

# La encrucijada de la Facultad de Medicina: Que estrategia de cambio adoptar para formar médicos generales con orientación comunitaria y preventiva?

Alfredo G. Zurita<sup>(1)</sup>

## Qué tipo de médicos logra formar la UNNE?

En un artículo anterior<sup>1</sup> se ha explorado el problema de la cantidad y tipo de los médicos que debería formar la Facultad para contribuir a mejorar la salud de la población de la Región.

Definido por la Facultad el objetivo de formar médicos generales con orientación comunitaria y preventiva, Resolución 542/93 del Consejo Directivo, exploraremos en este artículo los problemas de las estrategias posibles para el cambio.

Hay que destacar que no se trata en absoluto de un objetivo novedoso.

Un objetivo similar al fijado por Resolución 542/93 se había perseguido desde la creación de la Facultad de Medicina, tal como lo destacó el informe del Sr. Decano en 1983<sup>2</sup>, aunque el logro de tal objetivo distaba de ser brillante, ya que en diversas encuestas realizadas con anterioridad a esta fecha, 98 % de los estudiantes de sexto año manifestaban tener planes personales de especialización, y en general se manifestaban en desacuerdo de que ellos o sus familiares pudiesen ser asistidos por médicos generales<sup>3</sup>.

Como señaló el Decano de Medicina de Rosario en la reunión de AFACIMERA de 1994: "no todo es soplar y hacer botellas para cambiar, los planes de la Facultad de Medicina de Rosario fueron cambiados en 1960, pero hay "resistencias"<sup>4</sup>.

Lamentablemente la Comisión de Cambio Curricular que trabajó durante cinco años en el desarrollo de los estudios epidemiológicos, socio-sanitarios y pedagógicos que fundamentaron la Resolución 542/93, para arribar a la trascendental pero obvia conclusión, de que se debían formar, como en todas las otras Facultades de Medicina del mundo, médicos generales con orientación familiar y comunitaria, no exploró mas a fondo las razones por las que los objetivos históricos de la Facultad de formar médicos generales no se alcanzaban, con el objetivo de diseñar una estrategia superadora, ya que en los pocos casos en que se pudieron concretar tales objetivos, los mismos requirieron la creación de nuevas Facultades

de Medicina<sup>5</sup>, y con una parte mayoritaria de su planta docente constituida por médicos generales, en el contexto de una política nacional de salud destinada a promocionar el ejercicio de la Medicina General<sup>6</sup>.

Debe considerarse además que de acuerdo al modelo de análisis propuesto en el anterior artículo, la especialización es una de las primeras respuestas adaptativas que se observan en situaciones de plétora profesional, por lo que la propuesta contenida en la Resolución 542/93 resulta fuertemente disfuncional en el sentido del mercado de trabajo médico, ya que apunta a racionalizarlo y no a ampliarlo como hacen las especialidades y subespecialidades.

Por el contrario la actual política de cursos de postgrado, para acceder a un título de médico especialista, o subespecialista, de cursado periódico, que tiene una magnitud tal que la UNNE ha logrado ubicarse segunda en el contexto nacional, después de la Universidad de Buenos Aires, en cuanto a número de profesionales haciendo cursos de postgrado, resulta totalmente funcional, puesto que permite ampliar el espectro futuro de posibilidades laborales, manteniendo las actuales, y estar en mejores condiciones frente a un eventual programa de acreditación periódica de la condición de médico, o de especialista<sup>7,8</sup>.

Aunque el aporte de estos cursos de postgrado a la formación y actualización de los médicos en ejercicio resulta sin duda importante, evidentemente complicará el panorama de una futura reorganización de la atención en tanto favorece la tendencia a la especialización.

Una prueba de ello es que la Sociedad Argentina de Pediatría, probablemente la más prestigiosa de las sociedades científicas del país, que fue pionera en la acreditación de especialistas, y es también el ente rector reconocido de la formación de postgrado en la especialidad, resistió la resolución del Ministerio de Salud Pública de la Nación destinada a ubicar a los médicos generales como primer nivel de atención dentro de la reorganización de las obras sociales, y obtuvo la revisión de la medida, lo cual ha alentado a otras sociedades científicas a hacer lo propio<sup>9</sup>.

Una evaluación más reciente mostró que la proporción de estudiantes de sexto año, con planes de especialización no ha variado<sup>10</sup>, y que además actualmente la especialización no es considerada mas que un paso hacia la

(1) Profesor Titular de Medicina Sanitaria  
e-mail: azurita@med.unne.edu.ar

subespecialización, por ej. los estudiantes que dijeron estar interesados por la tocoginecología, al observárseles el alto índice de saturación de la especialidad, que resultaba de sus mismas observaciones de terreno, manifestaron que esperaban superarla subespecializándose en fertilización asistida<sup>11</sup>, ejemplo que marca la irracionalidad del mercado como orientador de la asignación de recursos.

La falta de desagregación de los objetivos fijados en la Resolución 542/93 impide una evaluación precisa de estos, pero es dable observar que desde 1993 hasta ahora no se han provisto los medios para alcanzar los mismos, lo cual resalta en el análisis de las discrepancias entre objetivos y medios, dentro de la misma Facultad, simplemente analizando el curriculum de las diversas carreras; los entrecomillados son frases de la Resolución 542/93:

Se desea que el médico "aplique la Metodología de la Investigación Científica en su quehacer profesional, y promueva la investigación". Presumiblemente con este objetivo hay una materia de Metodología de la Investigación en las carreras de Kinesiología y Enfermería, no existe una materia similar en Medicina.

Se desea que el médico "Administre Programas y Servicios de Salud", lo cual corresponde a una parte del programa de 20 hs de Medicina Sanitaria III. Con un objetivo mucho mas modesto, solo la Administración de Servicios de Enfermería, la carrera de Enfermería tiene una materia de 420 hs de Administración de Servicios de Enfermería.

Se desea que el médico "Conozca en profundidad la realidad socioeconómica del medio donde actúa, identificando los determinantes de morbilidad y mortalidad". Esto corresponde a una parte del programa de 40 hs de la Materia Medicina Sanitaria II. La extensión asignada al tema nos exime de mayores comentarios.

Se espera que el médico pueda "Integrar equipos de salud y equipos interdisciplinarios", y "desarrollar enfoques curriculares flexibles sustentados en un enfoque interdisciplinario". No existe ningún tipo de practica conjunta entre los estudiantes de las tres carreras de la Facultad que les permita concretar tal integración, y los estudiantes de medicina asumen con naturalidad el absurdo de la superioridad técnica del médico con respecto a la enfermera y el kinesiólogo, aun en las áreas específicas de competencia de estos.

Se espera que el médico "Asuma una educación continua y de permanente perfeccionamiento". Presumiblemente con tal objetivo hay una materia de 90 hs de didáctica en la carrera de enfermería. No existe nada similar en la carrera de Medicina.

## Posibilidades de cambio, problemas del contexto

La región Nordeste es un área claramente subdesarrollada, la economía se encuentra ligada a la producción primaria, y a los servicios públicos que funcionan como un seguro

de desempleo. La mitad de la población se encuentra por debajo de la línea de pobreza. Sin embargo la estimación mínima de la inversión en atención médica es de \$ 1.000 millones año, lo que arroja un promedio de \$ 300 por persona/año, es decir la mitad del promedio nacional<sup>12</sup>, lo cual es coherente con el hecho de que el PBI regional per cápita es la mitad del nacional.

La OMS ha recomendado una inversión en atención médica equivalente al 5 % del PBI, que es largamente superada por Argentina y las provincias de la región.

La plétora profesional y la absoluta ausencia de regulación estatal, han creado una infraestructura de salud profundamente distorsionada<sup>13/14</sup>.

Como se desprende del análisis anterior cantidad y tipo de médicos son fenómenos ligados. En una situación de medicina liberal y saturación profesional la especialización es la única forma de sobrevivir, por lo que plantearse en tal contexto la formación de médicos generales es ir en contra de la lógica social, y del grupo profesional.

En situaciones de menor saturación, y mayor regulación estatal, no más de la mitad de los médicos se especializan, situación que permite organizar la atención médica en forma más racional, tal como ocurre en Canadá, país cuyo sistema de salud es generalmente puesto como ejemplo, y que con una población similar a la de Argentina, cuenta actualmente con 55.000 médicos, la mitad de Argentina, y a su vez la mitad de los cuales son médicos de familia, y la otra mitad especialistas<sup>15</sup>.

Porque razones el país ha costado la formación de mas médicos que los que necesita, incrementando de paso el gasto de la atención médica por la vía de la distorsión del ejercicio profesional, y la población resiste tan enérgicamente los intentos de racionalizar la formación de médicos?

Para Touraine<sup>16</sup> la universidad latinoamericana cumple un rol diferente a sus homólogas europeas y norteamericanas. Mas que producir conocimientos, y formar profesionales y una elite dirigente, en este orden de prioridad, la universidad latinoamericana está destinada a cooptar a las clases medias dándoles oportunidades de movilidad social para sus hijos, y por lo tanto integrándolos al sistema social, y reduciendo su capacidad de cuestionamiento. Por lo tanto su función es mas bien la entrega masiva de títulos con un mínimo de requisitos académicos<sup>17</sup>, y la investigación es insignificante. Touraine cita excepciones a esta generalización, la Universidad de Buenos Aires hasta 1966 es una de ellas.

Parece validar esta hipótesis para el caso argentino el que Derecho, Ciencias Económicas y Medicina, las carreras de mayor prestigio social y perspectivas económicas sean asimismo las mas saturadas.

Las universidades publicas se encuentran mayoritariamente controladas por el partido radical, a través de su brazo estudiantil Franja Morada, lo cual revela que la com-

posición de los diferentes estratos universitarios no es representativa de la población general, sino más bien de las clases medias, que conformaron históricamente dicho partido, y que se han "constituido en los custodios de la educación pública"<sup>18</sup>, ya que tal fue su medio histórico de movilidad social.

Para la población obrera la cuestión es relativamente indiferente puesto que sus hijos acceden a la Universidad en forma marginal, y parecieron aceptar durante la última década la política del gobierno nacional, al que sostuvieron con sus votos, de no aumentar el presupuesto universitario e iniciar un proceso de evaluación de la calidad para validar sus hipótesis de ineficiencia de la enseñanza actual<sup>19</sup>.

Las polémicas a este respecto entre el Ministerio de Educación de la Nación y el Rector de la Universidad de Buenos Aires se encontraban semanalmente en la prensa<sup>20</sup>, así como las que este sostenía con su Decano de Medicina, que al igual que su predecesor se hizo conocer a través de los medios masivos de comunicación por su predica relacionada con la mala calidad de la enseñanza médica<sup>21/22</sup>.

Para la clase alta la cuestión carece de interés puesto que sus hijos se forman en administración de empresas en las nuevas universidades privadas, con maestrías y doctorados posteriores en Estados Unidos, y para alguno que aun desee estudiar medicina existe ya la oferta privada de excelencia constituida por la Facultad de Medicina de la Fundación Favaloro, que seguramente supondrá una vía de acceso privilegiado a la cirugía cardiovascular.

La política universitaria nacional anterior, y por lo que se ha difundido, será mantenida por el nuevo gobierno, desea aparentemente asimilar las universidades argentinas a las de los países desarrollados: Mayor orientación a la investigación, mayor relación entre la universidad y las actividades productivas, docentes a tiempo completo, formación de profesionales acorde a las necesidades de los sistemas productivos o de servicios, eliminación de la competencia para expedir títulos habilitantes, y un mejoramiento de la calidad de la investigación y enseñanza basado en evaluaciones externas, con distribución del financiamiento acorde al resultado de las evaluaciones. Es decir un rol más económico-técnico, y menos político-social.

Los médicos, y sus organismos gremiales, se encuentran ante la política de ingreso irrestricto en una actitud ambivalente. Por una parte el exceso de profesionales es lo que les crea los actuales problemas de mercado, por lo que implícitamente son favorables a una política de restricción del ingreso. Sin embargo esta posición no se hace explícita porque la mayoría de ellos son hijos o nietos de inmigrantes pobres, que han podido estudiar medicina gracias a la política de ingreso irrestricto y gratuidad de la enseñanza, lo cual puede suponer un conflicto ideológico, pero además de intereses, ya que la restricción del ingreso podría afectar en

un momento a sus hijos, privándoles de las oportunidades que ellos mismos tuvieron.

Por otra parte necesitan a la Universidad como legitimadora social de su práctica especializada, tal como lo ha postulado Andrade<sup>23</sup>, ya que aunque la medicina no es una ciencia, es la disciplina que a los ojos del público mejor representa la ciencia moderna.

Una especialidad médica no es propiamente tal mientras no figure como materia en el curriculum de la carrera de Medicina<sup>24</sup>, y entre otras cosas es doble esperar enérgica resistencia de cualquier intento de integración de las actuales subespecialidades<sup>25</sup> convertidas en materias.

Por lo tanto la encrucijada de la Facultad pasa por elegir un camino entre los objetivos fijados en la Resolución 542/93, disfuncionales en el contexto social, o abandonarlos, adecuándose a las expectativas de este contexto, y efectuar un cambio cosmológico, o idear alguna estrategia superadora.

El desarrollo por la Facultad de los objetivos contenidos en la Resolución 542/93, en un marco de adecuación del número de médicos a las necesidades, lo cual es necesario además para permitir una adecuada formación, supondría efectivamente contribuir al mejoramiento de la salud de la población de la región, y por lo tanto al desarrollo regional, pero casi seguramente colisiones con todos los actores sociales involucrados a saber: cuerpo docente, clase media y médicos como grupo social.

La distribución de los docentes graduados de la Facultad de Medicina de la UNNE, que puede verse en el Gráfico 1 es bastante sugerente respecto a las prioridades que realmente tiene el programa de estudios vigente, y la forma en como se ha modelado el "curriculum oculto".

Como se observa en el gráfico casi dos tercios de los docentes se encuentran en las Ciencias Básicas Biológicas,

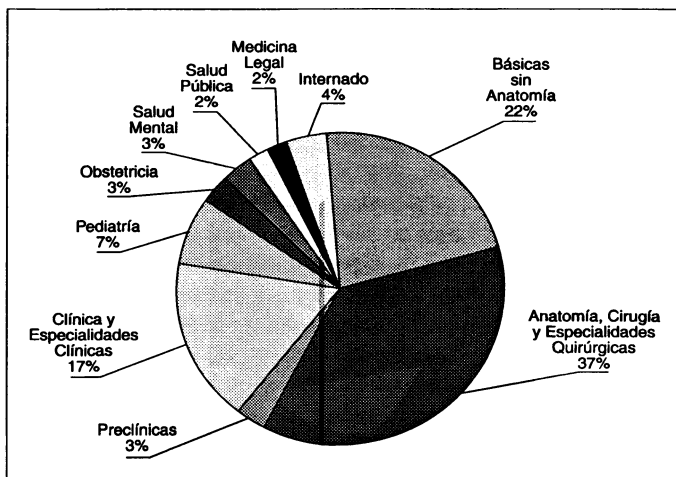


Gráfico 1: Distribución de los docentes graduados de la Facultad de Medicina

Anatomía, Cirugía y Especialidades Quirúrgicas. Este predominio sería aun mas notable si la distribución fuese corregida agregando los ayudantes alumnos, y las mayores dedicaciones horarias concentradas ambas en las Ciencias Básicas Biológicas. La resultante lógica es que el curriculum oculto apuntaría a formar cirujanos con amplia base biológica, y no médicos generales con bases biológicas, epidemiológicas, y comunitarias.

## La Estrategia del cambio

Me parece evidente que el cambio no responde a factores endógenos o exógenos locales. Estos, actuando durante la vida de la Facultad, han producido el curriculum oculto que se expresa en la distribución de docentes, que responde funcionalmente a las características de la practica privada, y que se han impuesto a los objetivos formales de formar médicos generales que la Facultad persigue de larga data.

La Facultad solo se dispone al cambio porque esta ligado a la supervivencia de la Facultad frente a factores externos: la CONEAU, cuyo poder real es al menos dudoso en el futuro inmediato, pero que puede ser fuertemente potenciado por los acuerdos del Mercosur<sup>26</sup>.

Una propuesta de estrategia de cambio no es un ejercicio técnico, sino político, en tanto afecta la distribución del poder y los recursos dentro de la Facultad, y asimismo fuera de ella, por lo tanto podrá haber tantas propuestas de cambio como grupos de poder existan dentro y fuera de la Facultad, estando los más poderosos, naturalmente, decididos a mantener el curriculum oculto, tras una apariencia de modernización.

Como ha sido señalado por la Comisión de evaluación externa de la UNNE, que visitara recientemente la Facultad, un cambio curricular es algo mas que un cambio de programas de estudio<sup>27</sup>, y en este caso aún bastante mas.

Sugeriré algunas consideraciones sobre como abordar un cambio en profundidad, en el contexto de las restricciones existentes.

La limitación del ingreso me parece un objetivo harto utópico en las condiciones políticas actuales, con el agravante, en caso de seguir estando centrado en las ciencias biológicas como se hace actualmente, se eliminaran a todos los potenciales médicos con orientación hacia la Medicina General, área de la medicina que atraerá preferencialmente a jóvenes mas atraídos por la medicina como una profesión de servicio y sus aspectos socioculturales, que por aquellos que ingresan a medicina atraídos por los aspectos económicos y tecnológicos del ejercicio de las especialidades.

De no poder limitarse y reorientar el mecanismo de ingreso, y no ser posible aumentar o reasignar drásticamente los recursos docentes, en base a un cambio total de los objetivos y curriculum de la Facultad hacia los objetivos fijados en la Resolución 542/93<sup>28</sup>, lo cual no parece posible<sup>29</sup>, la única solución viable pasa por compartir la solución del

problema con las autoridades responsables de la salud y la atención médica de la población en las cuatro provincias de influencia de la Facultad, y que son los directamente perjudicados o beneficiados por las decisiones que se tomen en la enseñanza de los médicos.

Un 1% del gasto regional en salud recanalizado hacia la formación de los médicos permitiría triplicar el presupuesto de la Facultad<sup>30</sup>, y sería sin duda la inversión con mejor relación costo/beneficio que podrían realizar actualmente los gobiernos provinciales en el área de salud.

Tal apoyo podría hacerse mayoritariamente en especie, es decir sin obligar a reasignaciones del presupuesto provincial, de poca elasticidad para ello, y consistente en la puesta a disposición de la Facultad de profesionales, médicos y otros, que pudiesen actuar como docentes, previa evaluación de sus competencias por los métodos habituales de concurso de la Universidad.

La estrategia sería relativamente simple, los Ministerios provinciales liberarían una parte del tiempo asistencial a los profesionales que ganen concursos como docentes.

Que tipo de docentes necesitamos con mayor urgencia y en mayor número para el cambio propuesto?

Para formar médicos generales, con énfasis en sus aspectos prácticos, naturalmente médicos generales en practica activa de este enfoque de la clínica, y si fuese posible con un enfoque preventivo y comunitario.

El Dr. Brailovsky de la Universidad Laval, de Canadá lo afirmó recientemente en una disertación en la Facultad<sup>31</sup>: entre 50 % y 60 % del tiempo total de enseñanza en su Facultad esta a cargo de médicos generales<sup>32</sup>, especie que no existe en la Facultad de Medicina de la UNNE.

En las condiciones actuales de practica de la medicina en la región, la Medicina General ha quedado reducida a la medicina rural, ya que aun los médicos que trabajan en los centros de salud urbanos de los Ministerios Provinciales son especialistas, o preespecialistas. Sin embargo en la región hay mas de 130 hospitales rurales, con varios cientos de médicos generales, entre los que habrá buenos, malos y regulares, motivados por el ejercicio de la Medicina General, o aferrados a ella como alternativa a la imposibilidad de ejercer como especialista. No lo sabremos hasta conocerlos.

Entre los cientos de médicos rurales que podrían ser docentes de Medicina General habrá sin duda una docena para iniciar las actividades. Estas se deberían expandir progresivamente hacia el medio urbano, en la medida en que progresen las medidas de reforma y el médico general urbano consolide su rol, que puede ser favorecido, pero no creado por decreto.

Quién debería conducir académicamente las actividades de formación en Medicina General?: Alguien que pueda acreditar competencia en ello. Propondría un concurso publico para cubrir el cargo, y asignar un jurado compuesto

exclusivamente por profesores externos de Medicina General, ya sean nacionales o extranjeros.

Cómo introducir la enseñanza de la Medicina General en el curriculum?: Inicialmente debería asignársele la responsabilidad de los alumnos del 7º año, incluyendo una progresión a partir de la actual pasantía rural de pocas semanas a una mayor extensión en ámbitos rurales y urbanos.

Pero esto sería solo el comienzo, la Medicina General, lo mismo que la Medicina Comunitaria y las Ciencias Sociales deben constituirse en tres Departamentos nuevos, que funcionen desde el inicio como Departamentos sin cátedras, y al servicio del cambio curricular. Entre las cátedras clínicas con que cuenta actualmente la carrera de Medicina habrá seguramente dos o tres interesadas en incorporar a la enseñanza la perspectiva de la Medicina General, la Medicina Comunitaria, y las Ciencias Sociales. Con esto sería suficiente para comenzar, ya que aun disponer de algunos pocos cargos docentes para crear estos departamentos será difícil en el marco de los recursos de la facultad y su escasa elasticidad.

Será tarea de estas cátedras y los profesores de los nuevos departamentos comenzar a reelaborar los contenidos de la enseñanza hacia la Medicina General, incluyendo eventualmente los nuevos enfoques de aprendizaje por problemas. La Facultad de Medicina de Maastricht, señalada como líder mundial en esta metodología dicta una maestría en este campo, que se dicta a distancia durante dos años, con solo tres estadías presenciales de seis semanas. Podría pensarse que este grupo de docentes iniciales realicen esta maestría, como lo está haciendo actualmente un grupo de docentes de la nueva Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Sur (Bahía Blanca), o convenir con Maastricht, que ya colabora con otras Facultades de Medicina en América Latina<sup>33</sup> un ciclo especial de formación para los docentes de la UNNE.

Naturalmente debería pensarse en el problema de la generalización, que es el verdadero aspecto político de la cuestión, ya que nadie se opondrá a una experiencia piloto con pocos docentes. Este aspecto de la generalización es inseparable de las modificaciones en el mercado de trabajo médico, las que a su vez dependen del éxito de las medidas de reforma sectorial, y de su legitimación en el ámbito social.

El "curriculum oculto" de medicina es solo un epifenómeno del mercado, aunque con alto poder legitimante, lo cual constituye una razón adicional para el trabajo conjunto con las autoridades provinciales.

Creo que no existen demasiadas alternativas viables a la estrategia progresiva que propongo, los factores de contexto local son poco influenciados desde la Facultad, y los cambios necesarios demasiado complejos como para ser resueltos en algunas semanas.

- 1 Zurita A. "La Encrucijada de la Facultad de Medicina de la UNNE, cuantos y que médicos formar". Revista de la Facultad de Medicina de la UNNE, vol XVII, Nos 1 y 2, pages 10-15, 1999
- 2 Malgor Luis, Civetta Juan Carlos "Informe sobre Organización Académica y Estructura Actual", 14/12/1983. pag 4: "El objetivo de la carrera es la preparación y formación del médico general o generalista"
- 3 Encuestas a alumnos de 6º año, cátedra de Medicina Sanitaria, 1980/81/82
- 4 Clarín Educación 27/2/94, pages 1-7 "Que clase de médicos forma la Universidad?"
- 5 Chaves, M. comunicación personal, el Dr Chaves, especialista en educación médica es actualmente decano de la nueva Facultad de Medicina de Quito, destinada a la formación de médicos generales, e inspirada en el modelo de Maastricht
- 6 Dr P. Hoppener. Coordinador de Estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Maastricht, comunicación personal, 1995
- 7 La eliminación del carácter habilitante del título de médico, y de médico especialista, expedido por una universidad, sería concretado por el Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica, y reemplazado por un examen periódico, se menciona cada cinco años, ver Clarín del 16/5/93, pag 42, "Los médicos deberían rendir examen cada cinco años"
- 8 Es de prever sin embargo, que como una medida de defensa, los especialistas formados en residencias, intenten dificultar el acceso a la condición de especialista, a quienes alcanzan un título por esta nueva vía, y/o se comenzaran a desarrollar "boards" de acreditación
- 9 Clarín, 7/4/97 "Establecen que a los chicos deben atenderlos los pediatras"
- 10 Encuesta a alumnos de 6º año, Facultad de Medicina, UNNE, Cátedra de Medicina Sanitaria, 1997
- 11 En la región hay grandes problemas de embarazo adolescente y mortalidad por aborto, de modo que son necesarios subespecialistas en estos temas, pero como estas poblaciones no están incorporadas al mercado de la salud la subespecialización se orienta a otras áreas
- 12 La relativa menor saturación de médicos, el elevado porcentaje de población rural, y el escaso nivel económico de grandes grupos de población, explican este menor gasto
- 13 Así por ej. en 1992 la provincia del Chaco había autorizado el funcionamiento de 19 servicios privados de terapia intensiva, además de los 2 públicos, cuando solo 19 profesionales estaban registrados como especialistas en terapia intensiva. Se ha autorizado la instalación de 2 y hasta 3 tomógrafos en ciudades de 200.000 habitantes, cuando uno solo hubiese sido mas que suficiente
- 14 Es curioso que los colegios profesionales han esperado históricamente que el Ministerio de Salud no regulase la medicina privada mas que en aspectos de ejercicio ilegal, cosa que habitualmente han hecho los Ministros, al menos en la provincia del Chaco, y hoy en día los dirigentes médico gremiales responsabilicen al estado de no haber regulado en su momento, y ser responsables del caos actual. Diario Norte 16/5/99, pag 21
- 15 Ministerio de Salud Pública de la Nación, República Argentina. www.msal.gov.ar
- 16 Touraine Alain, "La parole et le Sang - Politique et Societe en Amerique Latine", ed. Odile Jacob, Paris, 1988
- 17 El sociólogo Daniel Filmus de FLACSO, en una conferencia en la UNNE en Mayo de 1999, corrige ligeramente a Touraine, esta función de ascenso y movilidad social estaría perimida, pero no totalmente, porque "ahora la Universidad le sirve a la clase media de paracaídas"
- 18 Laura Mussi, candidato a diputado nacional en 1995, rev. Humor, No 450, Mayo de 1995

- 
- 19 Clarín 4/8/94, pag 55, "De cada 100 alumnos, solo 19 egresan de la Universidad"
  - 20 Clarín del 17/8/94, pags 18 y 19, "Hay que cambiar esta Universidad" del Secretario de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación, y " No somos ineficientes" del Rector de la UBA
  - 21 El hasta hace poco Decano de Medicina de Buenos Aires, y actual responsable de la Oficina de Etica Publica, Dr Ferreira, es calificado por la prensa como "hipermenemista"
  - 22 Clarín, 27/7/98, pag 27, "Piden evaluar la capacidad de Medicina"
  - 23 Andrade J. "Marco conceptual de la Educación Médica en América Latina", OPS, serie Desarrollo de Recursos Humanos, No 28, 1979
  - 24 Mario Bunge clasifica a la medicina como una preciencia, a diferencia de la psicología, la física y la biología. "la Investigación Científica", Ed. Ariel, Barcelona, 1983
  - 25 Recuerdo haber cursado materias como Tisiología, Cirugía Cardiovascular y Alergia en la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba
  - 26 En tanto la libre circulación de profesionales exigirá una acreditación previa de las instituciones formadoras
  - 27 Informe del Sr. Rector sobre comentarios principales de la Comisión Evaluadora
  - 28 Creo no equivocarme demasiado al hipotetizar que el cuerpo docente resistiría la reasignación de los recursos docentes que actualmente tienen las cátedras de Ciencias Básicas Biológicas y Cirugía, para permitir la incorporación al curriculum de las Ciencias Básicas Humanas y Sociales, y sus aplicaciones en la salud individual y colectiva en contenidos de Filosofía, Etica, Epistemología, Economía, Antropología Cultural, Sociología, Teoría del Desarrollo, Ecología, Educación para la Salud, etc., que parecen áreas indispensables a desarrollar si deben cumplirse los objetivos de la Resolución 542/93, y los actuales contenidos mínimos de AFACIMERA/CONEAU
  - 29 Porque podría sumir a la Facultad en un estado de anarquía, al salir bruscamente de un esquema afirmado durante varias décadas, sin contar con los recursos docentes alternativos, dentro de un sistema de servicios que la Facultad no podría modificar, y que seguiría subsistiendo como curriculum oculto
  - 30 Aproximadamente \$ 5 millones anuales
  - 31 22 y 23 de Junio de 1999
  - 32 Sobre este punto el Dr. Brailovsky fue muy preciso, su facultad aspira a formar médicos generales, no científicos, o cirujanos, como parece ser el caso de nuestra facultad
  - 33 El Salvador y Ecuador al menos.