad de la humanización del acto médico: por la oportunidad de ver el contexto donde suceden los hechos.
- Socialización del conocimiento : transmisión decodificada de los mensajes con énfasis en educación en salud.

## Conclusiones

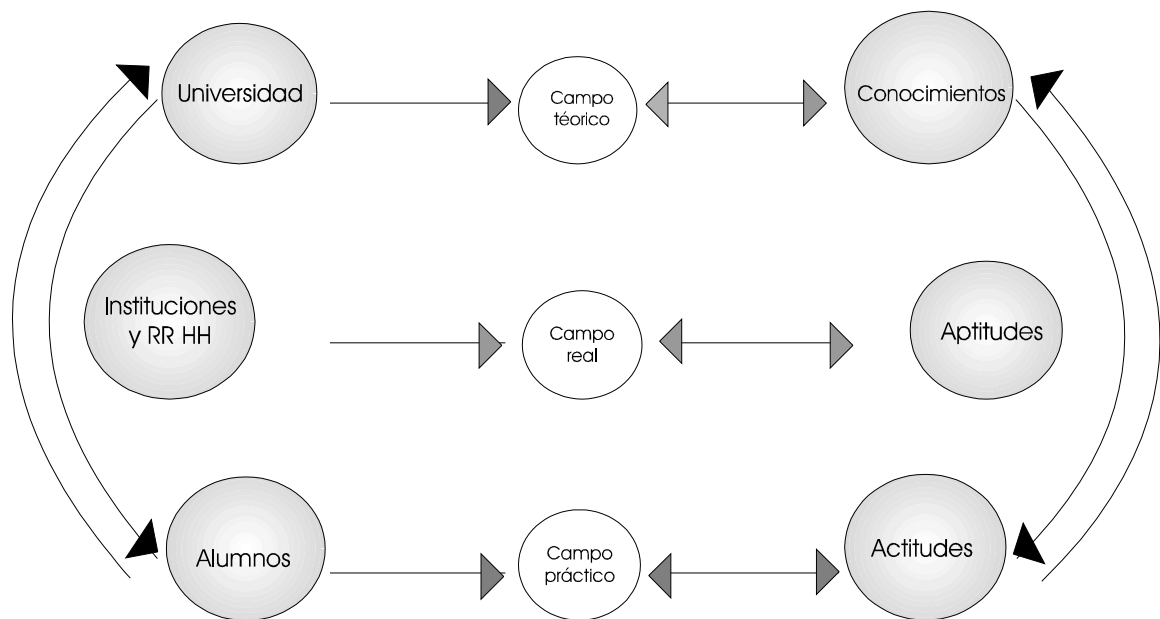
- El modelo tiene validez y se puede aplicar sin modificar la realidad del campo de prácticas del pregrado de Clínica Pediátrica, no variando personal lugar y tiempo destinado a la materia
- La estrategia de IDA es pertinente para el momento histórico, científico, económico y tecnológico actual, ya que permite hacer más eficiente el gasto social y relaciona los factores productivos con los intelectuales (educación, ciencia y cultura )
- El modelo facilita la integración de los perfiles de salud pública con los del pregrado universitario pues permite ser la articulación entre la educación, la sociedad, la economía y el estado.
- El modelo permite la adecuación e integración entre los contenidos teóricos y la práctica porque se aprende haciendo todo desde el lugar donde suceden los acontecimientos.
- El modelo mejora la cantidad y calidad de la enseñanza al proveer el tiempo real de atención de la salud.
- El modelo puede ser aplicado, a otros pregrados, al post-grado y a la capacitación en servicio pues se adopta y es adaptable sin modificar metodología base.



- El modelo integra a un alumno activo y a un docente estimulador, desplazando al eje vertical del enseñanza-aprendizaje a una concepción horizontal transformadora, generando desde el problema la solución integral.
- El modelo rescata humana y afectivamente al alumno, al docente y a la comunidad operando en un espacio solidario y desde la realidad de las vivencias humanas.
- El modelo no puede ser aplicado si no se acepta y respeta la capacidad de aprendizaje del adulto y del equipo de salud en servicio, en el marco de la socialización del conocimiento.
- El modelo requiere acuerdos claros y posibles entre los actores e instituciones intervinientes por la heterogeneidad de las jurisdicciones y sectores convocados.
- El modelo es científico, es pedagógico, es técnico, es evaluable, es aceptable, es oportuno y tiene ventajas, debilidades y amenazas.

### Modelo de Integración Docente Asistencial

Figura N° 5



**Toda docencia es servicio y todo servicio es docencia.**

**Bibliografía**

1. Aranga Y. y Col. "IDA: una experiencia de educación continua para el personal de servicio". Colombia 1984/86. Educ. Med. Salud 21 (1): 46-55. Colombia 1984/86
2. Asua M. "Evolución de los planes de estudio en las Facultades de Medicina de la Argentina 1918/1982". Med. y Soc. 8 (3): 57/65 1985
3. Bauleo A. "Ideología, grupo y familia". Edit. Kargeinan Bs.As. 1974.
4. Blejer José "Psicología de la Conducta". Capt. Dos. Material Impreso
5. Bordoni N. y Col. "Evaluación de métodos de enseñanza no convencionales" Educ. Med. Salud 20 (1): 86-93 1986. "ADA relación creciente entre la institución educativa, la institución de servicio y la comunidad". Material impreso.
6. Breglia R. y Col "Propuesta de actualización curricular". Secretaría académica Facultad de Ciencias Médicas. Material Impreso 1987.
7. Brito P. "IDA: bases para una propuesta de desarrollo" Educ. Med. Salud 21 (1): 30/45.
8. Bosch S. y col. "Asistencia técnica, Participación comunitaria e IDA" Med. y Soc. 8 (3): 66-71 1985.
9. Bosch S. "Un programa que intentó lograr cambios en la Medicina Argentina" Med. y Soc. 5 (3): 120-134 1982.
10. Bunge Mario "El conocimiento ¿Cómo? ¿Por qué?" La investigación científica pag.237-239. Edit. Ariel - Barcelona.1978

11. Carrera Docente Facultad de Ciencias Médicas "Psicología del Aprendizaje" 1987. Material Impreso
12. Centeno A. "El aprendizaje basado en problemas, una alternativa educacional". Prensa Med. Arg. 77 (5): 39-40. 1970
13. Corrigan J. "The new Curriculum. Is it new?" A.J.D.C. Vol.146 Aug.1992.
14. Chavez M., Ferreyra J. y col. "Cambios en la educación médica: un análisis de la IDA en América Latina" Fondo editorial FEPAFEM. Public No.3 (Caracas - Venezuela) Nov.1984.
15. Daescher Ch. "Puntualizaciones sobre educación: tres reflexiones sobre el objetivo y el proceso de la educación de los estudiantes de medicina". Pediatr. (ed. Española) 34 (5): 235-236 1992.
16. Davine M. C. "Bases metodológicas para la educación permanente para el personal de salud" OPS. Public. Cientif. No.19 1989.
17. Depart. Family and Community Muscal Oman "Education in family and Community health: the challenge faced by a new medical school" Med. Educ. 26 (6): 478-481 1992.
18. Edelstein G y otro "Proceso de aprendizaje" Universidad Nacional de Córdoba, Material Impreso.
19. Facultad de Arquitectura y Urbanismo Curso "Teorías del aprendizaje" Córdoba 1987.
20. Fagalde O., Schroeder H. y Col. "Articulación Docente-Asistencial" XXIX Congreso Argentino de Pediatría, Río Hondo (Sgo. del Estero) 1991.
21. Ferreira J. "IDA y APS" Educ. Med. Salud 20 (4): 458-463 1986.
22. Ferreira J. "La necesidad de colaboración efectiva entre la educación y el servicio de salud" Educ. Med. Salud 15 (2): 154-165 1981.

23. Filippini O., Villalba R. "Fortalecimiento de la práctica de enfermería mediante la IDA" Rev. Arg. de Enfermería 27: 44-54 Oct.1990.
24. Galli A. "La evolución en el proceso de enseñanza-aprendizaje" OPS-OMS zona IV. Proyecto AMRO 1975. Material impreso.
25. Gatti C. "Formación de recursos humanos en salud" Seminario Articulación Docencia Servicio. Proyecto Córdoba. 1992. Material impreso.
26. Goic A. "Educación médica una empresa intelectual y moral" Rev. Med. de Chile 115 (3): 253-8. 1987.
27. Grajeda G. y Velazquez P. "Guatemala: la participación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos en proyectos comunitarios de desarrollo de salud". Educ. Med. Salud 25 (3): 268-79. 1991.
28. Green E. "Teaching a new approach to quality improvement". J. Contin. Educ. Nurs. 23 (1): 20-3. 1992.
29. Haddad J. "Desarrollo educacional en salud, perspectiva para el año 2000". Educ. Med. Salud. 20 (4): 448-457.
30. Haggerty R. "Medical Education in Transition: the reporter of the Rorbet Wood Johnson Commision Medical Education". Pediatrics 90 (2): 273-74. 1992.
31. Jardinez M. y col "La educación en ciencias de la salud en Cuba". Educ. Med. Salud. 25 (4): 387-407. 1991.
32. Kair Kemis "Investigación educativa, reforma educativa y el papel de la profesión". Material impreso.- Carrera Docente 1990
33. Lobo Castellano O. "Descentralización de la enseñanza de la salud pública". Educ. Med. Salud. 16 (1) 1982.
34. Mendizabal G. "IDA Marco conceptual y metodología para su aplicación". OPS-OMS. Proyectos Perú. Material Impreso.

35. Ministerio Nacional de Cultura y Educación "Proyecto estímulo a las iniciativas docentes". Plan Social de Educación. Documento Nro.2 Marzo 1992. Material Impreso.
36. Montilva N. "La educación médica y la salud para todos". Educ. Med. Salud 25 (4) 452-478. 1991.
37. Mussant Z. y col. "IDA en México". Educ. Med. Salud 20 (1): 96-103.
38. Neglime A. "Propósitos y objetivos de la educación médica". Rev. Med. de Chile. 110 (5): 479-86. 1982.
39. OMS y FEPAFEM "La reforma de la educación médica: un desafío inaplazable". Bol. Of. Sanit. Panam. 107 (2): 155-172. 1989.
40. Otero A. y col. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid. "Nuevas tendencias en la enseñanza de la medicina, evaluación de la rotación en centros de salud". Aten. Primaria. 9 (9): 512-5. Junio 1992.
41. Petersdorf R. y col. "Are we educating a medical professional who cares ?". A.J.D.C. Vol. 146. Noviembre 1992.
42. SAP "Currículum Pediátrico". 1er Seminario Nacional sobre la Enseñanza de la Pediatría en el Pregrado. Noviembre 1979.
43. Schapacasse E. "Consideraciones sobre educación médica en EE.UU.". Rev. Med. Chile. 105: 332-34. 1977.
44. Sepulveda C. "Roles profesionales y Atención de la salud". C.M.Soc. 11 (3). 1970.
45. Da Silva C. y Col. "Problemas da IDA". FEPAFEM 7-37. Publicación 1982.
46. Steinkuller J. "Home visits by pediatric residents". A.J.D.C. Vol. 146 Setiembre 1992.

47. Swason A. "Medical education reform without change". Mayo Clin. Proc. 64 (9) 1173-4. 1988.
48. Toro C. y col. "Enseñanza de la pediatría en la formación de pregrado". Rev. Chil. Pediatr. 57 (4): 373-78. 1986.
49. Troncoso M. del C. "Evolución histórica de la educación médica en Argentina y su relación con el Sistema de Salud y la Práctica Médica". Cuad. Med. Soc. (Rosario) 32: 33-48. 1985.
50. Facultad de Filosofía y Humanidades, Escuela de Ciencias de la Educación, Cátedra de Pedagogía "Educación y Comunicación". Material Carrera Docente Escuela de Medicina. 1990
51. Urubatare Vieira de Maderos "Integraçã docente-assistencial en odontología no Brasil". Educ. Med. Salud 25 (2): 127. 1991.
52. Vidal C. y Quiñonez J. "Integración docente asistencial". Educ. Med. Salud 20 (1): 1-17. 1980.
53. Perez Lindo A. "Teoria y evaluacion de la educacion Superior" Cuadernos Rei Argentina S.A.- Abril, 1993.
54. Blake O, Artur C., Barreto G.. "Que hago con la gente". De. Tesis Argentina 1990
55. Briones G. "Evaluacion de programas Sociales": teoria y Metodologia de la Investigacion evaluativa PIIE Santiago de Chile 1985.
56. Canales F.H. de y Col. "Metodologia de la Investigacion" Serie Paltex Nro.35 2da. Edicion.OPS. 1994.
57. Cook TD. CHS. Reinhardt. "Metodo cualitativos y cuantitativos en Investigacion evaluativa" Ed. Morata Madrid, 1986.-

58. Cohen R. y Franco R. "Racionalizando la política Social: evaluación y viabilidad". Revista de la CEPAL 47: 177-186,1992.
59. Gibaja R. "Acerca del debate Metodológico en la investigación educativa". "La educación" Revista Interamericana de Desarrollo Educativo Nro. 103. 1988.



<b>ANEXOS</b>
---------------

**ANEXO Nº 1****CATEDRA DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA  
U.N.C.  
UNIDAD DOCENTE HOSPITAL MISERICORDIA****GUIA DE TRABAJOS PRACTICOS****EN EL INTERNADO****Objetivos:**

- 1) Realizar la exploración semiológica siguiendo las pautas fijadas en el Servicio
- 2) Reconocer las necesidades y expectativas inmediatas del niño y su medio, distinguiendo prioridades.
- 3) Fundamentar las conductas que asumiría, adecuándolas a sus posibilidades y a las del paciente.
- 4) Reconocer la necesidad de solicitar ayuda.

## Actividades:

### **En Neonatología:**

1. Confección de la Historia Unica Perinatal
2. Exámen semiológico completo del recién nacido normal.
3. Manejo de percentiles y tablas de maduración .
4. Identificación del patologías que se presenten en la sala.
5. Conocimiento de técnicas de reanimación.
6. Visita a la Unidad de Internación del Recién Nacido Patológico

### **En Sala 8:**

1. Confección de Historia Clínica Unica.
2. Exámen semiológico completo
3. Valoración del crecimiento y desarrollo.
4. Ejercicios diagnosticos y de conducta a seguir según patologías de la sala
5. Seguimiento de un paciente durante la pasantía.
6. Presentación y discusión en grupo del caso elegido.

## Evaluación

Por observación del desempeño.

Por manejo del razonamiento médico.

## **EN LOS CENTROS DEL SALUD**

### **Objetivos:**

- 1) Evaluar el crecimiento y desarrollo del niño por antropometría y criterios de desarrollo y maduración.
- 2) Proponer acciones médicas referidas a la promoción y protección de la salud.
- 3) Integrar el trabajo con el Equipo de la Salud en acciones concretas.
- 4) Realizar actividades de apoyo en Enfermería, Nutrición y Servicios Sociales.
- 5) Elaborar un diagnóstico clínico de las patologías prevalentes, fundamentando la necesidad de : Exámenes Complementarios, Referencias y Contrareferencias y /o Internación.

### **Actividades:**

A desarrollar de acuerdo a oportunidad y selección por el Personal Docente a cargo.

### **Evaluación**

Por observación del desempeño.

Por manejo de situaciones cotidianas

Por la iniciativa en acciones preventivas y comunitarias

**Anexo N° 2**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **FN:** \_\_\_\_\_ **Procedencia** \_\_\_\_\_ **Plan** \_\_\_\_\_ **Eligio Unidad** **SI** **NO**

	Firma Doce.	Concepto D.	Aprob.	Conc. alumno por Rotacion (MB,B,R,M) porque?	Parcial		Exámen Final	
S8					1er	2do	Docente	
							Nota	
Neonatal					Observaciones			
							MB	B R M
					Coocimientos			
					Afectividad			
					Psicomotricidad			
					Adaptación			
Centro de Salud					Colaboración			
					Iniciativa			
Teóricos	Concepto del Alumno (MB,B,R,M)				Escriba acá lo que Uds. quieran con respecto al curso de la materia			

## Anexo N° 3

### ENCUESTA PARA EVALUACION DEL ALUMNO POR EL DOCENTE

	Habitualmente	Rara vez	Nunca	No registré
Es amable, saluda, sabe escuchar				
Respeto el pudor y la privacidad en la revisión				
Explica lo que hace adecuándose al vocabulario corriente				
Realiza correctamente las maniobras semiológicas				
Se adapta al registro de datos de la institución				
Sus actos están acordes con la fragilidad del niño				
Participa en actividades grupales				
Lidera alguna actividad				
Demues. solidaridad con sus compañeros y los de la institución				
Se ofrece para tareas habituales				
Aporta ideas para la solución de dificultades				
Se queda después de horario cuando es necesario				
Su partida va a ser sentida en el grupo de planta				
Es puntual en actividades programadas				
Sus conocimientos teóricos responden a las necesidades de salud de la población				

## Anexo N° 4

### ENCUESTA PARA EVALUACION DESEMPEÑO DOCENTE POR EL ALUMNO Y AUTOEVALUACION DOCENTE

	Siempre	De vez en cuando	Rara vez	Nunca
Explicó objetivos a seguir durante la pasantía y/o teóricos				
Explicó sistema de evaluación a utilizarse en la pasantía				
Comienza y termina la tarea a la hora señalada				
Explica con claridad y precisión				
Mantiene el interés del estudiante en la clase y/o pasantía				
Acepta preguntas y estimula a los estudiantes para que participen en la tarea				
Ofrece ayuda y mantiene relaciones interpersonales satisfactorias con los estudiantes				
Enriqueció sus ideas en base a puntos de vista expresados por los docentes, agentes del servicio y sus compañeros				
Utilizó técnicas de trabajo diferentes que faciliten la participación				
Evalúa sus estudiantes de acuerdo a las tareas realizadas durante la pasantía				
Discute con estudiantes el resultado de la pasantía y/o teóricos				
Manifestó el docente una sólida formación profesional				



## Anexo N° 5

### ESCALA PARA EVALUAR UN PLAN O CURSO

<b>Al Concluir percibo que</b>	<b>Gran medida</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Muy poco</b>	<b>Nada</b>
He aumentado mi capacidad para interpretar información				
He incrementado mi curiosidad para investigar y descubrir cosas nuevas				
He aumentado mi capacidad para resolver problemas del área				
He aprendido muchas cosas que no sabía				
He logrado mayor confianza en mí mismo				
He recibido ayuda oportuna de los docentes y/o agentes del serv.				
He aumentado mi comprensión sobre el sentido social de mi quehacer como futuro profesional				
Me he sentido a gusto todo el tiempo				
He avanzado sin dificultad a lo largo del aprendizaje				
He aumentado mi capacidad y actitud crítica				
He logrado realmente los objetivos que fueron acordados al iniciar el período				
He adquirido un buen nivel de eficacia en las prácticas que fueron				

**GRAFICOS**

## **RESUMEN.**

Desde una revisión histórico-bibliográfica de la docencia en las Escuelas de Medicina y una actualización del concepto del proceso de enseñanza-aprendizaje en el adulto, se llega a la conceptualización, requisitos, acciones, ventajas, debilidades, amenazas y oportunidades de la Integración Docente Asistencial (IDA). Se entiende a ésta "como un proceso de articulación entre instituciones de educación, servicios de salud y comunidad, para mejorar la atención de la salud, orientar la producción de conocimientos y la formación de personal, tomando como base el perfil epidemiológico, en un determinado contexto que permita la continuidad del proceso educativo, que nazca en el trabajo y sea capaz de transformarlo". Entendiendo que la estrategia de IDA se adecua al pregrado de Clínica Pediátrica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba y que permitiría el mejoramiento en cantidad y calidad de la enseñanza sin modificar la realidad docente y de servicio actual, contribuyendo al ensamble teoría-realidad-práctica, se diseña y ejecuta un proyecto educativo desde esta metodología. El lugar de implementación es la Unidad Docente Hospital Misericordia de la Cátedra de Pediatría y Neonatología donde durante cinco planes consecutivos se sistematiza una experiencia que ya llevaba ocho años de aplicación, trabajándose con el ámbito universitario, el hospital provincial y centros de salud municipales, entendiendo que "toda docencia es servicio y todo servicio es docencia". Se siguen todas las recomendaciones para operacionalización de IDA, haciendo las modificaciones necesarias para el pregrado de Pediatría, y se pone especial cuidado en la evaluación tanto de los alumnos como de los docentes del proyecto y del impacto. Realizando el análisis de los resultados se concluye que : el modelo se puede aplicar sin modificar la realidad del campo de práctica ; mejora la cantidad y calidad de la enseñanza ; permite la adecuación e integración entre los contenidos teóricos y la práctica ; puede ser aplicado a otros pregrados, postgrados y a la capacitación en servicio ; integra un alumno activo y a un docente estimulador ; rescata humana y afectivamente al alumno, al docente y a la comunidad ; no puede ser aplicado si no se acepta y respeta la capacidad de aprendizaje del adulto y del equipo de salud en servicio ; requiere acuerdos claros y posibles ; es científico, es pedagógico, oportuno y tiene ventajas, debilidades y amenazas.

## **ABSTRACT.**

All the characteristics concerning the Assistant Teacher Integration, IDA (Integración Docente Asistida), are reached through a historical and bibliographic revision of the education given in the Schools of Medicines and through a modernization of the current concept of the teaching-learning process in the adult. By the term "characteristics" it is understood: concept, requirements, actions, advantages, weaknesses, dangers and opportunities of the said model. The IDA is viewed as a "joint process between educational institutions, health care services and communities aiming at the improvement of health attention and guidance of knowledge production and personnel training taking as a basis the epidemiologic profile in a specific context that allows the continuity of the educational process born in the job and able to transform it". An educational project is designed on the basis of the methodology arisen from two facts. They are as follows: first, the IDA's strategy adapts itself to the pre-grade course in Clinical Pediatrics of the School of Medicine, National University of Córdoba; second, it can improve the quantity and quality of education without modifying the teacher's reality and the current service. In fact, it can contribute to join reality and practise. This project is to be applied in the Teaching Unit of the Misericordia Hospital which is one of the teaching hospitals of the Pediatrics and Neonatology Chair, National University of Córdoba. At this place, and after five (5) consecutive plans, an experience with eight (8) years of application is systematized and worked in the university field, Provincial Hospital and Municipal Care Centers. With this, it is understood that "teaching is a service and any service is an act of teaching". All the recommendations for the IDA's operation are followed making the necessary modifications for the pre-grade course in Pediatrics. Special attention is given to the evaluation of the project and its impact, students and teachers. After the results'analysis, it is concluded that: the model can be applied without modifying the reality of the practise field; it improves the quantity and quality of education; it allows the adaptation to and integration of theory and practise; it can be applied to other pre-grade and post-grade courses and to service training; it integrates an active student and a stimulating teacher; it frees the human and emotional features of the student, the teacher and of the community; it can not be applied if the learning capacity of the adult student and of the health group in service is not accepted; it requires clear and feasible agreements; it is scientific; it is pedagogical; it is suitable; it has advantages, weaknesses and dangers.-